

Madrid 2017 #inves17

Libro de Ponencias Books of abstracts

XXI Encuentro Internacional
de Investigación en Cuidados

21st International Nursing
Research Conference

Madrid, España
14-17 noviembre 2017



ISBN: 978-84-697-8277-4

Edita: Instituto de Salud Carlos III

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii), Madrid, 2017.

Colaboran:
Collaborate:



Comunidad de Madrid



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

fcsai
FUNDACIÓN ESPAÑOLA PARA LA COOPERACIÓN
INTERNACIONAL, SALUD Y POLÍTICA SOCIAL

Patrocinan:
Sponsor:



Márcalo en tu calendario!
Mark in your calendar!



Córdoba
2018
#Inves18

XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados
22nd International Nursing Research Conference

Córdoba, España
14-16 noviembre 2018

<https://encuentros.isciii.es/cordoba2018/>

Mesa de Comunicaciones 1: Cuidados Materno - infantiles

Concurrent Session 1: Mother and children care

AUTORES/AUTHORS:

DINA CRUZ ARTACHO, VANESSA MORO CASASOLA, ANTONIA ÁLVAREZ CÁMARA, MERCÈ MONLEÓN MARTÍNEZ

TÍTULO/TITLE:

Impacto de una intervención enfermera ante la contaminación en el sondaje vesical pediátrico (0 a 3 años)

Introducción

La técnica de elección para realizar el diagnóstico de infección del tracto urinario (ITU) en pacientes pediátricos hasta los 3 años es el sondaje vesical (SV). La ITU se entiende como la colonización por microorganismos patógenos de la vía urinaria, siendo la infección bacteriana más frecuente en este grupo de edad. Dicho diagnóstico se corresponde con un 1,5% de las visitas atendidas en urgencias del Hospital del Mar durante los años 2015 y 2016.

La recogida de muestras para el diagnóstico de ITU se rige mediante el protocolo de actuación de enfermería, esta técnica debe ser estéril según el protocolo establecido . En el caso del SV consiste en la introducción de una sonda por el meato urinario hasta la vejiga con la finalidad de drenar su contenido.

La realización de un estudio anterior realizado por el personal de enfermería sobre técnicas de recogida de orina nos alertó del porcentaje elevado en el número de muestras contaminadas que habían sido obtenidas mediante SV, llegando a un 21%. Los resultados mencionados nos llevaron a pensar que debían extremarse las medidas de asepsia para la recogida de las muestras, haciendo énfasis en la higiene previa a la realización de la técnica, interviniendo en el propio protocolo de actuación de enfermería.

Objetivos

Valorar la repercusión y eficacia de las actuaciones de enfermería instauradas con el propósito de reducir la contaminación en la obtención de muestras de orina en urgencias para la realización de urocultivos en pacientes pediátricos menores de 3 años con la finalidad de diagnosticar una ITU.

Revisar el protocolo de sondaje vesical utilizado en el centro hospitalario, llegando a modificarlo en caso necesario.

Método

Mediante consenso con el equipo de enfermería se decidió la realización de diferentes intervenciones por parte de enfermería. Entendemos como intervención enfermera cualquier cuidado realizado por un profesional de enfermería en beneficio del paciente, basado en el conocimiento y juicio clínico independiente. La realización de estas actividades de enfermería van dirigidas a la mejora o resolución de un problema delimitado de salud; en nuestro caso el evitar la contaminación a la hora de obtener una muestra de orina mediante SV en menores de 3 años.

Las actividades de enfermería realizadas fueron:

1. Incidir en la realización de una correcta y minuciosa higiene genital retirando los restos de crema y secreciones, reforzando los conocimientos del personal de enfermería.
2. Implementar la utilización de una solución de clorhexidina acuosa al 0,5% (digluconato de clorhexidina) como el antiséptico adecuado tras la higiene de genitales y antes de la realización del SV, consensuado con el comité de control de infecciones del hospital, en menores de 3 años.
3. Información escrita de las medidas correctoras al equipo mediante la utilización de carteles informativos colocados estratégicamente en diferentes lugares dentro del área del servicio de pediatría de urgencias.
4. Realizar sesiones informativas y explicativas dirigidas específicamente al personal de enfermería encargado del área de pediatría en el servicio de urgencias.

Realizamos un estudio cuasi experimental, retrospectivo, descriptivo y comparativo que comprendía entre Enero 2015 a Diciembre 2016 y un estudio anterior realizado entre Enero 2009 a 2012 por el mismo equipo de enfermería.

El ámbito de estudio fue el servicio de urgencias del Hospital del Mar y los sujetos de estudio fueron los pacientes pediátricos atendidos en dicho servicio con sospecha de ITU, a quienes se les recogió una muestra de orina durante el periodo 2015 a 2016. Para la realización de ambos estudios se analizaron variables tales como la edad, sexo, método de recogida de orina, número de muestras contaminadas y agente etiológico causante de la ITU.

Se realizó un análisis descriptivo con porcentajes y frecuencias.

Resultados

En el periodo de tiempo analizado (Enero 2015 a Diciembre 2016) se estudiaron un total de 405 nuevos casos diagnosticados de ITU, de estos, 275 (67,9%) correspondían a menores de 0 a 3 años, de los cuales 96 (34,9%) eran varones y 179 (65,1%) eran mujeres.

El método de obtención de la muestra de orina fue mayoritariamente por SV, 160 casos (58,2%), seguido por la bolsa colectora de orina con 54 casos (19,63%), 48 casos (17,45%) por micción espontánea, micción recogida al aire (porción media del chorro de orina) con 10 casos (3,63%) y la recogida mediante punción suprapúbica en 3 casos (1,09%).

El agente patógeno productor del resultado positivo en los urocultivos fueron principalmente los bacilos gram negativos, siendo la *Escherichia coli* el microorganismo aislado con mayor frecuencia, en 180 casos (64,45%).

Estos resultados son muy similares a los obtenidos en el estudio anterior realizado entre 2009 y 2012 como se detalla a continuación: en cuanto al sexo 35,25% varones y 64,80% mujeres, según el método de recogida de la muestra el 64,27% SV, 14,13% bolsa colectora, 16,06% micción espontánea, 1,94% micción recogida al aire y 3,60% PSP, y el agente patógeno aislado con más frecuencia, 80,30% *Escherichia coli*.

En cuanto a la contaminación resultante del SV para obtención de muestras de orina se observó una disminución progresiva, pasando de un alarmante 21% en el primer estudio, a 6 casos (7,23%) durante el año 2015 y solo 3 casos (3,89%) en el año 2016. Cabe destacar que las muestras contaminadas en 2015 corresponden a menores de 12 meses y en 2016 a menores de 6 meses.

Discusión e implicación para la práctica

La puesta en marcha de la intervención enfermera llevada a cabo mediante actividades específicas dirigidas a disminuir la contaminación en los SV de pacientes pediátricos menores de 3 años se revela como una herramienta clave y útil, ya que el personal de enfermería es el profesional directamente responsable de los cuidados y la técnica de recogida de muestras de forma estéril. La revisión del protocolo de sondaje en población pediátrica con la incorporación del antiséptico específico ha permitido reducir de forma relevante la incidencia de contaminación en las muestras de orina recogidas a través de sondaje vesical. Mientras que autores como Sarah Wingterter y Richard Bachur apuestan por una punción suprapúbica para la disminución de contaminación en la recogida de muestras.

La mejora producida en la recogida de orina mediante SV ha hecho posible la realización de un diagnóstico de ITU más preciso permitiendo así un tratamiento adecuado, lo que se traduce en un aumento de la calidad de los cuidados por parte de enfermería y una mayor calidad asistencial.

Conflicto de intereses

El estudio no posee ningún conflicto de intereses, ni en su realización ni en su autoría.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

Bulechek G, Butcher MK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Edición. Editorial Elsevier. Noviembre 2013.

Collins-Bride, G.M., Saxe, J.S. Clinical guidelines for advanced practice nursing : an interdisciplinary approach. 2nd ed. Burlington, MA : Jones & Bartlett Learning, cop. 2013.

Esteban Torné, E. Impacte d'una campanya de prevenció d'infecció nosocomial a una Unitat de Cures Intensives pediàtriques [Recurs electrònic] : utilitat d'un registre multicèntric d'infecció nosocomial. Barcelona. Universitat de Barcelona, 2015.

- Estragués de la Vega, A. *Protocolos i procediments d'infermeria. Sondatge uretral.* Barcelona. Desembre 2011.
- Hernangómez, S. Et al. *Complicaciones del cateterismo vesical realizado en un servicio de urgencias para obtener una muestra de orina.* Barcelona. Ed. Elsevier Doyma. 2011.
- Isla Pera, P. *Enfermería clínica avanzada.* Ed. Elsevier. 2014.
- Kyle, T., Carman, S. *Guía clínica de enfermería pediátrica.* L'Hospitalet de Llobregat : Wolters Kluwer, cop. 2014.
- Martínez Medina, F. *Protocolos i procediments d'infermeria. Recollida d'orina en el nen no continent.* Barcelona. Desembre 2011.
- Murillo Murillo, C., Gómez García, I. *Manual de intervención enfermera en unidades de cuidados pediátricos.* Diego Martín Librero Editor S.L, 2008.
- Wingerter, S. Et al. *Risk factors for contamination of catheterized urine specimens in febrile children.* Lippincott Williams & Wilkins. 2011.

AUTORES/AUTHORS:

M^a Teresa Alcolea Cosín, M^a Angeles Espinosa Bayal, Cristina Oter Quintana, Matilde Fernandez y Fernandez-Arroyo, Angel Martín García

TÍTULO/TITLE:

Las estrategias frente al llanto en la consultas enfermeras del Niño Sano en Atención Primaria.

Forma parte de los resultados del proyecto FIS 11-1397.

OBJETIVOS: Conocer las estrategias que la enfermera promueve frente al llanto de un niño en el primer año de vida en consulta enfermera de Supervisión de Crecimiento y desarrollo.

MÉTODO: Ámbito: Comunidad de Madrid. Diseño: Estudio etnográfico. Sujetos participantes: 13 enfermeras que atienden a niños en el primer año de vida que acuden con las/los madres y/o padres. Los criterios de inclusión son enfermeras que participen en el programa de supervisión del desarrollo en centros de salud de la Dirección Asistencial Norte y Sur de la Gerencia de Atención Primaria de Madrid, con más de 1 año de experiencia en el campo de trabajo con niños/as en Atención Primaria y que acepten participar en el estudio. Se ha realizado un muestreo intencional o por propósito atendiendo a criterios de obtener una variedad de discursos en base a modelos organizativos enfermeros, formación especialista, situación laboral y experiencia en el campo pediátrico.

Método de recogida de datos: se utilizaron dos técnicas cualitativas: la observación participante y la entrevista en profundidad. Se han valorado las preguntas de la entrevista que hacían referencia a las estrategias de control del llanto así como las conductas observadas durante la observación que iban dirigidas a este fin, dada la influencia que el llanto del niño tiene en el apego(1)

Análisis de datos: se ha seguido el esquema de Taylor-Bogdan(2) agrupando los datos en categorías y temas y posteriormente se ha contrastado con los presupuestos teóricos enfermeros de la teoría del apego(3). Se ha utilizado el software Atlas-ti V7.

RESULTADOS: Las/los enfermeras/os han identificado el llanto del niño como una causa importante de ansiedad en los padres en parte atribuido al desconocimiento de las causas que lo generan. La principal estrategia que los profesionales enfermeros usan en la consulta para calmar el llanto es el contacto físico, cuya indicación se dirige a los padres para que lo calmen cogiéndole en brazos y manteniéndose en proximidad física dentro de la consulta. Algunos profesionales enfermeros ahondan en aspectos que favorecen la vinculación como son hablarles y el masaje mientras otros abordan los cuidados en la esfera psicológica del niño, incluyendo el abordaje de los límites y el manejo del malestar que genera.

DISCUSIÓN. Las indicaciones de proximidad física coinciden con las publicaciones sobre apego(4)(5) actualmente recomendadas sin que aparezcan diferencias entre los diferentes modelos organizativos como enfermeras de familia o de enfermera pediátrica. Existe la posibilidad de que los profesionales enfermeros con expertía en el trabajo con niños lactantes tengan un conocimiento implícito que permite favorecer el apego en situaciones de llanto.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.

El trabajo visualiza las estrategias de las enfermeras de las consultas de pediatría para que los padres calmen el llanto de sus bebés y la concordancia de sus intervenciones con la teoría del apego, por ello fundamenta que las sigan utilizando y desarrollando. Se evidencia la relevancia de las consultas de enfermería del primer año de vida y la necesidad de cuidados psicoemocionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

PALABRAS CLAVE: apego a objetos, llanto, enfermeros, Atención Primaria de Salud

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) Oldbury S, Adams K. The impact of infant crying on the parent-infant relationship. *Community Practitioner*. 2015; 88(3):29-34.
- (2) Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós; 1987. 150 p.
- (3) Bell, L., St-Cyr Tribble, D., Paul, D. and Lang, A. A concept analysis of parent–infant attachment. *J Adv Nurs*.1998; 28 (5): 1071–1081. doi:10.1046/j.1365-2648.1998.00815.x
- (4) Departamento de Psicología Evolutiva. Universidad de Sevilla. Promoción de la parentalidad positiva durante la preparación al nacimiento y la crianza [Internet]. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. 2015
- (5) Departamento de Psicología Evolutiva. Universidad de Sevilla. Proyecto apego sobre evaluación y promoción de competencias parentales en el sistema sanitario público andaluz. [Internet]. Junta de Andalucía Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/apego/apego1.pdf

AUTORES/AUTHORS:

María Dolores López-Medina, Ana Belén López-Araque, Manuel Linares-Abad, Isabel María López-Medina

TÍTULO/TITLE:

EL PROCESO DE DESPRENDIMIENTO DEL CORDÓN UMBILICAL EN LOS RECIÉN NACIDOS DE JAÉN.

OBJETIVOS: Determinar el tiempo medio de caída del cordón umbilical (CU) de los recién nacidos (RN) en hospitales del Sistema Sanitario Público de Jaén (SSPA). Determinar qué factores predicen el tiempo de caída del CU. **MÉTODOS:** **Ámbito:** Instituciones del SSPA de Jaén y domicilio del RN. **Diseño:** cuantitativo observacional analítico. **Sujetos:** muestra: 68 RN-madres, muestreo aleatorio estratificado. **Población diana:** RN del SSPA de Jaén. **Población accesible:** RN en hospitales del SSPA de Jaén, con control de embarazo. **Criterios-inclusión:** RN 35-42 semanas de gestación, RN cuyas madres >18 años, RN curados con agua-jabón y secado posterior. **Criterios-exclusión:** RN con canalización umbilical. **Variables:** independientes: Número de curas. Tipo de jabón: duro/suave/ninguno. Tipo de baño: inmersión/ducha /ducha e inmersión/seco por partes/mixto/ausente. Frecuencia del baño. Uso de bodi: sí/no. Cubrir con pañal el CU: sí/no. Cubrir con gasa limpia el CU: sí/no. Diámetro externo del CU en las primeras 12h: en milímetros, con calibre electrónico. Apgar al nacimiento: 0-10. Tipo de alimentación: lactancia materna, lactancia mixta, lactancia artificial. **Cambios estacionales:** otoño, invierno, verano, primavera. **Edad gestacional.** **Sexo.** **Peso.** **Dependientes:** Tiempo de caída del CU: expresado en horas y minutos. **Análisis de datos:** Univariante descriptivo de frecuencia, porcentajes, medias y medidas de dispersión. Análisis multivariante con regresión lineal múltiple. **RESULTADOS:** El tiempo medio de caída del CU fue de 157,87h ± 52,31h IC (107,4-210,18) 6,57 días ± 2,18. La mediana: 6 días. El modelo de regresión lineal explica el 46,8 % de la varianza. Número de veces que se moja el CU con B: 12,26 h (8,2-16,3h) B: 0,592. Lactancia materna exclusiva B: 23,8h (44,4-3,2h) B: -0,228. Uso de gasa alrededor del CU B: 22,74h (1,2-44,31h) y B: -0,217. Apgar 7-8 B: 38,4h (10,5-66,28h) y B: 0,270, Estación Otoño-Invierno B: 22,36h (43,2-1,5h) y B: -0,212. **DISCUSIÓN:** En cuanto al tiempo medio de caída del CU, nuestros hallazgos son similares a los obtenidos por Ozdemir H et al1 (Turquía, 2017) con un tiempo medio de 6 días. En cuanto a los factores predictores del tiempo de caída: En relación al número de curas nuestros resultados coinciden con la Asociación Española de Pediatría. No se obtuvieron diferencias significativas según el tipo de baño, igual resultado obtuvo Bryanton et al2 (Canadá, 2004). Coincidimos con los resultados, referidos a lactancia materna exclusiva y tiempo caída del cordón por Molina Medina et al3 (España, 2013). Nuestros hallazgos sobre cubrir con gasa coinciden con Meberg4 (1990). Para el Apgar RN, Kapellen et al5 (Alemania, 2009) indica que los RN de Apgar 10 tienen una separación más corta. En lo que se refiere a la estación del año, no hemos encontrado estudios. **Limitaciones:** Existencia de variables de exposición incontrolables: grado de higiene en el ambiente del RN, pericia en la técnica aséptica de corte del CU, condiciones atmosféricas. **Tamaño muestral** y la elegibilidad limitan la generalización a la población general. **Implicaciones para la investigación futura:** estudio mixto que mida la satisfacción materna y el miedo ante la cura seca. **Implicaciones para la práctica:** Disminuir el temor de familiares y sanitarios sobre el proceso de caída del CU.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ozdemir H1, Bilgen H, Topuzoglu A, Coskun S, Soyletir G, Bakir M, Ozek E. Impact of different antiseptics on umbilical cord colonization and cord separation time. *J Infect Dev Ctries* 2017; 11(2):152-157.
2. Bryanton J, Walsh D, Barrett M, Gaudet D. Tub bathing versus traditional sponge bathing for the newborn. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33(6):704-712.
3. Molina-Medina AI, Arco-Arenas C. Influencia de la lactancia materna en la caída del cordón umbilical. En: IV Congreso internacional virtual de enfermería y fisioterapia ciudad de Granada. Granada; 2013.
4. Meberg A, Schøyen R. Hydrophobic material in routine umbilical cord care and prevention of infections in newborn infants. *Scand J Infect Dis*. 1990;22(6):729-33.

5. Kapellen TM, Gebauer CM, Brosteanu O, Labitzke B, Vogtmann C, Kiess W. Higher rate of cord-related adverse events in neonates with dry umbilical cord care compared to chlorhexidine powder. Results of a randomized controlled study to compare efficacy and safety of chlorhexidine powder versus dry care in umbilical cord care of the newborn. *Neonatology* 2009;96(1):13-18.

Mesa de Comunicaciones 2: Pacientes Críticos

Concurrent Session 2: Critical Patients

AUTORES/AUTHORS:

Dolores Pavón González, José Antonio Rodríguez Murillo, Ana Balada Vidal

TÍTULO/TITLE:

Tiempo de Recuperación Pos-anestesia en Pacientes Intervenidos de Urgencias

Objetivos: Evaluar la asociación entre el tiempo de estancia de los pacientes de la unidad de reanimación pos-anestesia (URPA) y el tipo de anestesia, el tipo de cirugía, el turno de trabajo de enfermería y el riesgo anestésico, American Society of Anesthesiologists (ASA) classification.

Método: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal de 192 pacientes intervenidos de urgencias e ingresados en la URPA del Hospital Clínico de Barcelona. Los sujetos del estudio han sido seleccionados mediante muestreo de conveniencia del libro de ingresos y de las historias clínicas electrónicas de la unidad, durante los meses de enero, febrero y marzo de 2017. Fueron excluidos los pacientes con ausencia o errores en los datos registrados.

VARIABLES: Tiempo de estancia en la URPA, Sexo, edad, tipo de cirugía, tipo de anestesia, ASA y turno de trabajo de enfermería. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS™ 20.0. En las variables cuantitativas se calculó, la media, mediana, mínimo, máximo y desviación estándar. Para la comparación de grupos se utilizó la prueba de Chi cuadrado (X²) y t de Student.

No existe conflicto de interés relacionado con este estudio.

Resultados:

El rango de edad de los pacientes de la muestra se encuentra entre los 18 y 97 años. De los 192 individuos del estudio, 82 (42,7%) son mujeres y 110 (57,3%) hombres. Respecto al tipo de cirugía, el 44,8% (86) corresponde a cirugía general y digestiva, el 40,6% (78) a traumatología y el 14,6% (28) a otros tipos de cirugía. Al 71,4% de los pacientes se le administró anestesia general, al 22,4% anestesia intradural, al 2,6% bloqueo periférico y al 3,6% sedación consciente. Por turno de trabajo de enfermería, 48 ingresos se produjeron en turno de mañana, 90 en el turno tarde y 54 en el de noche. El 22,9% de los pacientes tienen un valor de ASA I, el 45,3% ASA II, el 27,1% de ASA III y el 4,6% de ASA IV. La media del tiempo de estancia en la URPA ha sido de 3,5 y de la mediana de 2,09 horas. No se ha encontrado relación significativa entre el tiempo de estancia y el sexo, la edad, el tipo de anestesia y el turno de trabajo de enfermería. Sí se ha encontrado relación entre el tiempo de estancia y el tipo de cirugía ((X² cuadrado 10,277, Sig 0,036)

Discusión:

Se ha encontrado relación entre el tipo de cirugía y el tiempo de estancia en la URPA. Sin embargo, debido a la utilización de la técnica de muestreo por conveniencia del estudio, este hallazgo no permite hacer afirmaciones con rigor estadístico sobre la población en general. No obstante, el valor de la mediana (2,08h) se asemeja a resultados de estudios previos y en el tiempo de estancia se han registrado valores de hasta 23,55h, cuya causa no se ha podido justificar. Existen autores que afirman que estancias superiores a 2 horas pueden ser debidas a motivos clínicos, pero también no clínicos, como es la demora en el traslado, las cargas asistenciales o la falta de camas en las unidades de destino. Sería necesario realizar otros estudios que analicen en más profundidad los factores relacionados con el tiempo de estancia en las unidades de recuperación pos-anestesia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bishop J, Liwellyn L. Delayed Discharge Audit-Paper presented at Barna Conference. British Journal of anaesthetic & Recovery Nursing. 2012; vol 13(3-4):40-47.

Cowie B, Corcoran P. Postanesthesia care unit discharge delay for nonclinical reasons. J Perianesth Nurs. 2012 Dec; 27(6): 393-8.

Frost EA. Differential diagnosis of delayed awakening from general anesthesia: A review. Middle East J Anaesthesiol. 2014; 22:537-48. [PubMed]

Ganterñ MT, Blumenthal S, Dübendofer S, Brunnschweiler S, Hofer T, Klaghofer R, Zollinger A, Hofer CK. The length of stay in the post-anaesthesia care unit correlates with intensity, nausea and vomiting on arrival. Perioperative Medicine. 2014; (3):10.

- Gempeler E, Vellaneda MV. Evaluación de la satisfacción y tiempo en recuperación con diferentes técnicas anestésicas en el Hospital Universitario de San Ignacio. Rev Colomb Anesthesiol. 2010 Jul; Vol 38 (2): 178-202.
- Lalani SB, Ali F, Kanji Z. Prolonged-Stay patients in the PACU: a review of the literature. J Perianesthe Nurs. 2013 Jun; 28 (3):151-5.

AUTORES/AUTHORS:

M^ª LUISA RODRIGUEZ NAVAS, PEDRO PASTOR BALLESTEROS, DANIEL PABLO TRONCOSO VIEJO

TÍTULO/TITLE:

HIGIENE DEL PACIENTE SIN AGUA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Los pacientes críticos, presentan un número elevado de factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, que se traduce en la adquisición frecuente de infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS). Los registros nacionales e internacionales muestran que hasta un 20-25% de las IRAS se desarrollan en los pacientes críticos. La morbi-mortalidad asociadas a las infecciones relacionadas con dispositivos son relevantes, especialmente en el caso de bacteriemias relacionadas con cateter (BRC) , por lo que su prevención es una prioridad. El paciente es el reservorio principal de la mayoría de los microorganismos que vamos a encontrar. De el parten los microorganismos que contaminan las manos del personal sanitario, mobiliario, instrumental y superficies. Por lo que realizar la higiene y antisepsia del paciente son fundamentales para la prevención de infecciones.

1. OBJETIVOS

- Reducir las bacteriemias asociadas a catéteres vasculares.

2. MÉTODO:

- Estudio experimental sobre la efectividad de la Intervención estandarizada de prevención del bacteriemias con la implantación del aseo diario del paciente con toallitas con clorhexidina sin aclarado.
- Ambito de estudio: Unidad de cuidados Intensivos en un hospital de 400 camas
- Sujetos de estudio: pacientes ingresados en UCI durante el año 2016.

3. RESULTADOS

Las tasas de bacteriemias asociadas a a cateter se han reducido de un 4,39 en el año 2015 a 3, 22 a finales de 2016.

4.- DISCUSIÓN

Los datos demuestran la eficacia de la intervención, con la reducción de bacteriemias asociadas a cateter. Tras el buen resultados obtenido, consideramos recomendable implementar esta intervención en la práctica habitual en las Unidades Cuidados Intensivos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Edmiston CE et al. Comparative of a new and innovative 2% GHG impregnated cloth with 4% GHC as topical antiseptic for preparation of the skin prior to surgery. American J of Inf Control (AJIC). Mar 2007;35(2) :89-96.
2. Johonson D, Lineweaver , Maze L, Patients bath basins as potential sources of infection: a multicentre sampling study. AJCC, Vol 18 N° 1, Jan 2009.
3. Chen, W., et al. "Effects of daily bathing with chlorhexidine and acquired infection of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and vancomycin-resistant Enterococcus: a meta-analysis," Journal of Thoracic Disease, Vol 5, No 4 August 2013 :518-524.
4. MW Climo, DS YoKoe, DK Warren, TM Perl, M Bolon, LA Herwaldt, RA weinstein, KA Sepkowitz, JA Jernigan, Ksanogo, and ES Wong. Effect os Daily Chlorhexidine Bathing on Hospital-Acquired Infection. N. Engl. J Mes 2013; 368:533-542

Mesa de Comunicaciones 3: Profesión

Concurrent Session 3: Nursing Profession

AUTORES/AUTHORS:

Jesus Leal Llopis, Ana Gonzalez Fajardo, M^a Jose Crespo Carrion, Francisco Lopez Acaraz, Manuel Martinez Aleman, M^a Aranzazu Alonso Frias, M^a Carmen Perez Garcia, Juan Antonio Martinez Garcia

TÍTULO/TITLE:

PERCEPCION DEL ENTORNO LABORAL, SATISFACCIÓN Y CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE TURNOS DE 12 HORAS

OBJETIVO

Describir la percepción de las enfermeras sobre su entorno laboral, su satisfacción con el trabajo y la calidad de vida profesional antes y después de la implantación de turnos de 12 horas

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio cuasi-experimental en diferentes unidades de hospitalización y cuidados intensivos. Los sujetos participantes son enfermeras y auxiliares de enfermería donde se evaluaron las variables objeto de estudio antes y después de implantar turnos de trabajo de 12h. Se recogieron, entre otros, datos sociodemográficos, satisfacción laboral, percepción del entorno laboral y calidad de vida a través del cuestionario Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) y el CVP-35.

Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)

La mayor parte de las preguntas eran de tipo escala de Likert expresando el grado de acuerdo, de satisfacción, o de frecuencia. Se punta cada ítem del 1 (totalmente en desacuerdo) al 4 (totalmente de acuerdo), la media es 2.5. Si la puntuación es superior al 2.5, se podría decir que las enfermeras tienden a estar de acuerdo con la presencia del ítem en su entorno laboral, y viceversa.

Con la herramienta PES-NWI (Practice Environment Scale of the Nursing Work Index) para medir la dinámica dentro del ambiente de trabajo de las enfermeras, utilizamos los cinco factores o dimensiones siguientes (32 preguntas):

- Dotación y adecuación de recursos
- Relación enfermera-médico
- Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables
- Participación de la enfermera en cuestiones del hospital
- Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad

CVP-35

A través de este cuestionario se evalúa la calidad de vida profesional mediante 35 preguntas cerradas que hacen referencia a la percepción que tienen los trabajadores de las condiciones de su puesto de trabajo. Las preguntas se responden en una escala de 1 a 10, las categorías son: nada (valores de 1 y 2), algo (3, 4 y 5), bastante (valores de 6, 7 y 8) y mucho (valores de 9 y 10).

Las preguntas se agrupan en las siguientes escalas: apoyo directivo (13 ítems), cargas de trabajo (11 ítems) y motivaciones intrínsecas (10 ítems).

El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

Se han incluido en el estudio 175 sujetos, de los que el 53,7% son Enfermeras y el 46,35 auxiliares de Enfermería.

Entorno Laboral

La dimensión "Dotación y adecuación de recursos" fue puntuada en la primera evaluación con 2,68 y en la segunda 2,74.

La dimensión "Relaciones enfermera-medico" se puntuó con 2,48 antes de los turnos de 12h y con 2,76 después ($p > 0.001$).

En cuanto a la "Habilidad, liderazgo y apoyo de las enfermeras por parte de sus responsables", las puntuaciones medias fueron de 2,83 y 3,01.

La dimensión "Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad" en la primera evaluación fue de 2,85 y en la segunda 3,01.

La "Participación de las enfermeras en cuestiones del hospital", se puntuó con un 2,04 antes de los turnos de 12h y con 2,23 después

Satisfacción Laboral

El 75,2% indicaron estar moderadamente o muy satisfechas con su trabajo antes y el 93,8 después ($p < 0,001$). El 81,3% recomendaría este hospital a otra compañera para trabajar antes de los nuevos turnos y el 90,1% después. El 94,5% lo

recomendaría a sus familiares y/o amigos antes y el 96,3% después de implantar los turnos de 12h.

Calidad de Vida Profesional

Respecto a la Calidad de Vida Profesional, la dimensión apoyo directivo obtuvo una puntuación en la primera evaluación de 5,6 y de 6,14 después de implantar los turnos de 12h ($p=0,002$).

La carga de trabajo fue percibida con una puntuación de 5,72 antes de los nuevos turno y 5,38 después ($p=0,091$)

La motivación intrínseca mejoro con la nueva organización de trabajo pasando de 8,39 a 8,49 ($p=0,498$)

La calidad de vida global con el trabajo paso de 6,26 antes de los turnos de 12 horas a 7,23 después de estos turnos ($p=0,003$).

CONCLUSIONES

Tras analizar los datos podemos concluir que la percepción del entorno laboral, la satisfacción con el trabajo y la calidad de vida profesional han mejorado en todas sus dimensiones tras la implantación de los turnos de 12 horas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Abad-Corpa, e. et al. Estudio RN4CAST en Murcia: características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros. Rev Calid Asist. 2013;28(6):345-354

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W, and the RN4CAST Consortium. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. Int J Nurs Stud 2013; 50: 143–53.

Albanesi de Nasetta, S. Percepción de calidad de vida profesional en trabajadores de la salud. Alternativas en Psicología. Revista Semestral. Tercera Época. Año XVII. Número 28. Febrero-Julio 2013

Fernández A, Jiménez S, Casado M. Calidad de vida de los profesio-nales de enfermería en atención primaria de Soria. Biblioteca Las ca-sas [internet]. 2007 [acceso 2017 mar 7];3(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0213.php>.

AUTORES/AUTHORS:

INDALECIO MIGUEL SÁNCHEZ ONRUBIA, ROSA MARÍA SÁNCHEZ LÓPEZ, MARÍA ELIA SERRANO SELVA

TÍTULO/TITLE:

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DEL PERSONAL DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALMANSA.

Introducción.

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha asumió a partir de 2012 como modelo de organización la creación de las Gerencias de Atención Integrada. Estas gerencias son los órganos de dirección y gestión de los recursos, humanos y materiales, y los centros sanitarios de atención primaria y especializada(1,2). Un valor importante de las organizaciones sanitarias son sus profesionales, que ejercen un papel fundamental en la calidad de los servicios prestados(3). La Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Almansa pretende con este estudio conocer la calidad de vida profesional (CVP) de sus trabajadores, para poder implementar planes que la mejoren.

Objetivos:

Conocer la calidad de vida profesional de los trabajadores del Sescam en la Gerencia de Atención Integrada de Almansa.

Relacionar los factores sociodemográficos que intervienen en la calidad de vida profesional.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal de la CVP entre los trabajadores de la GAI de Almansa. Mediante los jefes y supervisores de servicio correspondientes, se les hizo llegar a todos los trabajadores una encuesta que incluía una descripción del estudio, unas preguntas sobre datos sociodemográficos y el cuestionario CVP-35(4). El cuestionario, anónimo y autocumplimentado fue introducido en sobre cerrado y remitido a la persona encargada de su codificación. La encuesta se realizó entre los días 7 de abril y 18 de abril de 2016.

El CVP-35 es un cuestionario que realiza una medida multidimensional de la calidad de vida profesional. Consta de 35 preguntas, que se responden en una escala de 1 a 10, y da una medida resumen de la percepción de la calidad de vida profesional. Esta agrupado en tres dimensiones; "apoyo directivo" (13 ítems), "cargas de trabajo" (11 ítems) y "motivación intrínseca" (9 ítems). Hay otros dos ítems independientes que son la calidad de vida de mi trabajo (ítem nº34) y la capacidad de desconexión tras la jornada laboral (ítem nº 15). Las respuestas se agrupan desde las categorías "nada" (valores 1 y 2), "algo" (3,4 y 5), "bastante" (6,7, y 8) y "mucho" (9 y 10). Constituye un instrumento válido, fiable y bien aceptado por los profesionales como demuestran diversos estudios realizados en entornos y situaciones diferentes(3-5).

Dentro de los datos sociodemográficos y laborales de los profesionales se recogieron: edad, sexo, categoría profesional, servicio de trabajo, antigüedad en el puesto de trabajo, situación laboral, turno de trabajo, desempeño de tareas directivas (en la actualidad/en el pasado/nunca), actividades formativas en el último año y tamaño del equipo de trabajo.

Los datos se introdujeron en un archivo Excel y se analizaron mediante el programa estadístico SPSS. Se realizó un análisis univariante para describir a la población de estudio (frecuencias para variables categóricas, y medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas), y análisis bivariante para establecer asociaciones. El valor de significación se estableció en $p < 0.05$, donde las pruebas estadísticas utilizadas fueron la t-de Student y ANOVA, según el caso.

Resultados

Se recibieron un total de 334 encuestas de las 548 remitidas (60.94%). Los trabajadores del Hospital General de Almansa (H.G.A.) contestaron el 66.58%, mientras que la respuesta en los centros de salud fue del 37.5%. Cabe destacar que el 68.9% eran mujeres. La edad media fue de 43.82 años (IC95% 42.86-44.79). La antigüedad como trabajador del Sescam fue de 12.54 años (IC.95% 11.74-13.34). El 56.1% eran trabajadores con plaza en propiedad. En cuanto a categorías profesionales el 30.2% son enfermeras, el 16.6% son auxiliares de enfermería, el 18.3% son médicos, y el 11.6% pertenecen al grupo administrativo.

Con respecto al cuestionario de calidad de vida profesional CVP-35, los resultados de las diferentes dimensiones fueron los siguientes: percepción de apoyo directivo (AD) 5.56 (IC.95% 5.34-5.78); percepción de carga de trabajo (CT) 6.41 (IC.95% 6.20-6.63); motivación intrínseca (MI) 8.64 (IC.95% 8.52-8.76); capacidad de desconexión tras la jornada laboral (DJL) 6.97 (IC.95% 6.71-7.23); calidad de vida de mi trabajo (CVGP) 6.15 (IC.95% 5.92-6.39).

Los valores más altos de cada uno de los ítems del cuestionario se obtuvieron en los ítems “estoy capacitado para hacer mi trabajo actual” con una puntuación de 8.88 (IC.95% 8.75-9.00), y “apoyo de mi familia” 8.79 (IC.95% 8.62-8.97). Por el contrario, los ítems con una puntuación más baja fueron “conflictos con otras personas de mi trabajo” 3.01 (IC.95% 2.77-3.26) y “posibilidad de promoción” 3.19 (IC.95% 2.92-3.46).

Los resultados del cuestionario dentro de los diferentes centros asistenciales de la GAI de Almansa no presentaron diferencias reseñables. La CVGP fueron en el Hospital Almansa 6.14 ± 2.16 ; y en los Centros de Salud 6.42 ± 2.14 .

En cuanto al análisis el sexo, la edad, y el tipo de contrato laboral no se han encontrado diferencias significativas con respecto a las diferentes dimensiones del cuestionario.

Sí que se han encontrado diferencias significativas ($p < 0.05$) según el tipo de turno de trabajo, sea fijo o rotatorio, en las dimensiones AD, CT, MI y CVGP. Turno fijo AD (6.22 ± 1.97); CT (6.09 ± 2.03); MI (8.77 ± 1.02); y CVGP (6.65 ± 1.90). Turno rotatorio AD (4.75 ± 1.96); CT (6.85 ± 1.89); MI (8.50 ± 1.28); y CVGP (5.54 ± 2.36).

En cuanto a enfermería existen diferencias significativas ($p < 0.05$) según turno de trabajo en las dimensiones AD y CT. Turno fijo AD (5.98 ± 1.74) y CT (6.03 ± 2.19). Turno rotatorio AD (4.61 ± 2.04) y CT (7.17 ± 1.66).

Dentro de las categorías profesionales existen diferencias significativas ($p < 0.05$) entre las enfermeras y los facultativos, entre las enfermeras y el personal de grupo administrativo, las auxiliares de enfermería y los facultativos, y las auxiliares de enfermería y el personal del grupo administrativo, así como los celadores con los facultativos, todas estas diferencias en la dimensión de apoyo directivo percibido. Los resultados para la dimensión AD fueron: Facultativos (6.67 ± 1.64); Enfermeras (5.15 ± 2.03); Auxiliares de enfermería (4.78 ± 2.21); Celadores (5.16 ± 1.79); Grupo administrativo (6.85 ± 1.90).

Discusión

Los resultados obtenidos en el presente estudio ofrecen una primera visión de la calidad de vida profesional de los trabajadores de la Gerencia de Atención Integrada de Almansa. La mayoría de los trabajos realizados en España con este cuestionario son estudios hechos en Atención Primaria (AP). Nuestro trabajo ha tenido una mayor participación entre los profesionales de la Atención Especializada (AE) del Hospital General de Almansa.

La “calidad de vida de mi trabajo” en AP es similar a un reciente estudio realizado en Asturias(6), y relativamente superior a otros estudios(7–10), así como también otro realizado en el mismo servicio de salud(11).

Con respecto al resultado de las tres dimensiones del cuestionario CVP-35 en AP es destacable que la percepción del “apoyo directivo” es relativamente bajo. En cuanto a las “cargas de trabajo” se sitúa en una posición medio-baja. La “motivación intrínseca” presenta valores altos. Podemos decir que los resultados de nuestro estudio son acordes a otros estudios realizados en AP(6,9,10), incluso mejores que otros(8), y que el realizado en el mismo servicio de salud(11).

Con respecto de la “calidad de vida en mi trabajo” en AE, nuestro estudio presenta un valor por encima de un estudio que valora la CVP de los profesionales de AE realizado con el mismo cuestionario(6). Además si comparamos nuestros resultados en las otras tres dimensiones del mismo obtenemos similares resultados en la dimensión de “apoyo directivo”, algo más elevado la percepción de carga de trabajo, y un resultado mucho mayor en motivación intrínseca por parte de nuestro personal.

En nuestro estudio, al igual que en el de Díaz Corte(6), quedan patentes las diferencias en CVP entre los ámbitos de AP y AE. Los trabajadores de AP tienen una percepción de “apoyo directivo” menor que los trabajadores de AE, esto puede deberse a que la dirección de la GAI se encuentra ubicada en el mismo Hospital. El hecho de compartir espacio físico podría favorecer la comunicación y la organización del trabajo. En cuanto a las “cargas de trabajo” son percibidas en mayor grado en AE que AP. Esta percepción pudiera ser el motivo por el cual en nuestro estudio la calidad de vida en el trabajo es mayor en AP.

En cuanto a la motivación intrínseca, las puntuaciones son altas, incluso comparándolas con otros estudios(6,8–10). Esto puede ser debido a que las profesiones sanitarias presentan un importante componente vocacional. No hemos encontrado diferencias entre las diferentes categorías profesionales en esta dimensión.

En cuanto a la categoría profesional, cabe destacar que hay diferencias entre casi todos los colectivos en la dimensión de “apoyo directivo”, con los valores más altos en el colectivo perteneciente al grupo administrativo y los facultativos (descartamos otras categorías por escasa muestra), y entre los más bajos enfermería, auxiliares de enfermería. Esto podría ser explicado por una cercanía del lugar de trabajo en el caso de los administrativos, así como que la dirección la ejerce un facultativo, todo ello favorecería una relación y una comunicación más fluida con los compañeros y con los administrativos.

En nuestro estudio hemos encontrado asociación estadísticamente significativa según la turnicidad en el trabajo. El trabajo a turnos está relacionado con una percepción de apoyo directivo más baja y de una percepción de carga de trabajo mayor. En cuanto a la calidad de vida en el trabajo, aun no existiendo diferencia significativa, sí hay una gran diferencia de percepción entre los trabajadores a turnos rotatorios y los que están a turno fijo. Los turnos rotatorios en HG de Almansa se realizan mediante jornadas laborales de 12 horas de día y noche alternativamente. El turno fijo es el que se realiza de mañanas. En la literatura no hemos encontrado estudios que corroboren esta circunstancia, esto puede ser debido a que todos los estudios publicados, menos uno(6), con este cuestionario sean realizados en AP.

Una deficiente comunicación descendiente(6) por parte de la dirección podría explicar la baja percepción en ciertas categorías profesionales de la falta de “apoyo directivo”, como demuestra nuestro estudio. Donde los trabajadores a turno rotatorio tienen esa percepción y los trabajadores que tienen una mayor relación con la dirección presentan una percepción de AD mayor.

Entre las limitaciones de nuestro estudio cabría destacar las propias de los estudios basados en encuestas, la tasa de respuesta por parte de los trabajadores de los centros de salud es baja. Aunque existe una tasa de respuesta algo superior en el Hospital que en estudios previos, lo que parece suficiente para minimizar el sesgo de respuesta.

Conclusiones

La sensación de falta de participación y de accesibilidad a los directivos, puede ser la consecuencia de estas diferencias en la percepción de apoyo directivo.

Existe un margen de mejora de las cargas de trabajo y de la comunicación descendente por parte de la Dirección, en el personal de enfermería de turnos rotatorios.

Es recomendable aprovechar la alta motivación del personal para aumentar la participación profesional tanto en la gestión como en programas asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Orden de 18 de diciembre de 2012, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, de las Gerencias de Atención Integrada del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, No253, (27 de diciembre de 2012).
2. Decreto 166/2015, de 14/07/2015, de estructura orgánica y funciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Diario oficial de Castilla-La Mancha, no138, (16 de julio de 2015).
3. Martín J, Alfonso Cortés J, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). Gac Sanit. 2004;18(2):129-36.
4. Cabezas C. La calidad de vida de los profesionales. Vol. 7, Fmc. 2000. p. 53-68.
5. Martín Fernández J, Gómez Gascón T, Martínez García-Olalla C, del Cura González MI, Cabezas Peña MC, García Sánchez S, et al. Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional. Aten Primaria. 2008;40(7):327-34.
6. Díaz Corte C, Suárez Álvarez Ó, Fueyo Gutiérrez A, Mola Caballero de Rodas P, Rancaño García I, Sánchez Fernández AM, et al. Calidad de vida de los profesionales en el modelo de gestión clínica de Asturias. Gac Sanit. 2013;27(6):502-7.

7. Alonso Fernández M, Iglesias Carbajo AI, Franco Vidal A. Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Aten Primaria*. 2002;30(8):483-9.
8. Sánchez González R, Álvarez Nido R, Lorenzo Borda S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. *Medifam*. 2003;13(4):291-6.
9. Muñoz-Seco E, Coll-Benejam JM, Torrent-Quetglas M, Linares-Pou L. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Aten Primaria*. 2006;37(4):209-14.
10. Garrido Elustondo S, García Esquina E, Viúdez Jiménez I, López Gómez C, Más Cebrián E, Ballarín Bardají M. Estudio de la Calidad de Vida Profesional en trabajadores de Atención Primaria del Área 7 de la Comunidad de Madrid. *Rev Calid Asist*. 2010;25(6):327-33.
11. Villarín Castro A, Méndez García T, Zuzúarregui Gironés M, Sánchez Serrano S, Conejo Ocaña R. Calidad de vida profesional en trabajadores del área de atención primaria de Toledo. *Rev Calid Asist*. 2015;30(1):4-9.

Mesa de Comunicaciones 4: Práctica Clínica

Concurrent Session 4: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

FERNANDO JESÚS PLAZA DEL PINO, LORETO MARTÍNEZ GÁLVEZ

TÍTULO/TITLE:

SENSACIONES ENFERMERAS ANTE EL ENCUENTRO CON PACIENTES MUSULMANES.

Introducción.

Desde la década de los 90 la inmigración se ha convertido en España en un fenómeno de gran importancia demográfica y económica. Los movimientos migratorios han transformado nuestra sociedad en una sociedad multicultural donde gentes con distintas religiones, tradiciones y valores se han establecido con la intención de quedarse.

De los 46,5 millones de habitantes de España un 9,5% son extranjeros (INE, 2017), en algunos municipios de la provincia de Almería como El Ejido, La Mojonera o Campohermoso la población extranjera llega hasta un 40% del total. En toda la provincia se calcula que viven unas 80.000 personas cuyos países de origen son de tradición musulmana. Nuevas familias, nuevas comunidades con las que nos relacionamos desde los servicios sanitarios.

Esta realidad nos ha llevado a estudiar las relaciones entre el personal de enfermería de los hospitales públicos de la provincia de Almería y los pacientes de tradición musulmana a los que atienden. Este trabajo es una parte de ese estudio más amplio.

Objetivos.

Los objetivos que nos hemos marcado son los siguientes:

Indagar en las primeras impresiones que tienen las profesionales de enfermería ante el encuentro con pacientes de tradición musulmana.

Valorar la implicación en la práctica clínica enfermera que tienen estas sensaciones.

Método.

La metodología utilizada ha sido la cualitativa, al ser el método más adecuado para entrar en el nivel de los discursos y lograr una comprensión profunda y rica de los fenómenos teniendo en cuenta las circunstancias de los participantes.

La recogida de datos se ha hecho a través de entrevistas abiertas, se realizaron en el lugar que elegían los informantes, en la mayoría de los casos se desarrollaron en el propio centro hospitalario donde trabajan. Las entrevistas fueron grabadas, su duración media fue de 25 minutos.

Nuestras informantes fueron profesionales de enfermería de los tres hospitales públicos de la provincia de Almería. Todas las enfermeras trabajan en hospitalización al valorar que es en estos espacios donde el personal tiene una relación más estrecha no sólo con el paciente extranjero sino también con su familia. La selección de participantes se hizo entre las enfermeras con más de un año de antigüedad, intentando garantizar la representatividad de los distintos servicios de los hospitales. La participación fue voluntaria.

Para respetar los aspectos éticos de la investigación. Se informó verbalmente a las participantes de los objetivos de la investigación, se empleó un modelo de Consentimiento Informado donde aparecía; código del informante, nombre y apellidos del investigador, garantía de privacidad y anonimato de las informantes, fecha y firmas del investigador y de la persona investigada. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de los hospitales estudiados.

Para el análisis se ha realizado mediante análisis de contenido siguiendo el siguiente proceso; tras la transcripción de las primeras entrevistas se realizó una codificación abierta en la que identificamos temas y patrones clave (Coffey y Atkinson, 2003) para generar las primeras categorías sobre las que trabajar. Posteriormente a través de un proceso de comparación constante con las posteriores entrevistas, comenzamos la codificación axial para agrupar y reducir las categorías y construir un sistema de categorías centrales representativo de la situación de investigación que dirigiera la selección y codificación de nueva información para concluir nuestro análisis.

Resultados.

Se han realizado treinta y dos entrevistas a enfermeras de hospitales públicos de Almería, siendo 26 de ellas mujeres, el grupo de edad más numeroso con 16 informantes fue el formado por enfermeras entre 31 y 40 años. En las entrevistas se ha profundizado tanto en las sensaciones sentidas ante la noticia del ingreso de un paciente musulmán como de las producidas en el trascurso de la relación enfermera-paciente.

Se han encontrado 58 categorías que engloban aspectos afectivos de las relaciones interpersonales que indican la capacidad de emitir respuestas emocionales positivas o negativas, así como, controlar aquellas emociones que pueden perjudicar la relación con estos pacientes:

La motivación para el encuentro cultural.

(-) Yo reconozco que a veces con esas personas, como las veo un poco así... a lo mejor no soy de la misma manera que con un español y soy quizás más seca o me pongo más seria.

(+) para poder, por lo menos, que te cuenten sus cosas.

La ansiedad o el estrés manifestada por la inquietud, tensión o preocupación ante el contacto con pacientes musulmanes.

A mí lo que me crea mucha ansiedad, pero no solo con los marroquíes sino con todos, es el no poder entenderme....

Mi actitud a veces cambia, estoy más como a la defensiva con ellos.

El control de la incertidumbre, expresada por la tolerancia o no a lo impredecible que puede ser un encuentro intercultural.

(-) que yo voy a estar menos abierta o menos comunicativa.

(+) a mí el hecho de ser marroquí, inglés, alemán a mí me da lo mismo uno, que otro, que otro...

La predisposición ante el encuentro y el conocimiento cultural que incluyen comentarios sobre el interés ante la posibilidad de conocer tradiciones, costumbres y visiones del proceso salud-enfermedad de pacientes con usos culturales diferentes al suyo.

(+) Yo creo que si, creo que es interesante conocer sus tradiciones, así podríamos entender los por qué de las cosas.

(+) Cuando sabes más cosas de las personas puedes mejorar, claro que sí.

(-) Pues yo, la verdad, no tengo mucho tiempo para eso.

Predisposición ante la noticia del ingreso de un paciente musulmán.

(+) No, no me da ninguna tensión porque no son enfermos problemáticos.

(-) Uf un moro, es lo primero que suelto, y la verdad es que no me dan problemas.

(-) Relacionas a veces un poco que a lo mejor vienen muchos familiares o que hay que aislarlo porque tiene problemas con el enfermo de al lado o porque a lo mejor es un poco guarrillo.

No, a mí no me crea ningún tipo de tensión, a lo mejor podemos decir; ¡puff otro moro!, en el sentido de decir pues vamos a ver como viene o lo que pasa.

La empatía con el paciente musulmán.

...pero es que a lo mejor el hombre no ha comido de la comida que tú le has llevado.

...algunos te hablan, ¿pero que hablas con ellos? las criaturas, porque eso tiene que ser horroroso.

Hemos encontrado también diferencias en las respuestas dependiendo del sexo de la persona informante y de la paciente, viéndose condicionada en ocasiones la relación por esta circunstancia.

Respecto a los hombres.

Si, además si tienes otro compañero que es hombre el trato es diferente, y al hombre lo respetan, aunque sea el medico, bueno al medico lo respetan siempre, pero si es un compañero hombre enfermero o auxiliar a el lo tratan mejor y a la mujer nos tratan fatal, en general lo que yo he percibido.

En los aislamientos cuando estas haciéndoles la cama y ellos están sentados detrás estas mas incomoda, no se... para mí es incomodo porque se te quedan mirando de una forma..., algunos son discretos pero otros no, vamos que te miran el culo mientras estas haciendo la cama, ellos parece que te miran mas, si te inclinas...

Respecto a las mujeres.

Si hablamos de mujeres, las pocas mujeres que hemos tenido ingresadas no hemos tenidos ningún problema han reaccionado diferente a los hombres, mas naturales y se han adaptado mejor que los hombres.

Discusión. Implicación para la práctica clínica.

Las sensaciones y emociones expresadas por nuestras informantes, ya sean en el momento previo al contacto o durante la relación

con pacientes musulmanes van a determinar el éxito o el fracaso de la relación terapéutica enfermera-paciente. El primer contacto con alguien al que consideramos diferente nos puede provocar tensión, ansiedad, siempre hay algo de tensión cuando se interactúa con una persona nueva, en situaciones desconocidas, es normal (Plaza del Pino, 2017), lo importante es ser capaz de gestionar esas emociones, esas primeras sensaciones. Al igual que otras habilidades interculturales, los aspectos afectivos se pueden aprender a manejar para evitar influencias adversas.

Implicación para la práctica.

Es clave en esta nueva sociedad multicultural la formación y entrenamiento de las enfermeras, así como de del resto de profesionales sanitarios, tanto en el control de emociones y manejo de las sensaciones negativas producidas previamente o durante las relaciones interculturales como en el conocimiento y respeto cultural además de habilidades comunicativas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía.

Coffey, A y Atkinson P (2003). Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín: Universidad de Antioquia. (Version original: Sage Publications Inc.; United Status, London, New Delhi, 1996)

INE (2017). Nota de prensa: Cifras de Población a 1 de enero de 2017 Estadística de Migraciones 2016. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/cp_2017_p.pdf Consultado el 06/07/2017.

Plaza del Pino, FJ (2017). Comunicación, cuidado y vida en la diversidad. Una propuesta de formación intercultural. Almería: Editorial Universidad de Almería.

AUTORES/AUTHORS:

Paola Galbany-Estragués, Antonia Arreciado Marañón

TÍTULO/TITLE:

Gestión de las emociones en profesionales de enfermería masculinos que trabajan con niños enfermos.

Objetivo: Analizar la gestión de las emociones en enfermeros masculinos que trabajan con niños enfermos.

Métodos: Investigación cualitativa fenomenológica. La selección de los participantes se realizó mediante muestreo intencional. Los participantes fueron 12 enfermeros asistenciales, de edades diversas y experiencia variada, que trabajaban en un hospital de Barcelona de tercer nivel en el área de materno-infantil. Se tuvo en cuenta los diferentes turnos de trabajo. Entre septiembre y diciembre de 2015, se realizaron entrevistas semi-estructuradas que se grabaron y transcribieron. Cada entrevista tuvo una duración de unos 50 minutos. El análisis de los datos se realizó con el software dedoose. Los investigadores revisaron las transcripciones detectando patrones discursivos claves y se generó un árbol de códigos. Posteriormente, se codificaron los datos y se recodificaron cuando se evidenciaron nuevos patrones. Los criterios de calidad de la investigación cualitativa han sido los criterios de fiabilidad definidos por Lincoln y Guba.

Resultados: A partir de la pregunta “¿crees que haces algún tipo de actividad relacionada con los cuidados que es diferente de la que hace una enfermera?” detectamos el código “actuación/comportamiento profesional”. Dentro de éste, 4 categorías se relacionaron con la gestión de las emociones: diferente según el género: hombre, diferente según el género: mujer, diferente si eres padre o madre, diferente si cuidas niños o adultos. Los resultados evidencian que, en relación con las mujeres, la gestión de emociones de los enfermeros masculinos se construye a partir de la manifestación de una menor empatía, un mayor distanciamiento en su relación con el paciente, una mayor habilidad en la realización de técnicas, una mayor preocupación por el confort de los pacientes, un mayor interés en actividades de distracción y una mayor asociación del hombre con actividades que impliquen el ejercicio de la fuerza, lo que dificulta la manifestación de emociones como el llanto y el miedo. De manera general, estas actitudes son valoradas por los enfermeros masculinos como positivas, prácticas y objetivas. Esto se relaciona con la profesionalidad del acto de cuidar y con la necesidad de actuar con menor implicación emocional en el cuidado para protegerse.

Por otro lado, existe una mayor vinculación emocional cuando se trabaja con niños enfermos y cuando la persona que presta cuidados es padre.

Discusión: Tanto hombres como mujeres tienen capacidad para cuidar, pero realizan las actividades de cuidados de manera diferente. Esta diferencia también se observa en la manera en que gestionan sus emociones durante el trabajo. Aunque los hombres tienen mayor preferencia por la técnica, se identificaron como personas sensibles en el cuidado holístico del niño y su entorno familiar. Esta percepción sobre el rol de cuidados enfermeros contradice parte de la literatura científica que identifica a los hombres como seres racionales y poco sensibles para el cuidado. Visibilizar el rol cuidador de los hombres enfermeros permite que éstos sean mejor comprendidos y que puedan sentirse acogidos en una profesión eminentemente femenina.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Barron D.N. & Est E. (2007). The emotional cost of caring incurred by men and women in the British labour market. *Social Science & Medicine*, 65, 2160-2170.

Brunero, S., Lamont, S., Coates, M. (2010). A review of empathy education. *Nursing Inquiry*, 17(1), 65-74.

Comas d'Argemir Cendra, D. (2016). Hombres cuidadores: barreras de género y modelos emergentes. *Psicoperspectiva, Individuo y Sociedad*, 15 (3).

- Cottingham M.D., Erickson R.J., Diefendorff J.M. (2015). Examining Men's Status Shield and Status Bonus Examining Men's Status Shield and Status Bonus: How Gender Frames the Emotional labor and Job Satisfaction of Nurses. *Sex Roles*, 72, 377-389.
- Cottingham, M. D. (2014). Recruiting men, constructing manhood: How health care organizations mobilize masculinities as nursing recruitment strategy. *Gender & Society*, 28(1), 133-156.
- Cottingham, M.D. (2013). Learning to "Deal" and "De-escalate": How Men in Nursing Manage Self and Patient Emotions. *Sociological Inquiry*, 85 (1) 75-99.
- Diedendorff JM, Grandey AA, Dahling JJ (2011). Emotional display rules as work unit norms: a multilevel analysis of emotional labor among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*. 16(2), 170-186.
- Evans, J. (2004). Men nurses: a historical and feminist perspective. *J Adv Nurs*, 47(3), 321-8.
- Gray B. & Smith P. (2009). Emotional labour and the clinical settings of nursing care: The perspective of nurses in East London. *Nurse Educ Pract.*, 9(4), 253-61.
- Hammonds and Cage (2014). Strategies of emotion management: no just one, but off the job. *Nursing Inquiry*, 21(2), 162-170.
- Hayward R.M. & Tuckey .MR. (2011). Emotions in uniform: how nurses regulate emotions at work via emotional boundaries. *Human relations*, 64(11), 1501-1523.
- Riley, R., & Weiss M.C. (2016). A qualitative thematic review: emotional labour in health care settings. *Journal of Advance Nursing*, 72(1), 6-17
- Smidova Matousova, O. & Tollarová Blanka (2014). "You can't take it personally": Emotion Management as Part of the Professional Nurse's Role. *Czech Sociological Review*, 50(6), 839-873.
- Tammy W. Wu, John L.Oliffe, Vicky Bungay, Joy L.Johnson. (2015). Male Icu Nurses' Experiences of Taking Care of Dying Patients and Their Families: A Gender Analysis. *Am J Mens Health*, 9(1), 44-52.

Mesa de Comunicaciones 5: Cáncer y Cuidados Paliativos

Concurrent Session 5: Cancer / Palliative Care

AUTORES/AUTHORS:

Antoni Ruz-Peña, Camilo Sepúlveda-Bravo, Cristina Alfonso-Arias, Laura Masnou-Brichs, Olga Vallès-Fructuoso, Joaquín Tomás-Sábado

TÍTULO/TITLE:

Adaptación española de la Escala de Autocompetencia para el Trabajo en Entornos de Final de Vida (SC-DWS)

OBJETIVO: El objetivo de este trabajo fue traducir y adaptar al español la Self Competence in Death Work Scale (SC-DWS) para su uso en el contexto de enfermería y determinar sus propiedades psicométricas preliminares.

MÉTODOS: En primer lugar, se procedió a la traducción y adaptación al español de la SC-DWS, mediante sucesivos ciclos de traducción y retrotraducción. La muestra de validación estaba formada por 106 profesionales de enfermería, 26 hombres y 80 mujeres, que desarrollaban su trabajo en unidades hospitalarias relacionadas con cuidados al final de la vida. Los participantes respondieron un cuestionario anónimo y autoadministrado que contenía las formas españolas de los siguientes instrumentos: Escala de Autocompetencia para el Trabajo en Entornos de Final de Vida (SC-DWS), Escala de Significado de la Vida (SWSS), Inventario Revisado de Ansiedad ante la Muerte (DAI-R), Escala de Ansiedad y Depresión (HADS) y Escala de Autoeficacia General (GSE). Los datos fueron tabulados y analizados mediante el programa SPSS versión 22.0. Se calcularon índices descriptivos, coeficiente de consistencia interna, prueba de Kolmogorov-Smirnov, coeficientes de correlación de Pearson y análisis factorial exploratorio de la SC-DWS.

RESULTADOS: Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,71 para los 16 ítems de la versión española de la SC-DWS. El análisis factorial identificó una estructura formada por cinco factores significativos, que, en su conjunto, explicaban el 59,9% de la varianza total. Estos factores fueron etiquetados como: 1-Afrontamiento de las incertidumbres; 2-Aceptación de la muerte; 3-Emociones ante la muerte; 4-Emociones del trabajo; y 5-Impotencia y limitaciones. Las puntuaciones de la escala SC-DWS presentaban un coeficiente de correlación positivo y significativo con Autoeficacia (GSE) y Significado de la Vida (SWSS) y negativo y significativo con Ansiedad General y Depresión (HADS) y con la Ansiedad ante la Muerte (DAI-R).

DISCUSIÓN: Los resultados sugieren que la versión española de la SC-DWS presenta una adecuada validez de constructo, validez concurrente y aceptables propiedades psicométricas y puede constituir un instrumento de utilidad práctica para evaluar competencias de los profesionales de los cuidados en entornos relacionados con el final de la vida. Así mismo, puede ser de utilidad para valorar la eficacia de intervenciones dirigidas a la adquisición de habilidades y estrategias de afrontamiento en los profesionales que han de tratar diariamente en su trabajo con el sufrimiento y la muerte.

PALABRAS CLAVE: Auto-competencia, desarrollo de escala, validación, profesionales enfermería, muerte.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

- Chan WC, Tin AF. Beyond Knowledge and Skills: Self-Competence in Working With Death, Dying, and Bereavement. *Death Stud.* 2012; 36: 899-913.
- Chan WC, Tin AF, Wong KLY. Coping with Existential and Emotional Challenges: Development and Validation of the Self-Competence in Death Work Scale. *J Pain Symptom Manage.* 2015; 50: 99-107.
- Edo-Gual M, Monforte-Royo C, Tomás-Sábado J. Afrontar el sufrimiento y la muerte: desafíos para el cuidado en el siglo XXI. *Enferm Clin.* 2015; 25: 42-4. doi:10.1016/j.enfcli.2014.10.002
- Limonero JT, Tomás-Sábado J, Fernández-Castro J, Cladellas R, Gómez-Benito J. Competencia personal percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Ansiedad y Estrés.* 2010; 16: 177-88.
- Tomás-Sábado J, Maynegre-Santaulària M, Pérez-Bartolomé M, Alsina-Rodríguez M, Quinta-Barbero R, Granell-Navas S. Síndrome

- de Burnout y riesgo suicida en enfermeras de Atención Primaria. *Enfer Clin.* 2010; 20: 173-8. doi: 10.1016/j.enfcli.2010.03.004
- Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Construction and validation of the Death Anxiety Inventory. *Eur. J. Psychol. Assess.* 2005; 21: 108-14.
- Tomás Sábado J, Gómez-Benito J, Limonero J T. The Death Anxiety Inventory. A revision. *Psychol Rep.* 2005; 97: 793-6.
- Tomás-Sábado J, Guix E. Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enferm Clin.* 2001; 11:104-9. doi.org/10.1016/S1130-8621(01)73697-2
- Vallès-Fructuoso O, Ruiz de Pablo B, Fernández-Plaza M, Fuentes-Milà V, Vallès-Fructuoso O, Martínez-Estalella G. Perspectiva de los profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos sobre la limitación del tratamiento de soporte vital. *Enferm Intensiva.* 2016. doi: 10.1016/j.enfi.2016.06.002

AUTORES/AUTHORS:

Eylem PASLI GURDOGAN, Ezgi KINICI, Berna AKSOY

TÍTULO/TITLE:

THE EFFECTS OF DEATH ANXIETY LEVELS OF NURSING STUDENTS ON THE ATTITUDES TOWARD THE DYING PATIENT TO CARE

Objectives

The frequent encountering of the death phenomenon by nurses leads to death anxiety in them (Peters et al., 2013; Matsubi & Broun, 2016). Death anxiety is expressed as an unpleasant feeling caused by existential concerns resulting from one's thinking about others' or their own death (McKenzie & Brown, 2017).

Death anxiety causes many negative effects in nurses (Gama, Barbosa, Vieira, 2014). Death anxiety, which is among the reasons for burnout in nurses, decreases interaction between nurses and patients. Also, it causes that nurses focus on mostly patients' physical care by disregarding the psychosocial and spiritual needs of them. These cases lead to reduce the quality of nursing care provided to dying patients (Peters et al., 2013; Matsubi & Broun, 2016; Özdelikara, Alkan, Boga & Sahin, 2016).

Death anxiety may cause various negative emotional reactions in nursing students just as in nurses, when providing care to dying patients (Tastemir & Gök, 2012; Edo-Gual et al., 2014). These reactions formed in students may lead students to restrict their professional skills in relation to the caregiver role and have difficulties in understanding the emotional reactions of both patients and their families in relation to death (Edo-Gual et al., 2014).

For this reason, it is important that nursing students identify their feelings about death and learn how to cope with them starting from vocational training periods. The aim of this research is to determine the effects of death anxiety levels of nursing students on the attitudes toward the dying patient to care.

Methods

This study planned as a descriptive was carried out with students from nursing department of faculty of health sciences of a university in Turkey (N=512). The sample of the study consisted of 376 students who were educated in the 1st, 2nd, 3rd and 4th grades of the nursing department (73.4% of the universe was reached). Data were collected using the questionnaire form which included the socio-demographic characteristics of the students, "Death Anxiety Scale (TDAS)" and "Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (FATCOD-Form B)". Data were assessed using percentage, mean, Student's t test, One Way Anova test and Pearson's correlation analysis in the IBM SPSS Statistics 20 package program.

The socio-demographic characteristics of the students consisted of age, gender, college status, mostly lived place, lost a first-degree relative of them and status of providing care to a relative in terminal period, encountering the death phenomenon during the clinical practice training, providing care to a patient in the terminal period and receiving any training on palliative care of them.

Death Anxiety Scale (TDAS): The scale that was developed by Sarikaya and Baloglu (2016) is a 5-point Likert-type and consists of 20 items. The scale has 3 sub-dimensions, "Ambiguity of death", "Thinking and witnessing death" and "Pain". The lowest score that can be obtained from the scale is 0, while the highest score is 80. High scores obtained from the scale point to high death anxiety. In the study of Sarikaya and Baloglu, the Cronbach's alpha internal consistency coefficient of the scale was found to be 0.95, and the Cronbach's alpha value in this study was found to be 0.71.

Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale (FATCOD – Form B): This scale developed by Katherine H. Murray Frommelt (1988) and Turkish validity and reliability of the scale were performed by Çevik (2010). The scale contains the equal number of expressions that include positive and negative attitudes. The scale is a 5-point Likert-type scale and consists of 30 items. The total score that can be obtained from the scale varies between 30 and 150, and high scores show more positive attitudes. In the study of Çevik (2010), the Cronbach's alpha value of the scale was determined to be 0.73. The Cronbach's alpha value in this study was found

to be 0.93.

Results

The age average of the students who participated in the study was 20.62 ± 1.59 years, 84.3% of the participants were women, and 29% were first-grade students. 84% of the students had not lose a first-degree relative, and 81.4% had not provide care to a relative in terminal period. 71.3% of the students stated that they encountered the death phenomenon during the clinical practice training, and 64% stated that they provided care to a patient in the terminal period. 62.8% of the students said that they did not receive any training on palliative care.

The average score of the death anxiety scale (TDAS) of students was 32.98 ± 15.01 . The average score they obtained from the sub-dimension of the ambiguity of death was 5.86 ± 2.68 , the average score obtained from the sub-dimension of thinking and witnessing death was 9.77 ± 5.86 , and the average score obtained from the sub-dimension of pain is 5.86 ± 2.68 . The average score of students obtained from the attitudes toward care of the dying scale (FATCOD) were 105.09 ± 9.42 .

When the socio-demographic features and TDAS average scores of the students were compared, TDAS total scores of the students were statistically significant difference with gender and the grade of students ($p < 0.05$). It was found out that the total score average of TDAS of women students (34.66 ± 14.80) was higher than that of the men students (23.96 ± 12.85), and the total score average of TDAS of 3rd-grade students (37.16 ± 13.75) was higher than that of 1st (30.69 ± 16.14) and 4th-grade students (30.44 ± 14.99).

A negative correlation was found between the TDAS total score and FATCOD total score of students ($r = -.141$, $p = .006$).

Discussion

In this study, the death anxiety of students was low level. Similarly death anxiety was found at the low level in the study of Asadpour et al. (2015). In the study of Özdelikara et al. (2016), the death anxiety of students was moderate level.

In the study, it was found that the attitudes of students toward the care of dying patients were positive. The studies carried out in this area were also similar to this study (Leombruni et al., 2014; Nandesena et al., 2017).

A statistically significant difference was found between the death anxiety and gender of the students ($p < 0.005$). It was determined that the death anxiety level of women students was higher than that of men students. Studies conducted on determining death anxiety in the literature showed similarity with this study, and it was determined that death anxiety in women was higher when compared to men (Özdelikara, Alkan, Boga & Sahin, 2016; Asadpour et al, 2015).

When the grade level of students and their death anxiety levels were compared, it was found that the death anxiety level of the students studying in the third grade were higher than students studying at the first and fourth grades ($p < 0.005$). In a study carried out in Turkey, it was determined that the death anxiety levels of third grade students studying at a health high school are higher than other grades (Tastemir & Gök, 2012).

In the study, there was a negative correlation between the attitudes of nursing students towards the care provided to dying patients, and their level of death anxiety. The results of similar studies carried out in Israel (Braun, Gordon & Uziely, 2010) and Japan (Matsui & Braun, 2010) showed similarity with the results of the present study.

Conclusion

Nursing students have positive attitudes toward the care of the dying patient and are anxious to die. Death anxiety is increasing in women and in the third grade, where clinical training is intensive. As death anxiety increases, the students' the positive attitudes toward the care of the dying patient reduce. It is proposed that arranging training programs for student nurses to improve the care for the dying patient and the methods of dealing with the death case during the training events.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., & et al. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: A review of literature. *The Open Nursing Journal*, 7, 14-21.
- Matsubi, M., & Braun, K. (2016). Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adults in Japan.

International Journal of Palliative Nursing; 16(12), 593-598.

McKenzie, E.L., & Brown, P.M. (2017). Nursing students' death anxiety and fear towards dementia patients. *Australasian Journal on Ageing*, doi: 10.1111/ajag.12414.

Özdelikara, A., Alkan, S.A., Boga, N.M., & Sahin, D. (2016). Öğrenci hemşirelerde ölüm kaygisi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1).

Tastemir, G., & Gök, F. (2012). Bir sağlık yüksekokulu'nda okuyan öğrencilerin kaygılarının belirlenmesi. *International Journal of Human Science*, 9(2), 303-317.

Edo-Gual, M., Tomas-Sabado, J., Bardallo-Porras, D., & Monforte-Royo, C. (2014). The impact of death and dying on nursing students: An explanatory model. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), 3501-3512.

Sarikaya, Y., & Baloglu, M. (2016). The development and psychometric properties of the Turkish death anxiety scale (TDAS). *Death Studies*, 40(7), 419-431.

Çevik, B. (2010). Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri. (Unpublished master's thesis). Baskent University, Ankara, Turkey.

Asadpour, M., Bidaki, R., Rajabi, Z., Mostafavi, S.A., Khaje-Karimaddini, Z., & Ghorbanpoor, M.J. (2015). Attitude toward death in nursing staffs in hospitals of Rafsanjan (South East Iran). *Nursing Practice Today*, 2(2), 43-51.

Leombruni, P., Miniotti, M., Bovero, A., Zizzi, F., Castelli, L., & Torta, R. (2014). Attitudes toward caring for dying patients: An overview among Italian nursing students and preliminary psychometrics of the FATCOD-B scale. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(3), 188-196.

Nandasena, H.M.R.K.G., Sakai, S., & Koyama, T. (2017). Analysis of characteristics related to the attitudes of nursing students toward terminal care: A comparative study between Sri Lanka and Japan. *Journal of Health Sciences Of Niigata University*, 14(1), 35-41.

Braun, M., Gordon, D., & Uziely, B. (2010). Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), E43-E49.

AUTORES/AUTHORS:

M^aAngeles Saz Roy, M^aAssumpta Rigol Cuadra, Montserrat Roig Jiménez, M^a Luisa Martin Saenz, Anna Negre Los Certales, M^aTeresa Lluch Canut

TÍTULO/TITLE:

Impacto de la enfermedad oncológica infantil: Percepción de las familias.

Objetivo:

- Analizar el impacto en las familias del debut de enfermedad oncológica infantil.
- o Determinar la situación emocional de las familias al inicio de la enfermedad.
- o Conocer las necesidades surgidas ante la enfermedad
- o Describir los cambios en la dinámica familiar que provoca el inicio de una enfermedad oncológica.
- o Conocer las estrategias y los apoyos para afrontar la enfermedad.

Metodología:

Estudio cualitativo según la fenomenología interpretativa o Hermeneútica de Heidegger que pretende conocer en profundidad las vivencias, reflexiones y percepciones de las familias sobre las necesidades y emociones surgidas ante el inicio de la enfermedad oncológica en el niño. Para ello el estudio se contextualiza dentro de un paradigma constructivista. Interesara en un primer instante conocer, saber cómo se da este fenómeno y describirlo ya que no sabemos cómo es su realidad. Las dimensiones del fenómeno a explorar comprendieron la percepción de las familias e indirectamente del niño sobre la experiencia al inicio de la enfermedad, los cambios producidos por la enfermedad, la repercusión de la enfermedad en la familia, las emociones producidas por la enfermedad, el apoyo recibido y estrategias de afrontamiento.Ámbito de estudio. Unidades oncológicas del Hospital de San Juan de Dios de Barcelona.

Los participantes en el estudio fueron padres, madres o tutores legales de niños y/o adolescentes diagnosticados de enfermedad oncológica que cumplían como criterio de inclusión haber pasado tres meses como mínimo del inicio de la enfermedad y no empezar el proceso bajo tratamiento paliativo total. Participaron 14 familias (seleccionadas mediante muestreo teórico) con hijos de diferentes edades hasta alcanzar la saturación de la información. La fuente principal de información fue la entrevista en profundidad y el diario de campo.El análisis de la información siguió el método de análisis de contenido. El análisis se lleva a cabo en varias fases siguiendo método de análisis Guía QUAGOL. Se utilizó como herramienta informática el programa Nvivo10.A nivel de criterios de rigor se busca la credibilidad con las notas del diario de campo, la triangulación de las fuentes informativas manteniendo la duración e intensidad del trabajo de campo hasta la saturación de los datos. A nivel ético se dispone de la aprobación comité de ética y autorización de la Dirección de enfermería del centro así como de la Universidad de Barcelona. Para las entrevistas se firmó consentimiento informado.

Resultados

Los participantes / informantes del grupo estudiado han sido catorce familias, de las cuales ocho informantes eran las madres, cinco los padres y una participaron ambos en la entrevista.

A nivel de la situación de la enfermedad, dos familias tenían al niño en remisión y 12 estaban recibiendo tratamiento activo. De las familias que participaron, 10 eran familias con más hijos y cuatro eran familias con un solo hijo. A destacar que sólo dos familias presentaban el estado civil de separados. En todas las familias trabajaban ambos en el momento del inicio de la enfermedad pero uno de los tuvieron que dejar su profesión para dedicarse al cuidado del niño enfermo de cáncer.

Las dimensiones del fenómeno que emergen del discurso de los integrantes de las familias sobre el impacto de la enfermedad oncológica se pueden categorizar en las categorías y subcategorías siguientes:

1. La experiencia al inicio de la enfermedad

- Momento del diagnóstico e información recibida: Las familias verbalizan que en el momento del diagnóstico es muy importante cómo te dicen que tu hijo tiene cáncer así como el tipo de mensaje que te dan en ese momento. Si se transmite la noticia de manera positiva, las familias ven esperanza y luchan contra la enfermedad. Muchos profesionales en el momento del diagnóstico no comunican las sospechas de que el niño tenga cáncer pero las familias intuyen de su silencio que hay algo a tener en cuenta y es importante.

“(...)Pero, bueno, en una situación... cuando te comunican esa, ese tipo de noticia... yo creo que lo menos importante en ese momento es eso, te das cuenta después ¿no? Porque ya te digo, el daño se triplica. Si encima te lo dicen mal, si encima tú te ves que son las diez y media de la noche, que están pinchando a tu hija, que tu hija tiene cáncer y tú estás sola... yo me fui a la calle y me tiré al suelo. En el garaje, yo recuerdo esa imagen [llora], y imagino que....(...)” FAM 1

“(...)Te informan, te tranquilizan. Y es importante, lo primero que te dicen es “la vamos a curar”. Entonces eso... aunque después sabes que eso no es así al 100 %, pero te tranquiliza en esos momentos si no... no sé.(...)” FAM 3

“(...)En la mirada yo le noté a la doctora porque... la conozco de... bueno de las visitas... y ella no me miró como me miraba siempre, ¿sabes? Cuando... Y entonces me dijo “quiero hacerle una analítica”, dice “porque puede ser un desgarré muscular, sí puede ser una infección... pero yo quiero ver otra cosa.” Entonces ya.....)” FAM 12

- Sentimientos al escuchar por primera vez la palabra cáncer

“(...)No se piensa en esos momentos, se te rompe el alma, se te rompe todo. Y encima la doctora de urgencias yo creo que carecía de la experiencia en estos casos, era muy joven, y cuando yo pregunté “¿pero qué tipo...”, porque me dijo... “¿es cáncer, qué tipo de cáncer es?”, yo le dije enseguida “pero dime algo, pero...” y me dijo “tiene mala pinta”. Esta frase no se me olvidará nunca. No se lo perdonaré nunca. yo creo que le salió así y probablemente es que tenía mala pinta, solo que no debió decirlo. Pero, bueno, cuando te lo dicen es horrible, es horrible. (...)Es que... mi mente ha cancelado, ¿sabes?, que no soy capaz de recordar qué hice esa noche. Lo he pensado muchas veces, si dormí, si no dormí, lo que habl... no lo recuerdo. Lo he cancelado .(...)”FAM 1

(...)Es... yo creo que no. Ellos están acostumbrados, pero para una familia, no. yo creo que fue alucinante. Y ya te digo, también he tenido suerte porque conozco casos de otras madres que han estado de médico en médico hasta dar con la enfermedad (...)”FAM 2

- Inicio de la enfermedad. Síntomas que aparecen

“(...)Estaba muy cansada, muy pálida, decidí llevarla al pediatra porque no me parecía normal que estuviera tan cansada... no comía y, bueno, por suerte su pediatra quiso descartar enfermedad hematológica, me envió aquí... y enseguida la analítica dio con la anomalía.(...)” FAM 1

“(...)Pues estaba de colonias y cuando se fue a duchar una de sus compañeras le vio un bulto muy grande y como había una profesora que había pasado por algo parecido enseguida se al... se alertó. Y nos avisaron corriendo y nos dijeron “no, llévatela a urgencias”, que yo no le di importancia porque era un, parecía un ganglio, yo no le quería dar importancia y me dijeron “si hombre, llévatela” y digo “pero hombre es una noche de colonias, la va a perder y tal...”, “no pero llévatela...”. Me insistieron tanto que vine. Y ya no... y ya no salimos hasta que estuvo ya con el tratamiento. .(...)” FAM 2

2. Los cambios producidos por la enfermedad

- Impacto en los hermanos: Los hermanos sienten que sus padres no están por ellos ya que centralizan su atención en el niño enfermo.

3. La repercusión de la enfermedad en la familia

La enfermedad y el tratamiento provocan que la familia tenga que hacer frente a una nueva organización ya que el niño enfermo necesita ingresos repetidos en el hospital. Esto provoca que uno de los progenitores pase a tener cuidado del niño 24 horas dejando de lado, por ejemplo, su trabajo. Ahora es más fácil ya que se permite coger la baja laboral para cuidar de un hijo con enfermedad grave. Principalmente el progenitor que asume este papel es la madre pero no en todos los casos. Aunque esta situación puede suponer una dificultad económica a la que la familia debe enfrentarse.

“(…)Sí, yo soy trabajadora dependiente y ahora estoy cuidando de mi hija. O sea, no trabajo desde que enfermó.(…)” FAM 1“(…)y sé que hay mucha gente que no puede y es tremendo. Si hay madres que a lo mejor porqué el padre esté en el paro ellas no pueden... y es... para una madre es lo peor no estar al lado de un hijo. Pero bueno, por lo menos yo he tenido suerte.(…)” FAM 5

4. Las emociones producidas por la enfermedad

“(…)Sí. De rabia. Es mucha la rabia que sientes. Cuando te dicen esto, está el dolor, está la rabia, la... la ignorancia, también, no sabes muchas cosas. Y siempre te preguntas el ¿por qué?, ¿por qué?, ¿por qué?, ¿por qué mi hija? ¿no?, no dices ¿por qué yo?, porqué ojalá hubiese sido yo. ¿Por qué una niña?, ¿por qué los inocentes, no? Te encuentras en una planta con tantos niños, tanto sufrimiento y... y yo creo que el apoyo....(…)” FAM 7

5. El apoyo recibido

• Dentro del hospital

“(…)Y ha habido, ya te digo, enfermeras mucho más... que me han sido mucho más de ayuda que cualquier psicólogo. En un momento dado, si me han visto por la noche salir de la habitación y... han venido y me han dado un abrazo y una tila. Sin decir ni pio. O diciendo algo, pero... encuentras... Más ayuda...(…)” FAM 3

• Fuera del hospital

“(…)El apoyo es muy, muy importante, laboral y económico. Yo tengo mucha suerte porque tenía un buen trabajo, en mi empresa me apoyan desde el primer momento, pero conozco de muchos casos que no es así. Y madres que se cogen la baja por depresión si no se pueden ayu... apoyar en este subsidio que hay para cuidados de menores con enfermedad grave, y son despedidas. Es lo peor que puede pasar en una familia. Encima de una enfermedad tan grave no tener un apoyo económico importante....(…)” FAM 9

6. Planes y expectativas inmediatos

7. Conocimientos de la sociedad de la enfermedad

“(…)cómo te mira la gente. Es muy doloroso. Yo odio dar pena, odio que... no me importa que me miren a mí o que... pero los niños lo notan y los otros niños, miran cuando vas con mascarilla, cuando no tienes pelo, vas con gorro o lo que sea... te miran de una manera que incomoda porque, claro, estés donde estés la van a mirar a ella. Entonces... para mí es desgarrador ver como ella se da cuenta. Y cuando ve que hay niños que señalan a sus madres y preguntan ¿qué le pasa a esta niña? Entonces intentas al final no salir. Y ves la cara de pena en los amigos también. (…)” FAM 8

8. Conocimientos del niño sobre su enfermedad.

9. Relaciones entre las familias de hijos con cáncer.

“(…)Eso, sonríes, y dices “hola”, y no conoces de nada, no sabes el nombre y dices “¿y cómo estás? ¿cómo está tu niño?” y te preguntas, porque los identificas, ¿sabes?, se crea como un vínculo. Ese vínculo, ya te digo, si el hospital lo favoreciera eso sería positivo, porque yo he encontrado en esos primeros momentos tan terribles, porque encima el tipo de enfermedad de mi hija es malo... Y si no hubiese sido por otras madres yo no sé lo que habría hecho, te lo digo muy en serio. Porque es... Es intercambiar experiencias (…)” FAM 1

Discusión

El impacto y la vivencia del proceso tras el diagnóstico de la enfermedad oncológica es un momento de fragilidad para toda la familia. La enfermera es un profesional que puede y debe ayudar a iniciar adecuadamente el proceso. Las enfermeras son los profesionales, miembros del equipo multidisciplinar que interrelacionan con estas familias, por lo que es de interés saber cómo es el impacto en las familias por tal de poder reconstruir y mejorar la practica asistencial que debe contemplar una orientación holística dentro de los cuidados de alta complejidad que precisa un niño oncológico. A partir de los resultados de este estudio, podremos confeccionar una escala que permita a la enfermera tras su validación, valorar a las familias para detectar aquellas que más riesgo presenten de sufrimiento emocional. Entendiendo el sufrimiento como aquella sensación que experimenta el ser humano ante una situación que lo somete a un desgaste ya que está presente el padecimiento, la pena o el dolor. Se relaciona con tristeza, pena y duelo; así como

con frustración y ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Schweitzer R, Griffiths M, Yates P. Parental experience of childhood cancer using Interpretative Phenomenological Analysis. *Psychol Health* [Internet]. 2012 Jan;27(6):704–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
2. Barbosa DA, Gonçalves A, Belasco S. Taking Care of Children With Cancer : Evaluation of the Caregivers ' Burden and Quality of Life. *Rev. Latino-Am de Enfermagem* .May/June 2011;19(3). Available from: http://www.scielo.br/sire.ub.edu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300010
3. Neil L, Clarke S. Learning to live with childhood cancer: a literature review of the parental perspective. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2010 Mar;16(3):110, 112–4, 116–9. PubMed PMID:20357703
4. Anderze´n- Carlsson A. Kihlgren M. Svantesson M. Sorlie V. Children's Fear as Experienced by the Parents of Children With Cancer. *Journal of Pediatric Nursing*.2007 June.22(3). Disponible en :<http://www.tandfonline.com/loi/zqhw20>
5. Pardo N. Cáncer en la infancia. La magia de una sonrisa. Barcelona: Morales i Torres;2005
6. Nóia TC, Sant'Ana RES, Santana ADS, Oliveira SC, Veras SMCB, Lopes-Júnior LC. Coping with the diagnosis and hospitalization of a child with childhood câncer. *Invest Educ Enferm*. 2015; 33(3):465-472.doi: 10.17533/udea.iee.v33n3a10
7. Stewart JL, Pyke-Grimm K a, Kelly KP. Making the right decision for my child with cancer: the parental imperative. *Cancer Nurs* [Internet]. 2012 Nov-Dec;35(6):419-28. doi: 10.1097/NCC.0b013e3182431071. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22293159>
8. Grau C. Percepciones de los padres de niños enfermos de cáncer sobre los cambios en las relaciones familiares. *Psicooncología* .2012;9(1):125–36. doi: 10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39142
9. Moreira L, Angelo M. Ser madre de un niño con cáncer: construyendo la relación. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2008;16(3). doi: 10.1590/S0104-11692008000300004
10. Espada C. Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. *Psicooncología* 2012;9(1):25–40. doi: 10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39136
11. Barbarin O, Chesler M. Relationships with the medical staff and aspects of satisfaction with care expressed by parents of children with cancer. *J Community Health*.1984;9:302-313.
12. Mendes M G, Martins M M. La experiencia de las madres en la participación del cuidado de sus hijos hospitalizados. *EnfermClin*. 2011;21(6):338-343.doi: 10.1016/j.enfcli.2011.07.009
13. Norberg AL, Boman KK. When a Child Has Cancer. *Cancer Nursing*.2007;30(4):294-301

Mesa de Comunicaciones 6: Práctica basada en la Evidencia

Concurrent Session 6: Evidence Based Practice

AUTORES/AUTHORS:

María del Pilar Heredia Reina, Alicia González Pozuelo, Alicia Pozuelo Martín, Magdalena Mondéjar Guitérrez, M^aDolores Martín Luengo-Gutiérrez, Tomás Sebastián Viana, Pilar Bravo Barahona, Eva Velayos Rodríguez, Jesús Ramos Pereiro

TÍTULO/TITLE:

Consulta de Enfermería de alta complejidad del paciente hematológico de alto riesgo. Influencia de las guías de la RNAO

Introducción:

La Hematología es una de las disciplinas médicas que más ha progresado en conocimiento, tecnología y terapéutica en las dos últimas décadas. Los cuidados de la salud evolucionan rápidamente y plantean retos a los que nos tenemos que adaptar. Son muchas las razones que hacen necesaria la generación de prestación de servicios asistenciales adicionales y la necesidad de revisar la planificación y utilización de los recursos, potenciando el papel de la enfermera como líder en la coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales y dentro del ámbito hospitalario, perfilando nuevos roles o perfiles de enfermería mejor adaptados a las necesidades de los pacientes.

Bajo la influencia de las recomendaciones de la guía de Práctica Colaborativa de la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), se creó una nueva ruta asistencial hospitalaria, donde la enfermera de hospitalización lidera de forma innovadora el proceso de atención de los pacientes hematológicos de alto riesgo, desde su diagnóstico e ingreso, tratamiento, altas, revisiones y reingresos.

Es importante destacar las recomendaciones fundamentales de dicha guía sobre las que se sustentan el diseño y desarrollo del programa de mejora en la atención al paciente hematológico de alto riesgo:

“ ...1.2 Las enfermeras pueden contribuir a la cultura del trabajo en equipo:

- Manifestando disponibilidad, entusiasmo, motivación y compromiso con el equipo.
- Participando de forma activa y constructiva en el equipo.
- Buscando oportunidades para aportar la perspectiva enfermera en los foros interprofesionales, tanto formal como informalmente.

1.3 Las enfermeras deben iniciar y mantener procesos colaborativos dentro del equipo, especialmente en situaciones clínicas complejas, para mejorar los resultados en los pacientes.

1.4 Los equipos de enfermería han de definir procesos y estructuras que promuevan la colaboración y el trabajo en equipo, consiguiendo entornos de trabajo de calidad y mejores resultados en los pacientes:

- Desarrollando competencias para la resolución sistemática de problemas y mejorando la calidad de los cuidados.
- Participando en el desarrollo y la implantación de guías que apoyen una colaboración avanzada a nivel funcional y organizativo.
- Incorporando dinámicas que apoyen la continuidad de los cuidados para mejorar la satisfacción del personal, su autoestima y la satisfacción de los pacientes... “

La hematología se ocupa de una patología de alta complejidad por su mayor consumo de recursos y costes, como puede extraerse de los pesos medios de los grupos relacionados por diagnósticos (GRD). La potenciación existente en los últimos años de la actividad de los hospitales de día y el estudio y tratamiento de las diferentes hemopatías ha permitido un crecimiento exponencial de los tratamientos ambulatorios, sin embargo, sigue existiendo un grupo de pacientes con la casuística de mayor gravedad que precisan ingresos y tratamientos en régimen de hospitalización para la administración de quimioterapia intensiva, trasplante de progenitores hematopoyéticos o por complicaciones que requieren hospitalización. La intensidad de los tratamientos y la importante complejidad de las complicaciones que producen, obliga a proporcionar unos cuidados “semi” intensivos en la unidad de hematología.

Objetivos:

La continuidad, la formación continua y experiencia del personal de enfermería de la unidad responsable de los cuidados, hace que la planificación de los mismos esté enfocada hacia una mejora continua, garantizando así unos cuidados eficaces, seguros y de calidad. Los objetivos planteados son:

Evaluar la implantación y fase de pilotaje del programa de mejora en la atención del paciente hematológico de alto riesgo, conforme

a los objetivos específicos: Aumentar la coordinación entre profesionales y dar continuidad a los cuidados Realizar captación temprana de complicaciones y toxicidades Disminuir tiempos de espera evitables y estancias medias Crear nuevos registros en la historia clínica que disminuyan la variabilidad en los cuidados, aumentando la seguridad en la atención a los pacientes. Mejorar la satisfacción del paciente y familia.

Método:

El ámbito de estudio es en la unidad de hospitalización, donde se ubica la consulta de enfermería, y el período de estudio es Octubre del 2016 a Marzo del 2017. Se realiza un estudio descriptivo con pacientes diagnosticados de patología hematológica compleja (leucemias agudas, linfomas de alto grado, mielomas múltiples y otras patologías hematológicas susceptibles de trasplante de células hematopoyéticas) en período pre y post-trasplante. Se realiza muestreo no probabilístico consecutivo con n= 42, (24 hombres y 18 mujeres, con edades entre 18-86 años). Se crearon prestaciones nuevas y específicas que permiten medir la actividad de la consulta y tiempos, como son: ANÁLISIS, BIOPSIA ASPIRADO MÉDULA, PUNCIÓN LUMBAR, CONTROL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE LARGA DURACIÓN (VCLD), TRANSFUSIÓN HEMODERIVADOS, CURAS, TRATAMIENTO, PRE-INGRESO, PROCESO TMO, CONTROL POST-ALTA, EDUCACIÓN SANITARIA, URGENCIAS. La actividad de la consulta se divide en actividad programada y no programada a demanda del paciente y/o del hematólogo clínico.

Se dotó a la consulta con un busca directo telefónico para garantizar el soporte y acceso directo del paciente y la familia a su enfermera de referencia del programa. Se diseñaron una hoja informativa de inclusión en el programa con información básica y el teléfono de contacto para el paciente y familia, y una encuesta de satisfacción de pacientes del Programa de Mejora de Hematología, validada por la Subdirección General de Calidad de la CAM 2016 que consta de 20 ítems.

Se diseñaron dos nuevos formularios: El formulario enfermera hematología, que incluye; tipo de consulta, motivo de consulta, indicadores de gráfica, cribado de desnutrición MST, cuidados de catéteres centrales, control de signos síntomas y toxicidades, procedimientos y pruebas diagnósticas, tratamientos (sangre y hemoderivados y alta resolución y urgente) y datos de contacto. Dicho formulario es cumplimentado cada vez que se realiza una prestación al paciente en la agenda de la consulta y sirve para realizar las revisiones integrales de manera sistemática. Y el formulario gestión del proceso de hematología, que incluye; control pre-ingreso y primer ingreso y sucesivos, control pruebas diagnósticas y tratamientos, control de candidatos a trasplante de médula autólogo en periodo pre-trasplante y post-trasplante, control de candidatos a trasplante de médula alogénico en período pre-trasplante y control tras aceptación en centro trasplantador. Este formulario funciona a modo de chek-list.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica, de la encuesta de satisfacción del paciente cumplimentada de forma anónima y del último Informe de Hospitales del Observatorio de Resultados. Para el análisis de datos se utilizó el programa EPIDAT y la prueba exacto de Fisher. Los datos de actividad de prestaciones realizadas se presentan en datos absolutos.

Resultados:

Se crearon alianzas con los profesionales clave implicados en la atención a los pacientes hematológicos (farmacia, cardiología, endocrinología, radiología intervencionista, laboratorio, banco de sangre, cirugía, medicina preventiva, neumología, urgencias, hospital de día...) y se implantaron los nuevos formularios enfermera hematología y gestión del proceso hematología en la historia clínica electrónica a través de dos iconos con acceso directo.

Se realizaron 83 controles post-alta telefónicos (control de complicaciones y toxicidades) y 336 revisiones integrales. Se disminuyó la estancia media en 2 días por ingreso con la prestación pre-ingreso, de la cual se realizaron 37. Se evitaron 56 visitas al servicio de urgencia y se redujo el tiempo de estancia en el hospital 5 horas en 56 visitas. El grado de satisfacción global con la asistencia, recomendación global, satisfacción con la información y satisfacción con los profesionales de enfermería y médicos fue del 100% con p estadísticamente significativas en todos ellos al compararlos con los mismos indicadores del centro.

Discusión:

La implantación del programa de mejora como nueva ruta asistencial y prestaciones y el trabajo en equipo consigue mejorar la práctica clínica. El soporte telefónico al paciente y a la familia, la posibilidad de realizar un control estrecho ambulatorio que evita procesos de hospitalización y la reducción de tiempos en la asistencia sanitaria, mejora notablemente la satisfacción de los pacientes. La utilización y desarrollo de nuevos registros electrónicos en la historia clínica diseñados por las enfermeras y consensuados con los hematólogos clínicos son una herramienta fundamental para garantizar una atención individualizada. La enfermera de hospitalización oncohematológica debemos ser el profesional de referencia en nuestro ámbito, actuando como facilitador, potenciando una atención de alta resolución y coordinando a los diferentes profesionales implicados en el cuidado del paciente hematológico

Es un hecho que cuando la preparación, manipulación, administración y manejo de la quimioterapia es realizada por profesionales que no realizan dichas actividades de forma habitual, los riesgos asociados aumentan, pero también el control de toxicidades, seguimiento y soporte a dichos pacientes deben ser realizados por un equipo de profesionales que garanticen la continuidad de todo el proceso hematológico de forma segura y buscando la excelencia en los cuidados.

Por tanto, las enfermeras podemos y debemos realizar una gestión de casos intensiva, continua y personalizada para mejorar los resultados de salud en las personas con patologías complejas. Es importante que sepamos identificar el colectivo de pacientes complejos dentro de cada centro de trabajo tal y como recomiendan las guías de buenas prácticas y organicemos una respuesta sanitaria adecuada a sus necesidades. Se trata de cambiar la forma de atender al paciente hematológico, implementando nuevos roles enfermeros mejor adaptados a las necesidades de estos pacientes. Por ello las medidas de intervención multifactorial propuestas comprenden varias áreas de intervención: las mejoras organizativas en la atención, la mejora en los cuidados y la mejora en la atención clínica.

La evaluación constante de las necesidades mejora la satisfacción de los pacientes, permite la implantación de procesos diversos e impulsa la investigación y la gestión de la calidad. Como importantes áreas de mejora, se encuentran adaptar los recursos estructurales y humanos a las necesidades detectadas, implantar en una segunda fase el informe de enfermería de continuidad de cuidados (actualmente en desarrollo) y garantizar la sostenibilidad del programa en el tiempo. No podemos olvidar que el paciente y su familia son los principales protagonistas de este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (2006). Práctica Colaborativa en los Equipos de Enfermería. Toronto, Canadá: Registered Nurses' Association of Ontario.
2. Unidad de Enfermería en Hospitalización Polivalente de agudos. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
3. Hospital de Día. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
4. Memoria 2014. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid; 2015.
5. Libro Blanco de la ANECA para Enfermería. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación; 2005. Disponible en: http://www.aneca.es/modal_eval/docs/libroblanco_jun05_enfermería.pdf [consultado el 01.10.15]
6. Libro Blanco de la Hematología y Hemoterapia en España. Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. Editores Médicos, S.A: EDIMSA. ISBN-13:978-84-7714-376-5. Depósito legal. M-8332-2012.
7. Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. Madrid:Consejería de Sanidad y Consumo; 2010.
8. Estrategia de Atención a Pacientes con enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Madrid:Consejería de Sanidad;2013.
9. Consejo Internacional de enfermeras (CIE). Definición y características de las funciones de la enfermera de atención

directa/enfermería de práctica avanzada [consultado 10 jun2015]. Disponible en: <http://icn-apnetwork.org/>.

10. Morales JM. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. *Metas Enfer.* 2012;15:26-32.
11. Unidad de Enfermería de Oncología/hospital de día. Dirección de Enfermería Hospital Obispo Polanco.
12. Manual de Competencias Práctica Avanzada Enfermera/o Perfusionista. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. 2015.
13. Formación Especializada basada en Competencias. Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario Cruces. 2014.
14. Organización y Gestión del Servicio de Hematología. Hospital Universitario La Fe. Agència Valenciana de Salut. 2009.
15. Marco General para la Delegación de Actuaciones en el Hospital de Fuenlabrada. PR-001-00; Abril 2013.
16. Criterios Generales y Recomendaciones para aplicar en los estudios de opinión incluidos en protocolos, certificaciones y vías clínicas. Subdirección de Calidad. Servicio Madrileño de Salud. Marzo 2010.

AUTORES/AUTHORS:

María José Caballero García, María Teresa Ganzález Álvarez, Milagros Martínez Picazo, Ana Isabel Alcañiz Mesas, Laureano Navarro Córcoles, Pilar Paterna López, María Pilar Córcoles Jiménez, María Victoria Ruiz García

TÍTULO/TITLE:

Implantación de una Guía de Buena Práctica para la valoración y manejo del dolor en pacientes de Oncología y Hematología

El 70-80% de los enfermos oncológicos y hematológicos tiene mal controlado el dolor [1-4]. En pacientes hospitalizados, su prevalencia es del 52% [5]. El dolor es un problema relevante por el sufrimiento innecesario y las complicaciones que puede originar.

1. **OBJETIVOS.** Evaluar el nivel de implantación y efectividad de la Guía de Buenas Prácticas (GBP) "Valoración y manejo del dolor" en la Unidad de hospitalización de Oncología/Hematología
2. **MÉTODOS.** Diseño observacional longitudinal prospectivo. Ámbito: Unidad de hospitalización de Oncología y Hematología. Muestra: pacientes mayores de 14 años dados de alta últimos días de cada mes. Medición basal (T0=diciembre 2015) y tras implantación (T1=enero-abril 2017). Variables: 1) Demográficas, estancia hospitalaria, especialidad (Oncología/Hematología). 2) Implantación recomendaciones GBP: detección diaria de dolor, valoración con escala validada, aplicación plan de cuidados y reevaluación periódica del dolor (si/no). 3) Resultados: dolor primeras 24 horas tras ingreso (si/no); día de máximo dolor e intensidad (sin dolor; leve 1-2; moderado 3-5; intenso 6-10). Instrumentos: escala visual analógica del dolor y numérica (0-10). Fuente de información: historia clínica. Aspectos éticos: datos anónimos. Análisis estadístico (SPSS): descriptivo según tipo de variables. Cálculo IC 95%. Bivariante: variables categóricas X², comparación medias t-Student; p<0,05.
3. **RESULTADOS.** Incluidos 51 pacientes (T0=10; T1=41). Especialidad: 35.3% (18) Oncología y 64.7% (33) Hematología. Hombres 67.4% (33). Edad media 63.1 años (d.t.=15.4; IC [58.8-67.4]). Estancia media 12.6 días (d.t.=11.5; IC [9.3-15.7]). Se realizó intervención diaria de detección de dolor en el 82.4% (42) de los pacientes (T0 20% vs T1 97.6%; p<0.0001); valoración de dolor con escala en 78.4% (40) (T0 0% vs T1 97.6%; p<0.0001). Tenían planificados cuidados para valoración y manejo del dolor el 78.4% (40) (T0 0% vs T1 97.6%; p<0.0001). Se realizaron reevaluaciones periódicas en el 72.5% (37) (T0 0% vs T1 90.2%; p<0.0001). El 30.8% tuvo dolor en 1as primeras 24 horas tras ingreso, la intensidad media máxima fue 1.1 (d.t.=1.9; IC [0.5-1.7]) siendo leve el 7.7%; moderado 20.5% e intenso 2.6%. El 64.5% de los pacientes presentaron la máxima intensidad el primer y segundo día, siendo moderado en el 56.1% e intenso 14.6%. La intensidad media máxima en cualquier momento del ingreso fue de 3.5 (d.t.=2.4; IC [2.7-4.3]). No se encontró relación estadísticamente significativa entre el tipo de paciente (Oncología/Hematología) y variables estudiadas.
4. **DISCUSIÓN.** La implantación de la GBP ha sido exitosa, con un alto nivel de implantación de todas las recomendaciones, especialmente la valoración del dolor con escala y planificación de cuidados, que no se realizaban previamente. La prevalencia del dolor es inferior a la encontrada en la bibliografía. En las primeras 24 horas del ingreso la media de la intensidad de dolor es leve; pero considerando todo el ingreso se detecta dolor moderado e intenso. Implicaciones prácticas: Se detecta la necesidad de revisar pautas analgésicas (farmacológicas y no farmacológicas), especialmente durante los dos primeros días de ingreso y analizar factores que puedan estar relacionados con el dolor (ansiedad, miedo, procedimientos/tratamientos dolorosos) para poder detectar áreas de mejora e implementar medidas para un mejor control del dolor.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Dolor Persistente en los Supervivientes de Cáncer: Patogénesis y opciones de tratamiento. Pain Clinical Updates. Vol XXIV – No 4 – Septiembre 2016
2. De Cáceres Zurita ML, Ruiz Mata F, Germà Lluch JR, Carlota Busques C. Manual para el paciente oncológico y su familia. 1ª

edición 2007. ISBN: 978-84-690-6448-1. Depósito legal: M. 30045-2007.

3. Van den Beuken-Van Erdingen MH, De Rijke JM, Kessels AG, Shouten HC, Van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol.* 2007;18:1437-49.
4. González-Escalada JR, Camba A, Casas A, Gascón P, Herruzo I, Núñez-Olarte JM, Ramos Aguerri A, Trelis J, Torres LM. Código de buena práctica para el control del dolor oncológico. *Rev Soc Esp Dolor* 2011; 2: 98-117.
5. Holtan A, Aass N, Nordøy T, Haugen DF, Kaasa S, Mohr W, Kongsgaard UE. Prevalence of pain in hospitalised cancer patients in Norway: a national survey. *Palliat Med.* 2007 Jan;21(1):7-13.

AUTORES/AUTHORS:

Ana M^a Mateo Cervera, Nerea Elizondo Rodriguez, M^a José González García, M^a Teresa García Araguas, Lourdes Alvira Gúrpide, Susana Fernández Carrasco

TÍTULO/TITLE:

Proyecto BPSO: intervenciones efectivas que contribuyen a la difusión

OBJETIVO

En 2015, el Complejo Hospitalario de Navarra, fue elegido candidato a Centro comprometido con la excelencia en cuidados, participando así en el Proyecto BPSO (Best Practice Spotliht Organizacition®).

El Proyecto consiste en la implantación de guías de buenas prácticas (GBP) en las instituciones sanitarias. Es una iniciativa de RNAO, asociación de enfermeras canadienses de Ontario, conocida a nivel mundial por su compromiso con la evidencia en cuidados, que trabaja en la creación de numerosas guías de buenas prácticas, las cuales edita, actualiza y difunde.

En España está coordinado por Investen (Unidad de Investigación en cuidados del Instituto Carlos III) y el Centro colaborador Español Joanna Briggs.

El Proyecto supone la implantación en 3 años de al menos 3 guías publicadas por RNAO. Las Guías elegidas en nuestro Centros son:

- Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para evitar complicaciones
- Valoración del riesgo y prevención de las Úlceras por Presión (UPP)
- Valoración del Ictus mediante la atención continuada

Con casi 1000 camas, y más de 3000 profesionales de enfermería, la mayor dificultad que nos hemos encontrado para la implantación de las guías es la difusión del proyecto en la propia organización. El objetivo de este estudio es conocer si las intervenciones realizadas en materia de difusión durante el primer semestre del 2016 han aumentado el grado de información de los profesionales del Centro.

METODOLOGIA

Para saber la información del Proyecto hicimos una consulta al personal del Centro. Se diseñó una encuesta on line a través de la plataforma LimeSurvey® que recogía los siguientes datos:

1. Profesionales: profesión, centro de trabajo

2. Información sobre el Proyecto:

- ¿Ha oído hablar de los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados BPSO?
- ¿Conoce que Navarra se incorporó al proyecto BPSO en la 2^a cohorte?
- ¿A través de qué medio ha conocido el proyecto?
- ¿Sabe que el Complejo Hospitalario de Navarra participa en el proyecto como candidato a Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®?
- ¿Sabe que el Complejo Hospitalario participa en el proyecto junto Atención Primaria y Salud Mental?
- ¿Conoce cuáles son las Guías que se están implantando en el CHN?
- El CHN participa en las siguientes Guías: Valoración del Ictus mediante la atención continuada, Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones y Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión ¿Le gustaría participar activamente en este proyecto?
- Seleccione en qué guía/s participaría:
- Si conoce a profesionales que participen en este proyecto, indique qué profesión desempeñan

- ¿Sabe cómo llegar a la información del Proyecto en la página Web del CHN?
- ¿Conoce los Boletines de Información del Proyecto BPSO?
- ¿Indique dónde le gustaría encontrar la información de este proyecto?

La muestra seleccionada fueron profesionales que a lo largo de 2015 y 2016 se inscribieron a alguna de las actividades formativas organizadas desde la dirección de Cuidados del Centro, entendiéndose que son profesionales que han mostrado interés en su desarrollo profesional. Se envió un correo invitándoles a participar en la encuesta en dos momentos diferentes: en diciembre de 2015 y en mayo de 2016, tras las el inicio de intervenciones realizadas. Las intervenciones consistieron en:

- calendario anual para 2016, distribuido a todas las Unidades de enfermería
- carteles del logo BPSO en cada Unidad
- información específica a las jefas de Unidad por correo y en sesiones presenciales
- curso on line de información general sobre el Proyecto
- cursos específicos de cada guía con metodología semipresencial

RESULTADOS

Primera consulta: se enviaron 1238, se recibieron 108, con una tasa de respuesta del 8,72%. El 35% indica que había oído hablar de BPSO. El medio por el que ha conocido el Proyecto: Jefa de Unidad el 48,65%, Intranet el 43,24% y a través de una compañera el 29,73%, y cursos de formación el 16,22%. Sobre el conocimiento de las guías que implantamos, el 74,36% indican el Ictus, el 63,41% la de accesos vasculares y el 87,18% la de UPP. Al 30,77% le gustaría participar, el 74% sabe dónde se encuentra la información y el 64% no conoce los boletines informativos. Al 62,04% le gustaría recibir información en su correo electrónico, el 54,21% en la web interna y el 43,52% a través de información verbal de su Jefe inmediato.

Segunda consulta tras las intervenciones: se envió encuesta a 715 y se recibieron 123 completas.

La tasa del respuesta ha sido del 17,20%. El 69,23% indica que si había oído hablar de BPSO. El medio por el que ha conocido el Proyecto: Jefa de Unidad el 53,19%, Intranet el 48,94% y a través de una compañera el 34,04%, y a través de cursos de formación el 31,91%. Sobre el conocimiento de las guías que implantamos, el 81,58% indican el Ictus, el 76,32% la de accesos vasculares y el 85,53% la de UPP. Al 61,33% le gustaría participar, el 83,33% sabe dónde se encuentra la información y el 69,44% no conoce los boletines informativos. Al 67,27% le gustaría tener la información en la web interna y el 51,82% en la web externa.

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Las intervenciones han contribuido a aumentar la información de los profesionales del Centro sobre el Proyecto BPSO, objetivo de todas ellas: del 35% a un 69,23%. A parte de la información en la web interna y externa, y de la formación organizada, la mayor fuente de transmisión de información sigue siendo la Jefa de Unidad, por lo que debemos seguir promoviendo esta figura como clave para el desarrollo del Proyecto.

La puesta en marcha de la formación ha sido clave en el conocimiento del Proyecto. Se diseñaron 4 cursos diferentes, todos ellos acreditados por la Comisión de Formación Continuada de Navarra. Y la característica fundamental es que el primer curso, que lleva por título "Implantación de guías de buenas prácticas: Proyecto BPSO", es y ha sido obligatorio para poder inscribirse a los cursos específicos de cada guía.

A continuación se describe el contenido de cada curso, metodología, créditos y carga lectiva:

1. Implantación de guías de buenas prácticas

Metodología: no presencial. Con plataforma de aprendizaje on line.

Contenido: Introducción al Proyecto BPSO, Práctica basada en la evidencia, Herramientas de implantación, Importancia del registro de los cuidados.

Créditos: 1,44 créditos

Carga lectiva: 9 horas

2. Actualización en cuidado y mantenimiento de los accesos vasculares

Metodología: semi presencial.

Contenido: Anatomía del sistema vascular, Fuentes de evidencia, Descripción, valoración y selección de los dispositivos, Cuidados y mantenimiento de los dispositivos, Complicaciones, Registro de los dispositivos en Irati.

Créditos: 2,87 créditos

Carga lectiva: 12 horas fase a distancia, 2 horas taller presencial

3. Actualización en prevención de UPP: Proyecto BPSO

Metodología: semi presencial.

Contenido: Epidemiología y fisiopatología de las UPP, Valoración y prevención, factores relacionados con las UPP, fuentes de evidencia

Créditos: 2,13 créditos

Carga lectiva: 8 horas fase a distancia, 2 horas taller presencial

4. Actualización en la atención al paciente con Ictus: Proyecto BPSO

Metodología: semi presencial.

Contenido: Fisiopatología y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, Guía de buenas prácticas RNAO, documentación complementaria.

Créditos: 1,17 créditos

Carga lectiva: 9 horas fase a distancia, 2 horas taller presencial

Como prueba del interés que han suscitado estos cursos en la organización y tras 18 meses de formación, un número muy elevado de profesionales han finalizado los cursos: Curso general 1333, accesos vasculares 543, UPP 536 e Ictus 630.

Con todas estas acciones, creemos que nuestra organización tiene más conciencia del Proyecto y en definitiva, de trabajar con la última evidencia en cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

<http://www.evidenciaencuidados.es/>

Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. Ruzafa-Martínez M1, González-María E, Moreno-Casbas T, del Río Faes C, Albornos-Muñoz L, Escandell-García C. *Enferm Clin* 2011;21:275-83.

Cómo mejorar los cuidados de salud: la importancia de la implementación. Rumbo-Prieto JM, Martínez Ques AA. *Enferm Clin* 2016;26:333-5.

Innovación en la organización de los cuidados de una Unidad de Enfermería: Modelo Sinergia. Antoñanzas Baztán, E; Ferro Montiu, M. Tesela [Rev Tesela] 2012; 12. Disponible en <<http://www.index-f.com/tesela/ts12/ts9103.php>> Consultado el 9 de septiembre de 2017

Healthcare teamwork best practices: lessons for industry. M. Tanco, C. Jaca, R. Mateo, J. Santos.. The TQM Journal. Vol. 23 No. 6, 2011. pp. 598-610


AUTORES/AUTHORS:

LAURA MARTIN LOSADA, MARIA HUERTA RUIZ, PILAR FERNANDEZ GUIJARRO, ELENA PEREZ LOPEZ, ESTELA MUÑOZ GONZALEZ, BEATRIZ PARRON MARTIN

TÍTULO/TITLE:

SUMAMOS Excelencia: Abordaje de la incontinencia urinaria en una Unidad de Rehabilitación Funcional

Autores: Laura Martín Losada¹, María Huerta Ruiz¹, Pilar Fernández Guijarro¹, Elena Pérez López¹, Estela Muñoz González¹, Beatriz Parrón Martín¹

¹ Unidad de Rehabilitación Funcional. Hospital Guadarrama, Madrid. España.

INTRODUCCIÓN

La evidencia científica genera gran cantidad de aportaciones para la mejora de la práctica clínica. En numerosas ocasiones, esta evidencia, se aplica de una manera informal y es dependiente de cada profesional. Para integrarla en la actividad asistencial precisa que se adapte al contexto y que los profesionales la apliquen con criterios unificados¹.

El Centro Español del Cuidados de Salud Basados en la Evidencia y la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-Isciii) pusieron en marcha en abril de 2016 el proyecto SUMAMOS Excelencia® cuyo objetivo es la implantación de recomendaciones basadas en la evidencia científica y la evaluación de proceso y de resultado a nivel de cada unidad participante. Este proyecto multicéntrico a nivel nacional ha dado soporte a numerosas unidades en 3 categorías: dolor, caídas e incontinencia urinaria (IU).

La Unidad de Rehabilitación Funcional (URF) del Hospital Guadarrama, del Servicio Madrileño de Salud, se adhiere al proyecto SUMAMOS Excelencia (2016-2017) para mejorar su práctica en el manejo de la IU. La IU tiene una prevalencia significativa en los pacientes ingresados en la unidad, se trabaja de forma protocolizada y se han realizado mejoras en los últimos años, aún así continua suponiendo un reto para los cuidados y para la mejora de la calidad de vida. El perfil de paciente de la URF es de edad avanzada, con pluripatología, polifarmacia, con distintos grados de dependencia para ABVD y otros problemas asociados. En España, los datos sobre IU también son de prevalencia elevada, se sitúa en torno, al 50% en la población de más de 65 años², en ambos sexos, siendo mayor en pacientes hospitalizados o ingresados en residencias asistidas que en ancianos que viven en su domicilio³⁻⁴. La incidencia aumenta con la edad hasta ser considerada como uno de los síndromes geriátricos⁴⁻⁶. Es, por tanto, un problema clínico relevante, tanto por su magnitud como por sus connotaciones psicosociales y económicas⁷⁻⁸. Para abordar la IU se necesitan intervenciones eficaces adaptadas al contexto y su evaluación. SUMAMOS Excelencia ha contribuido a la implantación de recomendaciones basadas en evidencia y al desarrollo de estrategias para el manejo de la IU.

Este proyecto ha sido liderado por 6 enfermeras de la unidad que desarrollan sus funciones en distintos turnos y con el apoyo de la Dirección del Hospital Guadarrama. Se declara que no existe conflicto de intereses.

OBJETIVO

Conocer el grado de implementación de las Recomendaciones Basadas en Evidencia para manejo de la Incontinencia Urinaria (IU) en una Unidad de Rehabilitación Funcional (URF)

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasi experimental no controlado antes y después con medidas repetidas de las variables respuesta a los 3, 6 y 9 meses tras la intervención. El inicio del estudio comienza en abril de 2016 con la auditoría basal y finaliza en marzo de 2017 con la recogida de datos tras 9 meses de intervención. Los sujetos fueron elegidos mediante muestreo no probabilístico de conveniencia, en días consecutivos para la evaluación correspondiente a cada trimestre (11-15 abril, 12-16 septiembre, 12-16 diciembre 2016, 13-17 marzo 2017), seleccionando a todos los pacientes dados de alta en la unidad en los días indicados. El ámbito del estudio es la URF del Hospital Guadarrama, un hospital de Media Estancia del Servicio Madrileño de Salud (España). En esta unidad, los

pacientes están ingresados por distintos procesos (deterioro funcional originado por distintas patologías, ortogeriatría, ICTUS) para realizar tratamiento rehabilitador. Las variables utilizadas fueron: demográficas (edad, sexo), indicadores de proceso (valoración de presencia de IU, valoración de la IU, manejo de la IU, educación al paciente/familiar en manejo de la IU), e indicadores de resultado (prevalencia e impacto de la IU). Los instrumentos utilizados han sido: la historia clínica, el cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF) y el Incontinence Impact Questionnaire, versión reducida de 7 preguntas (IIQ-7). El ICIQ-SF es un cuestionario autoadministrado para identificar a las personas con incontinencia de orina en cualquier ámbito asistencial. Fue creado por el comité de expertos del International Consultation on Incontinence y su forma corta desarrollada específicamente para ser utilizada en estudios de investigación y en la práctica clínica. Consta de 3 ítems («frecuencia», «cantidad» y «afectación»), más un grupo de 8 preguntas relacionadas con el tipo de IU que no forman parte de la puntuación del cuestionario y tienen únicamente una finalidad descriptiva y orientadora sobre el tipo de IU. La puntuación total, resultado de la suma de los 3 primeros ítems, va de 0 a 21 puntos considerándose IU leve de 1-5, IU moderada de 6-12, IU grave de 13-18 e IU muy grave de 19-21. El IIQ-7 es un cuestionario para valorar el impacto de la IU en la vida diaria, mide siete componentes de la calidad de vida en las mujeres con incontinencia urinaria: capacidad para hacer las tareas del hogar, actividad física, actividad recreativa, capacidad para viajar, actividades sociales, estado emocional y frustración. La afectación en cada ítem se puntúa en una escala de Likert: 0 nada, 1 poco, 2 moderadamente y 3 mucho. Se halla el valor medio de los ítems contestados y se multiplica por 33,33, para convertirla en una escala de 0 a 100. El valor 0 indica nula afectación en la calidad de vida y el 100 máxima afectación.

Procedimiento: Las 6 enfermeras del proyecto realizaron las auditorías mediante un estudio retrospectivo de historias clínicas. La auditoría basal aportó los niveles iniciales de adherencia a los criterios de buenas prácticas específicos para IU en la URF. Los indicadores (criterios de auditoría) fueron aportados por el proyecto SUMAMOS-Excelencia y seleccionados en base a las Guías de Práctica Clínica (GPC) más adecuadas para cada variable, en este caso, de la GPC National Guideline Clearinghouse y de la GPC manejo de la incontinencia mediante evacuación inducida de RNAO (Registered Nurses Association of Ontario) principalmente. Los resultados se introducían en la plataforma CarEvID-SUMAMOS, facilitada por Investén-Iscii formando la base de datos. Las 6 enfermeras se reunían para realizar el análisis de la situación con los datos obtenidos y en ella se valoraban estrategias adaptadas al contexto que pudieran contribuir a alcanzar los indicadores del estudio. La intervención realizada es la implantación de las recomendaciones basadas en evidencia para manejo de la IU mediante modelo GRIP (Getting Research Into Practice). Este modelo está basado en un proceso de mejora, realizando una identificación de barreras (obstáculos) reales y/o potenciales para lograr el cumplimiento, la planificación de acciones de mejora y la implantación las acciones propuestas. Asimismo los resultados post-implantación se evalúan a los 3, 6 y 9 meses tras la intervención y se comienza un nuevo ciclo GRIP. Todo este procedimiento queda recogido en la plataforma del estudio. El manejo de la IU en los pacientes dentro de la unidad lo realiza el equipo de enfermería (valoración, diagnóstico, planificación y ejecución de cuidados, aplicación de terapias conductuales, asistencia para la evacuación, cambio de absorbentes, fomento de autonomía, educación y entrenamiento al paciente/familia) trabajando otros aspectos del problema en conjunto con los médicos (tratamiento farmacológico, infección, etc.). Fuera de la unidad, terapia ocupacional y fisioterapia realizan su atención encaminada a obtener el máximo grado de autonomía del paciente (mejora de la movilidad, ejercicios para control de esfínteres y el entrenamiento para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria).

RESULTADOS

Auditoría basal (n=25): La edad media fue de 75 años. El 56% son mujeres y el 44% hombres. Se ha valorado la presencia de IU al 100% con una prevalencia de IU del 56%. No hay registro para el tipo de IU mediante escala validada. Tienen plan cuidados el 79% (manejo) de los pacientes con IU. No hay registro para educación sanitaria. No hay resultado de severidad e impacto.

Auditoría de evaluación tras 3 meses de intervención (n=8): La edad media fue de 75 años. El 75% son mujeres frente al 25% de hombres. Se ha valorado la presencia de IU en el 87,5% con una prevalencia de IU del 25%. No hay registro para tipo de IU mediante escala validada. Tiene plan de cuidados (manejo) registrado el 50% de los pacientes con IU y recibió educación sanitaria el 50%. No hay resultado de severidad e impacto.

Auditoría de evaluación tras 6 meses de intervención (n=22): La edad media de los pacientes fue de 76 años. El 81,81% mujeres y el 18,18% hombres. Se valoró la presencia de IU al 95,45% con una prevalencia de IU del 40,90%. No hay registro para tipo de IU mediante escala validada. Tiene plan de cuidados (manejo) el 44,44% y ha recibido educación sanitaria el 22,22%. La severidad e impacto se ha evaluado al 44,44% obteniendo resultado de severidad moderada el 100% de los encuestados e impacto en un rango de 0-66 puntos sobre 100.

Auditoría tras 9 Meses de intervención (n=5): La edad media fue de 85 años siendo el 100% mujeres. Se valoró la presencia de IU al 100% con una prevalencia de IU del 80%. El tipo de IU fue realizado mediante escala validada al 75%. Tiene plan de cuidados (manejo) el 75% de los pacientes con IU y han recibido educación sanitaria el 25%. La severidad e impacto han sido evaluados al 75% de los pacientes con IU con los siguientes resultados: severidad moderada el 33,33% y severidad grave el 66,66% de los encuestados, siendo los valores de impacto de 22-94 puntos sobre 100.

DISCUSIÓN

El desarrollo de la estrategia de implantación de las recomendaciones en IU facilita la aplicación de los resultados de la evidencia científica en la práctica clínica, realizando un mejor manejo y cuidado del paciente incontinente hospitalizado. Se confirma una prevalencia elevada en los pacientes hospitalizados de edad avanzada y por tanto la necesidad de continuar realizando intervenciones adaptadas a este grupo de población. Las recomendaciones incluyen clasificar el tipo de IU mediante el uso de herramienta validada, sin embargo, las escalas encontradas en la literatura no abarcan todos los tipos existentes. Los tipos no incluidos han sido clasificados mediante la definición NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) pero se considera no cumplimiento del indicador para estos pacientes.

Implicaciones para la práctica. A nivel de la unidad las enfermeras han unificado criterios de actuación y registro. Se han realizado mejoras en la valoración de enfermería, el plan de cuidados y la educación al paciente aplicando las recomendaciones. Se han encontrado dificultades para educar en el manejo de la IU y para valorar la severidad e impacto a los pacientes del ámbito de estudio por su patología (deterioro cognitivo, incapacidad para la comprensión, incapacidad de autocuidado) y la falta de presencia de familiar/cuidador.

A nivel general, podemos concluir que para aplicar la evidencia en cuidados de salud disponible en la práctica asistencial es necesario conocer la situación real de cada ámbito y realizar las mejoras oportunas buscando formas de aplicación y herramientas efectivas que nos lleven a su logro.

Agradecimientos:

A todos los participantes del proyecto, gracias a ellos ha sido posible su realización. A todos los compañeros del Hospital Guadarrama, que han generado cambios. A la Dirección del Hospital Guadarrama por el apoyo ofrecido. A Montserrat Solís Muñoz por su apoyo metodológico e incondicional. A Clara Sánchez Pablo por ser nuestro mentor en el proyecto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Pearson A., Wiechula R., Court A., Lockwood C., The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc* 2005; 3: 207–215.
2. Martínez E., Ruiz JL., Gómez L., Ramírez M., Delgado F., Rebollo P. Prevalencia de Incontinencia Urinaria y Vejiga Hiperactiva en la población española: Resultados del Estudio EPICC <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480609741178>
3. Valle M, Carrasco R, Cobos MC, Endozain ML, López MD, López C, et al. Manual de enfermería geriátrica. Grupo CTO editorial ISBN: 978-84-15062-88-2
4. Rexach Cano, L., Verdejo Bravo, C. Incontinencia urinaria. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1999; 23:149-159. <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/incontinencia.pdf>
5. Lose G. The burden of stress urinary incontinence. *Eur Urol Supplements* 2005; 4: 5-10.
6. Hunskaar S, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Hjalmas K, Lapitan MC. Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence

(UI). En: Incontinence 2nd Edition. United Kingdom 2002

7. García M. Análisis descriptivo del gasto sanitario español: evolución, desglose, comparativa internacional y relación con la renta.

P. T. N.o 24/06 Edita: Instituto de Estudios Fiscales N.I.P.O.: 602-06-006-5 I.S.S.N.: 1578-0252 Depósito Legal: M-23772-2001

8. Morilla JC., Iglesias J., Izquierdo JM., Martín MJ., Martín MC., Rodríguez C. et al. Guía de atención enfermera a pacientes con incontinencia urinaria. ASANEC Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. 3ª Ed. 2007. ISBN: 978-84-690-6225-8

AUTORES/AUTHORS:

Daniel Muñoz Jiménez, Ismael Ortuño Soriano, José Ángel González Sánchez, Ana María Moreno Morillo, Gema Curiel Blanco, María Antonia Cubero Pérez, Patricia Gallardo García, Francisco García García, Encarnación Fernández del Palacio

TÍTULO/TITLE:

VALORACIÓN INTEGRAL DEL DOLOR EN LA IMPLANTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

OBJETIVO. Describir la realización y registro de una valoración integral del dolor en el proceso de implantación de la Guía de Buenas Prácticas para la Valoración y Manejo del Dolor de Registered Nurses of Ontario (RNAO), dentro del programa Best Practice Spotlight Organizations (BPSO®). Secundariamente, describir la valoración integral del dolor asociada a su detección en unidades de oncología y traumatología como unidades piloto de implantación.

METODOLOGÍA. Estudio descriptivo transversal llevado a cabo mediante un doble análisis, por una parte el análisis de datos a través de registros en historia clínica informatizada del total de pacientes ingresados entre el 1 de febrero de 2016 y 1 de febrero de 2017, en Unidades de hospitalización del Hospital Clínico San Carlos del Servicio Madrileño de Salud, centro que lleva a cabo la implantación de Guías de Buenas Prácticas RNAO desde el año 2012 y concretamente de la Guía de Buenas Prácticas para la Valoración y Manejo del Dolor desde el año 2015. Se recogieron las siguientes variables: número de ingresos, pacientes con valoración integral realizada y registrada, número de valoraciones, tipo de dolor, localización y tipo de intervención previa. Por otra parte, el análisis de la valoración integral del dolor en una muestra de pacientes en las unidades piloto de oncología y traumatología, obtenida mediante muestreo consecutivo de los pacientes dados de alta en los 5 últimos días de cada mes y en el mismo período temporal. Se incluyeron las variables: detección del dolor al inicio de los cuidados y ante cambio de situación clínica, intensidad del dolor en la detección e intensidades máximas y mínimas durante el ingreso y realización del registro de valoración integral del dolor. La distribución de variables cualitativas y cuantitativas se describió mediante frecuencias absolutas y relativas y mediana y rango intercuartílico, respectivamente.

RESULTADOS. Los resultados globales de cumplimentación del registro Valoración Integral del Dolor en la totalidad de hospitalización fue de un 22% sobre una población de 34.907 sujetos, un 41% en unidades piloto, 46,1% en unidades BPSO previas (cirugía, urología y ginecología-obstetricia) y 2,8% en el resto de unidades. La distribución de frecuencias por tipo de dolor fue de un 94,7% agudo. Las localizaciones más frecuentes fueron abdominal (51,9%), torácico (9%), MID (7,3%), espalda (7%) y MII (6,7%). La realización de intervención previa fue farmacológica en un 87% de los registros y no farmacológica en un 9,9%. El índice global de modificación del registro de revaloración integral fue 1,17.

En relación a las unidades piloto se incluyeron 733 sujetos de los que 73,9% ingresaron en traumatología y el 26,1% en oncología. El 14,7% fueron ingresados a cargo de 12 especialidades diferentes, entre las que destacaron medicina interna (4,2%) y cirugía general (3,9%). El 58,8% fueron mujeres, con una mediana de edad de 71 años (RI=58-80) y el 86,4% de los ingresos fueron superiores a 24 horas de duración. La detección del dolor dentro de las primeras 24 horas de ingreso se registró en un 87,4% de los casos y hubo presencia de dolor en un 74% de entre un total de 658 personas en las que se realizó la detección, bien al inicio de los cuidados o ante un cambio de situación clínica. Sobre los 486 pacientes que tuvieron dolor un 58,2% tenían registrada la valoración integral en la historia, dato que coincide aproximadamente con los datos del análisis de historias clínicas, considerando que los sujetos sin dolor durante el ingreso oscilaron entre un 12-18% en dichas unidades.

Las intensidades del dolor registradas en la detección fueron de dolor leve 37,6%(EVA=1-2), moderado 49,7% (EVA=3-5), intenso

12,1% (EVA=6-8) e insoportable 0,4% (EVA=9-10). La distribución de las intensidades máximas registradas durante la totalidad del periodo de ingreso de los sujetos de la muestra fue leve 11,2%, moderado 48,8%, intenso 14,4% e insoportable 2,9%. Fueron un total de 89 (12,8%) sujetos en los que el dolor máximo registrado fue 0, es decir que no se registró dolor durante todo el periodo de ingreso. La intensidad mínima fue leve 16,1%, moderada 4,6%, intensa 0,4% e insoportable 0,1%, es decir que en el 21,2% de los pacientes de la muestra no se registraron periodos sin dolor.

DISCUSIÓN. La incorporación de la valoración integral del dolor y de su registro específico es una de las recomendaciones, considerada por las Guías de Buenas Prácticas RNAO, para llevar a cabo un correcto abordaje del dolor en el paciente hospitalizado. En los resultados se comprueba que, pese a estar en periodo de pilotaje en unidades específicas como traumatología y oncología con la obtención de buenos resultados, ciertas unidades no piloto han ido incorporando en mayor o menor medida la valoración integral del dolor como práctica habitual, destacando aquellas que previamente estaban implicadas en la implantación de otras Guías relacionadas con el programa, que superan incluso a las unidades piloto en la cumplimentación del registro de Valoración Integral del Dolor. Estos datos muestran el efecto positivo de la implantación de buenas prácticas a nivel global en la institución, desde una estructura de implantación y a través de una red de impulsores que trasciende más allá de las unidades, períodos y guías puntuales que se implanten. La incorporación de los equipos de profesionales a la práctica de los cuidados basados en la evidencia no solo es factible, sino que una vez iniciada se extiende progresivamente y se hace sostenible gracias a los beneficios en salud obtenidos. Estudios previos realizados en el mismo ámbito mostraron cómo el simple aumento de una valoración normalizada del dolor podría asociarse a una reducción en su intensidad. Los profesionales de enfermería no pueden renunciar a estos beneficios para el paciente, por lo que la implantación de buenas prácticas se ve sujeta al principio de “no retorno”, es decir que los cuidados basados en la evidencia han venido para quedarse.

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. Albornos-Muñoz L, González-María E, Moreno-Casbas T. Implantación de guías de buenas prácticas en España: programa de centros comprometidos con la excelencia en cuidados. *MedUNAB*, 2015; 17(3), 163-169.
2. Registered Nurses' Association of Ontario. Valoración y Manejo del Dolor. Guía de Buenas Prácticas Clínicas. 2013. 3ª edición. Ontario: RNAO.
3. 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):275-283.
4. González-María E. Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados o BPSO® España. *NURE Investigación*, 2014; 11(71)
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. Muñoz-Jiménez D, González-Sánchez JA, Fernández-Martín MT, García-García F, Alonso-Jiménez J, González-Martín J, Mascaraque-Sánchez L, Montealegre-Sanz M, Ortuño-Soriano, I. ¿Valoramos el dolor como constante? Efectividad de la implantación de un Procedimiento y Registro del Dolor. Libro de Ponencias XX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, 2016. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investen-isciiv): p.58-60. Madrid: Instituto de Salud Carlos III.

Mesa de Comunicaciones 7: Gestión

Concurrent Session 7: Management

AUTORES/AUTHORS:

José Antonio Mingorance Rubiño, Olga Velasco Roldán, Gabriel Bover Suau, María Belén Mingorance Rubiño

TÍTULO/TITLE:

Eficacia del entrenamiento mediante plataforma vibratoria para mejorar control postural, el índice de caídas y el dolor

OBJETIVOS:

-Comprobar la eficacia de una intervención basada en el uso de plataforma vibratoria con la mejoría del control postural, el riesgo de caídas y la percepción del dolor en personas con esclerosis múltiple.- Evaluar la influencia de la propiocepción sobre el dolor en estas personas.

INTRODUCCIÓN:

La esclerosis múltiple es un trastorno progresivo multifocal del sistema nervioso central con diversas manifestaciones clínicas, como por ejemplo el desequilibrio, que aparece en la mayoría de las personas con esta enfermedad (2) y se conoce como uno de los principales factores de riesgo de caídas (5). Se estudió la eficacia de un entrenamiento con plataforma vibratoria como método para mejorar la propiocepción y el control postural en personas con esclerosis múltiple. La hipótesis de estudio fue si un entrenamiento mediante plataforma vibratoria es eficaz para la mejoría de la propiocepción, el índice de caídas y la percepción del dolor en estas personas. La falta de ejercicio físico conlleva un mal esquema corporal, una propiocepción deficiente y un déficit de balance muscular, que puede acarrear la aparición de diferentes procesos dolorosos (2). Diversos estudios han relacionado la propiocepción con el dolor crónico (3, 4). El uso adecuado de la plataforma vibratoria se asocia a un aumento de la musculatura de miembros inferiores (6, 7) así como reducciones del dolor y la fatiga (8), con el consiguiente aumento de la calidad de vida de los pacientes.

MÉTODOS:

En este ensayo piloto se examinó la eficacia de un entrenamiento de 6 semanas, basado en el uso de una plataforma de vibración corporal, en un grupo de 15 personas con esclerosis múltiple. Se solicitó al azar a un grupo de personas con afectación de esclerosis múltiple su participación en el programa como sujetos experimentales. Dicho trabajo consistió en un ensayo piloto aleatorizado donde se analizó el control postural y el riesgo de caídas en personas con esclerosis múltiple. El estudio se llevó a cabo durante los meses de junio y julio de 2016. La selección de sujetos se realizó mediante un muestreo extraído de la asociación de Esclerosis Múltiple de Palma (ABDEM), donde se informó a los sujetos y se solicitó su participación en el estudio, incluyendo en el mismo a los sujetos que accedieron y cumplían los criterios de inclusión.

Quince pacientes con EM se aleatorizaron por igual en el grupo de intervención y grupo de control. Cada grupo recibió 2 sesiones de entrenamiento durante 6 semanas. La algometría de presión para medir el umbral del dolor, el autocuestionario del riesgo de caídas y la posturografía se recogieron en el inicio y al término de la intervención. El equilibrio se analizó mediante un posturógrafo (Tetrax Interactive Balance System). El riesgo de caídas se evaluó mediante un autocuestionario validado (1). Para el umbral del dolor se realizó una algometría de presión (algómetro Wagner FPI10).

RESULTADOS:

El análisis final incluyó a 15 pacientes (8 mujeres y 7 hombres, con una media de edad de 27,3 años. El periodo medio desde el diagnóstico fue de 6,2 años. Se obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos en control postural ($p < 0,01$), percepción del riesgo de caídas ($p < 0,01$) y umbral del dolor ($p < 0,03$) tras el tratamiento. Estos resultados apuntan a la plataforma de vibración corporal como un método eficaz para mejorar el control postural, el riesgo de caídas y el dolor en personas con esclerosis múltiple.

DISCUSIÓN:

Aunque no se pretende sustituir, sino complementar otros programas de intervención para mejorar el equilibrio, el uso de plataforma de vibración corporal supone una buena intervención con altos niveles de efectividad y cumplimiento. Mientras que los métodos tradicionales de terapia seguirán siendo empleados en la clínica, los programas de entrenamiento del equilibrio basados en plataformas de vibración corporal demuestran capacidad de influir directamente en el equilibrio, en el índice de caídas y en el umbral del dolor. Sin embargo, las necesidades financieras y espaciales para la puesta en práctica de estos entrenamientos pueden impedir la puesta en marcha de este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Van Vliet R, Hoang P, Lord S, Gandevia S, Delbaere K. The Falls Efficacy Scale International: A cross-sectional validation in people with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2013; 94:883–9.
2. Lundberg M, Larsson M, Ostlund H, Styf J. Kinesiophobia among patients with musculoskeletal pain in primary healthcare. *J Rehabil Med,* 2006;38(1):37–43.
3. Willigenburg NW, Kingma I, Hoozemans MJM, van Dieën JH. Precision control of trunk movement in low back pain patients. *Hum Mov Sci.* 2014;32(1):228–39.
4. Ruhe A, Fejer R, Walker B. Pain relief is associated with decreasing postural sway in patients with non-specific low back pain. *BMC Musculoskelet.* 2012.
5. Gera G, Fling BW, Van Ooteghem K, Cameron M, Frank JS, Horak FB. Postural Motor Learning Deficits in People With MS in Spatial but Not Temporal Control of Center of Mass. *Neurorehabil Neural Repair.* 2015.
6. Kawanabe K, Kawashima A, Sashimoto 1, Takeda T. Sato Y, Iwamoto J. Effect of whole-body vibration exercise and muscle strengthening, balance, and walking exercises on walking ability in the elderly. *Keio J Med* 2007; 56: 28-33.
7. Bautmans I, van Hees E, Lemper J-C, Mets T. The feasibility of whole body vibration in institutionalized elderly persons and its influence on muscle performance, balance and mobility: a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics* 2005; 5: 17.
8. Chulvi-Medrano I, Sañudo B, Masia-Tortosa L, Marzo M. The Use of Vibration Platforms in Fibromyalgia Syndrome: Future Prospects. *Journal of Musculoskeletal Pain* 2013; 21(2): 165-172.

AUTORES/AUTHORS:

Filomena Garcia Sanchez, MARIA LUZ FLORES ANTIGÜEDAD, Luis Emilio Sánchez -Cantalejo Ramirez, Julia Sánchez- Cantalejo Castañeda

TÍTULO/TITLE:

El Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) en la planificación del alta hospitalaria

Objetivos: Este estudio parte de la hipótesis de que, en nuestro ámbito, existe un déficit de planificación del alta hospitalaria (PHA) en pacientes con elevadas necesidades de cuidados y el objetivo que se plantea es doble; por una parte, evaluar la utilización en nuestro medio del índice de Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) como instrumento para la PHA, y, por otra, identificar los componentes del índice de BRASS asociados a la PHA en nuestro ámbito de estudio.

Material y Métodos: Se diseñó un estudio de casos y controles para lo que se eligieron 152 pacientes, 79 con planificación al alta y otros 73 sin tal planificación, siendo el ámbito de estudio el área sanitaria de Hospital Universitario San Cecilio (HUSC) perteneciente al Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Las fuentes de información han sido, por un lado el informe de alta hospitalaria en el que queda recogido valoración enfermera por enfermera gestora de casos hospitalaria (EGCH) durante ingreso hospitalario y, posteriormente siendo recibido por la enfermera gestora de casos comunitaria (EGCC); por otro, se han recogido datos clínicos necesarios de la historia clínica del paciente, del informe médico al alta hospitalaria, de la valoración realizada por la EGCC durante la visita domiciliaria.

Los criterios de inclusión fueron: ser persona que ha estado ingresado en HUSC, independientemente de la patología que ha ocasionado el ingreso, cuya valoración de enfermería se ha realizado en la primera semana posterior al ingreso, y en la semana posterior a que se produjo el alta, siendo ésta notificada desde el hospital con acceso al informe clínico al alta hospitalaria. Se han excluido del estudio pacientes dados de alta sin comunicación a enfermera gestora de casos, pacientes que no muestran el consentimiento informado y pacientes que han fallecido en la primera semana posterior al alta hospitalaria o durante su ingreso. El periodo de estudio ha sido desde enero a junio de 2015.

El índice de BRASS es un instrumento de evaluación del riesgo que puede ser usado para identificar a los pacientes que precisan de la PAH

La respuesta es la variable dicotómica planificación de los cuidados al alta; como variables explicativas se registró el sexo del paciente, el nivel de estudios que se clasificó en 4 categorías: sin estudio, estudios primarios, estudios secundarios y universitarios y las características que forman parte del índice BRASS y que se categorizaron como sigue: la edad en cuatro categorías: ≤ 55 años, de 56-64, 65-79, ≥ 80 ; el soporte socio-familiar en 6 categorías: vive con esposa, vive con familia, vive solo con soporte familiar, vive solo con soporte de amigos, vive solo o vive en Institución socio sanitaria. El número de ingresos hospitalarios en los tres últimos meses se dividió en cuatro categorías: ninguno, uno, dos y más de dos. Para las variables de problemas de salud activos y número de medicamentos se establecieron tres categorías: menos de 3 patologías, de 3 a 5 patologías y más de 5 patologías; para la definición de estado cognitivo se establecen 5 categorías: orientado, desorientado en alguna de las esferas, desorientado en todas las esferas al mismo tiempo, desorientado en todas las esferas todo el tiempo, estado comatoso. Para el estado funcional 12 categorías: independiente valorada como 0, dependiente en comida/alimentación, baño, aseo, transferencias, incontinente fecal, incontinente vesical, preparación de comida, responsable para su propia medicación, manejo del dinero, compra en supermercado, transporte, todas ellas consideradas como 0 en caso de ausencia y 1 en caso contrario, considerándose sumatorio. Para el patrón de comportamiento fueron 5 categorías, no excluyente una de otra, las categorías pueden yuxtaponerse: adecuado evaluada como 0 y, errante, agitado, confuso u otros tomadas como 0 en caso de ausencia y 1 cuando estuvieron presentes. En la variable movilidad se tuvieron en cuenta 4 categorías: ambulatoria, ambulatoria y asistencia mecánica, ambulatoria y ayuda de otra persona, no ambulatoria con valores asignados de 0 a 3, respectivamente y, por último, para el déficit sensorial 3 categorías: ningún déficit

sensorial, presencia de déficit visual o auditivo, y presencia de déficit visual y auditivo con valoraciones de 0 a 2. A partir de los valores asignados a las categorías de las anteriores variables se calculó, para cada paciente, el índice de BRASS como indicador de la necesidad de planificación al alta.

El tratamiento de los datos se llevó a cabo mediante un análisis descriptivo univariante utilizando distribuciones de frecuencias para las variables categóricas, entre ellas la respuesta, y las medidas de magnitud, media y mediana, así como la desviación típica, para las variables cuantitativas.

Para estudiar el comportamiento de las variables cuantitativas en los dos grupos de la variable respuesta, planificación al alta hospitalaria, se utilizó el test de la t de Student para el caso de las variables cuantitativas y el de la chi-cuadrado para las categóricas.

Con el objetivo de estudiar la asociación entre la respuesta y las variables explicativas se utilizó el modelo de regresión logística binaria para lo cual algunas de las variables explicativas numéricas se categorizaron pues es de esa manera como se utilizan para construir el índice BRASS; en las variables categóricas donde algunas casillas fueran poco numerosas se procedió a su recodificación para dar una mayor estabilidad al modelo estimado. Para introducir en el modelo las variables explicativas categóricas se construyeron las correspondientes variables dummy eligiendo como categoría de referencia la preferida por los investigadores siempre y cuando que tuviese un número suficiente de pacientes.

El modelo se construyó paso a paso hacia adelante y se consideró el valor 0.05 como el límite para la significación estadística- Para la comparación de modelos jerárquicos se utilizó la comparación de las lejanías correspondientes.

El análisis de los datos se llevó a cabo con el programa R versión 3.2.3 y el paquete rms.

Resultados : El número total de enfermos en este estudio fue de 152, de los cuales 79 tuvieron una PAH y los 73 restantes no la tuvieron; el valor medio de la puntuación en la índice de BRASS en los que tuvieron planificación al alta fue 24.72, mientras que en los que no la tuvieron, 21.22; esta diferencia fue estadísticamente significativa, $P=0.0007$. La puntuación de este índice se categorizó en tres clases: 0-10, 11-20 y 21 o más, como indicadores de una baja, media o alta de necesidad de PAH. La distribución en estas tres categorías en los pacientes a los que se les planificó el alta fue 0, 20 y 59, que supone el 0%, 25.3% y 74.7%, respectivamente; para los que no se les planificó fue de 3 (4.1%), 32(43.8%)y 38(52.1%).La diferencia entre estas dos distribuciones fue estadísticamente significativa, $P= 0.006$, con una mayor proporción de pacientes en la categoría "21 o más" entre los que recibieron la planificación al alta.

Algunos de los componentes del índice de BRASS hubo que recodificados debido al poco tamaño de muestra en algunas de sus categorías. Como variables asociadas a la planificación al alta están: el nivel cognitivo, $P=0.002$, con una $OR=2.77$; las personas dependientes para la administración de la comida tienen un riesgo 3.96 veces superior de ser planificados al alta que los que no son dependientes, $P<0.001$; las personas dependientes para el aseo tienen un riesgo 14.63 veces superior de ser planificados al alta que los independientes, $P<0.001$. Los enfermos con incontinencia fecal tienen un riesgo 3.03 veces superior de planificación al alta que los que no la tienen, $P=0.001$; la asociación de la incontinencia urinaria y la planificación al alta está al borde de la significación, $P=0.07$, con una $OR=1.96$. El hecho de no poder prepararse la comida está asociado a un mayor riesgo de planificación al alta, $OR=7.57$, con una significación de 0.003; los que presentan agitación tienen un riesgo 7.84 veces superior de planificación al alta en relación a los que no la presentan, $P<0.001$, y los que presentan un cuadro de confusión tienen una $OR=0.3$ en relación a los que no lo presentan, $P=0.002$. Por último, los que presentan un patrón de movilidad no ambulatoria están a un mayor riesgo, 3.93, de PAH que los que su patrón es ambulatorio y los que tienen déficits tanto sensoriales como auditivos tienen un riesgo 7.92 veces mayor que los que tienen uno de ellos o ninguno.

Para estudiar la contribución independiente de cada componente de índice de BRASS a la planificación al alta, hemos construido un modelo de regresión logística donde la variable respuesta es la planificación al alta. El modelo más parsimonioso muestra que los únicos componentes que aportan información independiente sobre la planificación al alta son los componentes de agitación ($OR=4.22$), confusión ($OR=0.16$), patrón de movilidad ($OR=3.40$) y los déficits sensoriales ($OR=7.08$); según las estimaciones de los

parámetros del modelo la persona que presenta agitación, no confusión, un patrón de movilidad no ambulatoria y déficits tanto sensorial como auditivo es el perfil más asociado a que se le haya planificado el alta hospitalaria.

Discusión: La PAH es el desarrollo de un plan de cuidados para el paciente antes de su salida del hospital en pacientes con necesidades elevadas de cuidados; sin embargo, existe una deficiente PAH en pacientes que muestran fragilidad y que puede conllevar reingresos hospitalarios e incremento de la duración de la estancia hospitalaria.

En nuestro estudio, el 80% de los pacientes que habían estado hospitalizados eran mayores de 65, un 86% presentaban alteración en la movilidad, un 87% tenían polimedicación, el 82% presentaban pluripatología y el 52% estado de desorientación; factores que debieran contribuir a PAH.

Un estudio similar, utilizó como herramienta predictiva The Higher Care At Discharge Index para identificar a los pacientes frágiles, que estaban en riesgo de requerir un mayor nivel de atención al alta.

Por otra parte, los únicos componentes del índice de BRASS que hemos identificado que aportan información independiente a la planificación al alta son los de agitación, confusión, patrón de movilidad y déficits sensoriales; según la estimaciones del modelo el paciente que presenta agitación, no confusión, un patrón de movilidad no ambulatoria y déficits tanto visual como auditivo es el perfil más asociado a que se le haya planificado el alta hospitalaria. Resulta paradójico que sea el estado de no confusión el que esté asociado a una mayor planificación al alta y no el de confusión; este resultado lo hemos encontrado tanto en el análisis bivariante como en el multivariante lo que hace pensar en la ausencia de una posible variable confundente no contemplada en el índice de BRASS y, por tanto no incluida en nuestro análisis, que pudiera explicar ese resultado.

Existe escasa bibliografía que describa la utilización del índice de BRASS como predictor de las necesidades al alta hospitalaria; los resultados de nuestro estudio ponen de manifiesto la baja utilización de este indicador pues, de los enfermos que no tuvieron PAH, el 43.8% de ellos están incluidos en la categoría de 11-20, es decir, de necesidad media de planificación y, especialmente, el 52.1% tuvieron puntuaciones superiores a 20, es decir, casos catalogables como de alta necesidad de PAH.

En nuestro medio no se siguen las recomendaciones de la utilización del índice BRASS como instrumento de PAH. De lo anterior se desprende la necesidad de mayor investigación sobre el uso de herramientas de medición del riesgo al alta con el objetivo de identificar pacientes con mayor necesidad de cuidados, de realizar un diagnóstico de fragilidad en estos pacientes con la finalidad de evitar efectos adversos de morbilidad y mortalidad, y de su implementación en la práctica clínica.

El estudio no posee conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1 Mistiaen P, Duijnhouwer E, Prins-Hoekstra A, Ros W, Blaylock A. Predictive validity of the BRASS index in screening patients with post-discharge problems. *Blaylock Risk Assessment Screening Score*. *J. Adv. Nurs.* 1999; 30:1050-1056

2 Dal Molin A, Gatta C, Derossi V, Guazzini A, Cocchieri A, Vellone E, Alvaro R, Rasero L. Hospital Discharge: Results From an Italian Multicenter Prospective Study Using Blaylock Risk Assessment Screening Score. *Int J Nurs Knowl.* 2014 Feb; 25(1):14-21

3 R Core Team (2015). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.

4 Frank E Harrell Jr (2015). rms: Regression Modeling Strategies. R package version 4.4-1. <https://CRAN.R-project.org/package=rms>

5 Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1

6 Martín Martínez MA, Alférez RC, Escortell Mayor E, Rico Blázquez M, Sarría Santamera A.

Factores asociados a reingresos hospitalarios en pacientes de edad avanzada. Aten Primaria. 2011;43(3):117-124

7 Lakhan P, Jones M, Wilson J, Gray LC. The Higher Care At Discharge Index: Identifying older patients at risk of requiring a higher level of care at discharge. Arch Gerontol Geriatr. 2013 Sep-Oct;57(2):184-191

8 Panella L, La Porta F, Caselli S, Marchisio S, Tennant A. Predicting the need for institutional care shortly after admission to rehabilitation: Rasch analysis and predictive validity of the BRASS Index. Eur J Phys Med Rehabil 2012 Sep; 48 (3): 443-54

9 Bagshaw SM, Stelfox HT, McDermid RC, Rolfson DB, Tsuyuki RT, Baig N, Artiuch B, Ibrahim Q, Stollery DE, Rokosh E, Majumdar SR. Association between frailty and short- and long-term outcomes among critically ill patients: a multicentre prospective cohort study. CMAJ. 2014 Feb 4;186(2):E95-102.

10 Cunic D , Lacombe S , Mohajer K , Grant H , Wood G.Can the Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) predict length of hospital stay and need for comprehensive discharge planning for patients following hip and knee replacement surgery? Predicting arthroplasty planning and stay using the BRASS. Can J Surg. 2014 Dec; 57(6):391-7

AUTORES/AUTHORS:

Irina Marcos-Blázquez, María Ana Saéñz-Nuño, Romano Giannetti, Belén Oliva-Pellicer, Diana del Pozo-Fernández, Verónica Nájera-Franco, Ana Lorenzo-Pelayo, Julio-César de la Torre-Montero

TÍTULO/TITLE:

Validación clínica del prototipo verificador termométrico Versicon.

Autores:

Irina Marcos-Blázquez¹, María Ana Sáenz-Nuño¹, Romano Giannetti¹, Belén Oliva-Pellicer², Diana del Pozo-Fernández³, Verónica Nájera-Franco³, Ana Lorenzo-Pelayo³, Julio-César de la Torre-Montero¹

1.Universidad Pontificia Comillas. ICAI. EUEF San Juan de Dios. 2. CNIC. Madrid. 3. Centro San Juan de Dios. Ciempozuelos.

Correspondencia: juliodelatorre@comillas.edu

Conflicto de intereses de los autores: no declaran ningún conflicto de interés.

Implicaciones para la práctica clínica: La temperatura es una variable del individuo, tanto sano como enfermo, que está sujeta a continuos cambios, y que, en un entorno de salud, se debe medir con fiabilidad.

Introducción:

En la historia de los cuidados al enfermo, el control de la temperatura ha sido un indicador clave de la presencia de enfermedad en nuestros pacientes 1-3. Diariamente se realiza la medición de temperatura corporal en nuestros pacientes hospitalizados y ambulantes, aportándonos ésta un significado muy importante para los cuidados

Con la normativa internacional de prohibición del mercurio, en 2009, usado históricamente desde los experimentos de Wunderlich 4-6 en los termómetros de uso clínico, se han desarrollado termómetros de diferentes tecnologías y grados de fiabilidad, que, en ocasiones, han causado desconfianza en los profesionales, debido a la variabilidad de los resultados obtenidos en la medición de temperatura. Esto se ha unido al hecho de que los fabricantes no estén obligados a que sus nuevos termómetros eléctricos pasaran por un laboratorio de metrología para ser validados. Suponiendo esto para su práctica clínica diaria, una inseguridad que afecta directamente a la calidad de atención a nuestros pacientes. Para el ejercicio de una práctica clínica diaria con mayor eficacia y eficiencia, deberíamos hacerlo con equipos que hayan sido comprobados metrológicamente cuando realizamos cualquier medición de parámetros clínicos.

La corrección de estas incidencias, aportaría a la enfermería una práctica clínica segura y a los pacientes, cuidados adecuados. Pudiendo llegar a prevenir complicaciones, como la fiebre, 7 ayudarnos a realizar un trabajo más seguro y aportándonos información muy válida de temperaturas que nos harán que nuestros pacientes tengan una atención de calidad 8-10.

El desarrollo de este proyecto, pretende validar el verificador termométrico Versicon y dar a conocer la importancia de la temperatura y la termometría como indicador principal para los profesionales de enfermería. Este procedimiento aportará a la enfermería una práctica clínica diaria con seguridad en el resultado de la temperatura corporal real, fiable y veraz, y a los pacientes, unos cuidados de mayor calidad.

1. Objetivo:

El objetivo principal del estudio es validar el prototipo del verificador termométrico Versicon. Esta validación del verificador termométrico Versicon, permitirá asegurar una mayor fiabilidad en la toma de temperatura con termómetros sin contacto durante la práctica clínica.

2. Métodos: Se ha realizado un estudio observacional de validación, prospectivo y transversal. Se ha desarrollado en el Hospital de Salud Mental Centro San Juan de Dios en Ciempozuelos, Hospital de Salud Mental de referencia en la Comunidad de Madrid, y concertado con el servicio Madrileño de Salud. Participaron 27 pacientes, pertenecientes a la unidad 3 de dicho centro. Se ha realizado la medición de la temperatura corporal en arteria temporal, mediante un termómetro infrarrojo sin contacto en los pacientes, uno de los más adecuados para su uso en salud mental 11-14. Se realizaron dos mediciones de temperatura, una en el turno de mañana y otra en el turno de tarde por paciente. Se procedió también a la comprobación de la temperatura del verificador termométrico Versicon al inicio de la medición de temperatura y al finalizar. Los profesionales que realizaron las mediciones fueron formados adecuadamente en cómo se debía desarrollar la técnica y, además, se elaboró y facilitó un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) con todos los pasos a seguir, acompañados de diferentes gráficos y figuras que facilitan el uso y manejo de los aparatos. Además, se abre una línea de comunicación con la investigadora principal para solventar cualquier duda que pudiera surgir.

Se realizaron dos sesiones de docencia a los profesionales de la unidad mencionada anteriormente, para el uso del verificador termométrico Versicon y termómetro infrarrojo sin contacto.

La medición de temperatura ambiente se realizó con unas condiciones controladas::

- Temperatura del lugar de ubicación del Versicon, sala de enfermería.
- Temperatura de la estancia principal donde los pacientes pasan la mayor parte de la jornada.
- Humedad relativa del ambiente en ambos emplazamientos.

La medición de temperatura consiste en la aproximación del termómetro por infrarrojos sin contacto a 2-3 cm de la arteria temporal, con el fin de que nos dé el valor de la temperatura del paciente.

Consideraciones éticas

El presente estudio se somete a la valoración, y se obtiene la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Pontificia Comillas. La dirección del centro hospitalario aprueba a su vez el protocolo de estudio.

Los datos extraídos sobre termografía no implicarán para el paciente un cambio en su rutina asistencial y están encuadrados en la práctica clínica diaria, por lo que no supondrá un impacto en su cuidado diario.

Por otra parte, los profesionales participantes en el estudio recibirán un entrenamiento adecuado en Buena Práctica Clínica. La tarea de recogida de datos se realiza dentro del marco de cometido diario y supondrán un mínimo incremento de los tiempos de ejecución de las labores asignadas al personal.

Este estudio se realizará en cumplimiento de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica y respetándose los principios de la declaración de Helsinki. El estudio se llevará de acuerdo a las normativas nacionales (Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos.) e internacionales (Normas ICH y de Buena Práctica Clínica) vigentes.

Se garantizará la confidencialidad de los datos a través de un proceso de anónimo en la recogida de datos, para que deje de ser posible establecer el nexo entre el dato y el sujeto al que se refiera. Además, la intimidad personal y el tratamiento de los datos se garantizarán ateniéndose a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Sujetos de estudio

Población diana

Pacientes residentes en el Centro San Juan de Dios, ubicado en Ciempozuelos.

Población accesible

Pacientes residentes en la Unidad 3 del Centro San Juan de Dios, ubicado en Ciempozuelos.

Criterios de inclusión

Pacientes residentes en la Unidad 3 del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos.

Tamaño final de la muestra. Periodo de estudio.

El presente estudio recogió los datos termométricos de 27 pacientes de la unidad 3 del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos. Las mediciones se realizaron entre el mes de mayo y junio de 2016.

Variables

Las siguientes variables que se presentan en el estudio se utilizarán para la recogida de datos para la validación del verificador termométrico Versicon.

Variables: Turno: Cualitativa dicotómica; Mañana / Tarde. Fecha: cuantitativa discreta; Día/Mes/Año. Hora: Cuantitativa continua; Horas/Minutos. Temperatura Versicon: Cuantitativa continua; Grados °C. Temperatura paciente: Cuantitativa continua; Grados °C. Temperatura ambiente: Cuantitativa continua; Grados °C. Humedad relativa: Cuantitativa continua; %. Si/No. Incidencias: Cualitativa dicotómica; Si/No.

Ámbito de aplicación

Este protocolo va dirigido a los profesionales de enfermería (enfermera/os y técnicos en cuidados de enfermería) que trabajan en la Unidad 3 del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos. El personal que interviene son Enfermera/os y técnicos en cuidados de enfermería de la Unidad 3 del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos.

Herramientas de Medición:

- Versicon, prototipo, diseñado en la Escuela de Ingeniería ICAI.
- Termómetro infrarrojo sin contacto. Modelo 574-300 Quirumed®.
- Papel de celulosa.
- Hojas de trabajo.
- Bolígrafo azul.
- Pila/batería alcalina AAA, con suficientes unidades de repuesto.

3. Resultados

Los datos obtenidos durante el proceso de su recopilación en las hojas de trabajo diseñadas ad hoc, como documento fuente, se procedió a transcribir en las hojas de registro de HSJD Versicon, formato Excel de Windows Microsoft Office de ahí se realizó un análisis estadístico mediante el paquete estadístico IBM SPSS v.22 para Mac, que nos permitió analizar la base de datos con las variables recogidas.

Nos permitirá realizar una estadística descriptiva, en la cual se calculará la media y desviación estándar para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para las variables del tipo cualitativo. La estadística inferencial se realizará para las variables mencionadas estableciendo asociaciones mediante la correlación de Pearson. Se considerará significancia estadística para $p < 0,05$. Presentamos, de los datos recogidos, los resultados más relevantes en el estudio

Descriptivo: (Media \pm Desviación Estándar en los datos ofrecidos) temperatura ambiente exterior $23,69 \pm 2,31$. humedad relativa exterior $42,97 \pm 5,98$. temperatura módulo interior $25,42 \pm 1,22$. humedad relativa interior $43,94 \pm 3,83$. presión atmosférica $1006,67 \pm 4,33$. temperatura Versicon $37,39 \pm 0,79$. temperatura test termómetro $37,46 \pm 0,65$. temperatura test termómetro - temperatura Versicon $0,06 \pm 0,25$

La validación del aparato se entiende como un análisis de reproducibilidad, es decir, se estudia el grado en que concuerdan las dos mediciones de temperatura.

La correlación de Pearson hallada entre las dos variables es de 0.955 (p valor < 0.001). Con frecuencia se usan los coeficientes de correlación para valorar la reproducibilidad de variables continuas, pero la existencia de correlación no implica que las dos

mediciones coincidan es sus determinaciones

El índice de correlación intraclase (ICC) es de 0.936 con un intervalo de confianza de (0.875-0.968). Lo usamos para ver en qué medida concuerdan las mediciones de las dos temperaturas. Este índice se mueve entre 0 y 1, con un valor de 1 cuando las dos temperaturas de cada sujeto son exactamente iguales. Los valores convencionales que se usan para clasificarlo consideran que entre 0.75-1 es una concordancia excelente.

El índice Kappa es una medida de acuerdo global para variables categóricas que tiene en cuenta las coincidencias debidas al azar. Si calculáramos el índice Kappa de las dos mediciones redondeadas sería de un 0.894. La interpretación convencional considera de 0.81 a 1.00 como una concordancia muy buena.

4. Discusión:

La práctica clínica habitual presenta diferentes problemas y eventualidades que el laboratorio no puede verificar.

La falta de instrumentos adecuados para llevar a cabo esta labor, hace que se necesite un desarrollo de la tecnología que permita el correcto cumplimiento de los protocolos de diagnóstico clínico en relación con la medición de temperatura. No hemos encontrado en la literatura existente, un verificador de temperaturas como el prototipo diseñado para termómetros infrarrojos sin contacto para uso clínico y humano. Este primer paso, con las limitaciones propias de tiempo, disponibilidad de la unidad y de los pacientes (con temperaturas, por lo general, no muy altas y sin valores extremos). Se propone, en líneas de trabajo futuras, poder realizar la verificación con instrumentación

Podemos afirmar, como conclusión al presente trabajo, que la validación clínica del verificador termométrico Versicon ha sido positiva, arrojando unos resultados en las mediciones realizadas muy acertados, si bien se propone profundizar en estudios con mayor casuística y número de sujetos a estudio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Guyton AC, Hall JE. Regulación de la temperatura corporal y fiebre. Compendio de fisiología médica. 12th ed.: Elsevier; 2012. p. 549-53.
2. Rhoades RA, Bell DR. Regulación de la temperatura corporal. Fisiología médica. Fundamentos de la medicina clínica. 4th ed.: Wolters Kluner Health; 2012. p. 550-74.
3. Guyton AC, Hall JE. Energética, índice metabólico y regulación de la temperatura corporal. Fisiología y Fisiopatología. 6th ed.: McGraw-Hill; 1997. p. 564-75
4. Rodríguez y Abaytua N. Nociones de termometría aplicada al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades febriles. Madrid: Moya y Plaza, librerías editores.; 1876.
5. Mackowiak PA, Worden G. Carl Reinhold August Wunderlich and the evolution of clinical thermometry. Clin Infect Dis. 1994;18(3):458-67.
6. OMS [Internet]. El mercurio y la salud. 2013; actualizado marzo 2017. [acceso 11 de septiembre de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs361/es/..](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs361/es/)
7. Argente HA, Álvarez ME. Fiebre. Semiología médica. Fisiología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza basada en el paciente. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2005. p. 72-83.
8. Rehman T, de Boisblanc BP. Persistent Fever in the ICU. Chest. 2014;145:158-65.
9. Sund-Levander M, Grodzinsky E. Assessment of body temperature measurement options. Br J Nurs. 2013;22(16):942-50.
10. Drewry AM, Fuller BM, Bailey TC, Hotchkiss RS. Body temperature patterns as a predictor of hospital-acquired sepsis in afebrile adult intensive care unit patients: a case-control study. Crit Care. 2013;17(5): R200.
11. Dunleavy KJ. ¿Qué método de medición de la temperatura corporal es el más preciso? Nursing. 2011;29(5):48-9.

12. Mufti A, Coutts P, Sibbald RG. Validation of commercially available infrared thermometers for measuring skin surface temperature associated with deep and surrounding wound infection. *Adv Skin Wound Care*. 2015;25(1):11-6.
13. Silvah JH, Martires de Lima CM, Lama de Unamuno MR, Alves Schetino MA, Leite Scetino LP, Giacomo Fassini P, et al. Body surface infrared thermometry in patients whit central venous cateter-related infeccions. *Einstein (Sao Paulo)*. 2015;13(3):364-9.
14. Larach MG, Brandom BW, Allen GC, Gronert GA, Lehman EB. Malignant hyperthermia deaths related to inadequate temperature monitoring, 2007-2012: a report from the North American malignant hyperthermia registry of the malignant hyperthermia association of the United States. *Anesth Analg*. 2014;119(6):1359-66.

AUTORES/AUTHORS:

Paloma Ángela Calleja-Toledano, María Isabel Orts-Cortés, María Eugenia Galiana-Sánchez

TÍTULO/TITLE:

Seguimiento durante un año de los resultados finales en salud tras el alta de un hospital de media estancia

OBJETIVOS: Describir y analizar los resultados finales en salud de los pacientes dados de alta del Hospital Guadarrama (HGUA) entre enero y abril del año 2016 seguidos durante un año

MÉTODO: Estudio longitudinal retrospectivo realizado con pacientes del HGUA dados de alta entre 01/01 y 30/04 de 2016. Este hospital es uno de los tres centros de media estancia de la Comunidad de Madrid.

Se estudiaron a todos los pacientes con ingresos mayores de 48 horas y que fueron dados de alta por mejoría (siendo el destino al alta a domicilio o a un centro sociosanitario). Se excluyeron a los pacientes ingresados en cuidados paliativos y a los que cambiaron de Comunidad Autónoma.

Los resultados finales en salud (visitas a urgencias, hospitalizaciones y exitus) se extrajeron del visor Horus de cada paciente y se estudiaron en función de las variables sociodemográficas, de las variables relacionadas con el proceso asistencial, de las variables relacionadas con la discapacidad al alta y de las características de los centros de salud de referencia.

De la historia clínica del hospital se extrajeron las variables sociodemográficas: edad y sexo, las variables relacionadas con el proceso: unidad de ingreso, días de estancia y destino al alta (domicilio o residencia) y las variables relacionadas con la discapacidad en el momento del alta. Tres variables relacionadas con la discapacidad fueron registradas en la historia clínica mediante escalas validadas: El nivel de dependencia o dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVDs) medido a través del índice de Barthel la presencia de deterioro cognitivo detectado a través del test de Pfeiffer y el riesgo de desarrollar úlceras por presión cuantificado mediante el test de Norton. El resto de variables relacionadas con la discapacidad estudiadas fueron recogidas del formulario de valoración de enfermería al alta, bien con categorías de respuesta cerrada: tipo de convivencia y sistemas de ayuda para la movilización o en forma de variables dicotómicas con opciones de respuesta Si/No: problemas en la alimentación, presencia de alguna herida, presencia de sonda vesical, manifestación de dolor, incontinencia urinaria y oxígeno domiciliario.

A partir de la página del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud se extrajeron los siguientes Indicadores de Atención Primaria de cada uno de los centros de salud de referencia: población asignada mayor de 65 años, presión asistencial en consulta de enfermería, prevención de úlceras por presión en pacientes inmovilizados encamados, pacientes inmovilizados encamados que presentan alguna úlcera por presión y planes de cuidados de enfermería en: procesos cardiovasculares, en pacientes frágiles y en pacientes inmovilizados.

En el análisis con SPSS se obtuvieron las medidas de tendencia central y proporciones e Intervalos de confianza al 95%. Para la comparación de variables cualitativas se calculó la prueba Ji-cuadrado. Para el caso de variables cuantitativas se calculó la prueba T de Student y ANOVA de un factor en el caso de variables con más de dos categorías. En los casos en los que no se cumplieron los requisitos se emplearon los análisis de U de Man Whitney y Kruskal Wallis respectivamente. El protocolo de investigación fue aprobado por el CEI del Hospital.

RESULTADOS. 300 pacientes cumplieron criterios de inclusión. Más del 75% de los pacientes ingresados lo hicieron en unidades de rehabilitación y el 71% fue dado de alta a domicilio IC95% [66.753-77.247]. La edad media fue 81.02 años IC[79.82-83,23] y el 61.1% fueron mujeres IC[55.656-67.011]. El 59,33% de los pacientes previamente residía en su unidad familiar IC [53,608-65,058] y el 15,00 % de los pacientes ingresados previamente vivían en un centro sociosanitario IC[10,793-19,207].

El 38,67% de los pacientes no acudieron al servicio de urgencias durante el año siguiente al alta del HGUA IC[32,99-44,34], siendo

la media de visitas entre los que sí acudieron: 2.44 veces en el año de seguimiento. Un 38% de los pacientes requirió una nueva hospitalización IC[32,341-43,659] con una media de espera de 129.93 días hasta el nuevo ingreso. El 18 % de los pacientes fallecieron antes de alcanzar el año postalta IC [13,486-22,514].

Con respecto a las variables relacionadas con la discapacidad, el 75,3% de los pacientes presentaron dependencia para las AVDs al menos moderada (puntuación media en índice de Barthel 66.58% \pm 22.973) y el 15.6% fueron dados de alta con un riesgo de desarrollar úlceras por presión entre evidente y muy alto. A nivel cognitivo, el 65,9% de los pacientes no presentaban deterioro o éste era leve. El dispositivo de ayuda a la movilización más utilizado fue el andador: 33.9% aunque el 13,6% de los pacientes fue dado de alta sin necesidad de ayudas técnicas para la marcha. El 23.7% tenía al menos un problema relacionado con la deglución, el 59,0% era incontinente y el 11.5% portaba sonda vesical al alta. Un 20% era usuario de oxígeno domiciliario y un 26,1 % manifestó sentir dolor al alta. El 14,9% presentaba en el momento del alta alguna herida.

Con respecto a los centros de salud, la presión asistencial media de la consulta de enfermería fue de 18,70 \pm 1.851 pacientes con unos cobertura media de los planes de cuidados de los pacientes con patología cardiovascular del 16,376% (\pm 8.75), de los pacientes frágiles del 51,81% (\pm 15.53) y de los pacientes inmovilizados del 58.86% (\pm 14,13%). El porcentaje de planes de cuidados de pacientes encamados con UPP fue de 16.26% \pm 5.49 y de los pacientes inmovilizados con riesgo de desarrollarlas del 65.299 \pm 11.95%

Los pacientes desorientados visitaron 0,33 más veces la urgencia (K=7,278 2gl p=0,026) Hubo más hospitalizaciones en los pacientes de más edad (+0,281 IC[0,040;0,522] p=0,023), en los que vivían en Residencia (+0,19 (K=8,718 3gl p=0,033), en aquellos con mayor estancia (+0,252 IC[0,004-0,500] p=0,043) y en los que presentaban heridas exudativas (U=2806,50 p=0,026). Se registraron menos hospitalizaciones en los centros de salud con mayor tasa de prevención de UPP en pacientes inmovilizados (-0,290 IC[-0,541;-0,039] p=0,023).

Los centros sociosanitarios se relacionaron con mayores porcentajes de exitus, tanto como destino al alta (+0,180 IC[0,275-0,85]p<0,001) como por tipo de convivencia previa (+0,30 con respecto a los que vivían en domicilio K=31,851 3gl p<0,001). Los pacientes con mayor dependencia para las AVDs y mayor riesgo de UPP presentaron mayores porcentajes de exitus (k= 10,705 4gl y K=19,453 2gl p=0,030 respectivamente).

DISCUSIÓN. A partir de la publicación por parte de la Organización Mundial de la Salud de la "Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles" en el año 2008, los diferentes países han ido desarrollando estrategias para la adaptación de los sistemas sanitarios al envejecimiento de la población y al aumento de las enfermedades crónicas. En la Comunidad de Madrid la estrategia de atención al paciente crónico clasificó a la población en función de su complejidad y morbilidad en tres categorías de riesgo e isoconsumo de recursos para los que se diseñaron servicios e intervenciones específico. Para los pacientes atendidos en el Hospital Guadarrama, con una complejidad moderada o alta, los objetivos establecidos fueron reducir el número de reagudizaciones, de ingresos y especialmente el número de reingresos.

Muchos organismos han utilizado modelos matemáticos para predecir el riesgo de descompensación de una población determinada. Los factores que se han empleado para estas estratificaciones son heterogéneos aunque destacan como variables más utilizadas el consumo de recursos en los ingresos previos (sanitarios y farmacológicos) y los diagnósticos médicos. (1) Debido al auge de trabajos en los que se desarrollaban modelos de estratificación y predictivos la American Medical Association realizó una revisión sistemática con los estudios publicados hasta la fecha (2) y concluyó que la capacidad predictiva de éstos era modesta. Además, los autores plantearon que pocos de los modelos analizados incluyeron variables relacionadas con la salud en general, la funcionalidad o los determinantes sociales.

Varios estudios ya han asociado factores como el ser viudo o vivir solo o las limitaciones en las actividades de la vida diaria con un mayor número de ingresos y reingresos y menor tiempo entre el alta y el reingreso (3)(4) En nuestros resultados los pacientes con menores puntuaciones en el índice de Barthel únicamente presentaron mayores tasas de exitus, mientras que los pacientes que

previamente vivían en una residencia tuvieron mayor número de hospitalizaciones postalta y mayor número de exitus, no habiendo diferencias significativas entre vivir solo o en una unidad familiar.

En la literatura se ha identificado como factores predictores los días de estancia (4)(5) y el destino al alta un centro sociosanitario (6)(7). En nuestros resultados el hecho de ser dado de alta una residencia únicamente se asoció significativamente con una mayor tasa de éxitus. Por el contrario los días de estancia se relacionaron también con el número de hospitalizaciones posteriores.

La influencia de las variables sociodemográficas y del contexto donde se ubica el domicilio habitual han sido estudiadas también en la literatura(8). Una revisión llevada a cabo en el año 2009(9) identificó como factores predictivos de reingresos el estado civil, el lugar de residencia y el nivel educativo como variables sociodemográficas. En este caso la influencia del contexto se ha estudiado a través del centro de salud de referencia de cuyas características únicamente han influido en el número de hospitalizaciones posteriores al alta el porcentaje de prevención de úlceras por presión en pacientes inmovilizados. No obstante llama la atención que siendo la presión asistencial de los centros estudiados muy parecida a la del conjunto de la Comunidad de Madrid (CAM) (18,14) los resultados de la muestra estudiada son inferiores a la media publicada por la CAM. Por ejemplo, en el caso de la prevención de úlceras por presión en pacientes inmovilizados la media de la CAM se sitúa en un 75,48% siendo la media de la muestra de un 65,299 %. El único indicador en el que la muestra obtuvo porcentajes superiores a los de la media de CAM fue en la cobertura de atención al paciente frágil con un 51,81% frente a un 48,40%.

En conclusión los resultados parecen seguir la línea de investigaciones anteriores aunque es difícil extrapolar los resultados debido a la falta de publicaciones contextualizadas en la media estancia. Serían necesarios nuevos estudios con mayor tamaño muestral y mayor seguimiento de los pacientes para poder determinar los factores predictores de posibles desestabilizaciones.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA. Conocer el perfil que se relaciona con más visitas a urgencias y hospitalizaciones es útil para la planificación y anticipación del alta. Puede servir como punto inicial a partir del cual diseñar nuevas estrategias de comunicación entre profesionales de distintos niveles asistenciales, de continuidad de cuidados y de derivación de pacientes entre niveles asistenciales. Por otro lado, conocer las características de los centros de salud que se relacionan con estas variables ayudaría calcular las necesidades de cuidados de los pacientes incluidos en las carteras de cada profesional e, indirectamente, a dimensionar de nuevo las plantillas de profesionales y a reorganizar la dotación de recursos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Nuño Solís, R; Contel Segura JC; Orueta Mendía J GÁA. Guía para el desarrollo de herramientas de estratificación de riesgos. [Internet]. IEMAC 1.0. 2013. 1-40 p. Disponible en: www.iemac.org
2. Kansagara D, Englander H, Salanitro A, Kagen D, Theobald C, Freeman M, et al. Risk prediction models for hospital readmission: a systematic review. JAMA [Internet]. 19 de octubre de 2011 [citado 8 de abril de 2015];306(15):1688-98. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1104511>
3. Costa AP, Hirdes JP, Heckman GA, Dey AB, Jonsson P V., Lakhan P, et al. Geriatric syndromes predict postdischarge outcomes among older emergency department patients: Findings from the interRAI multinational emergency department study. Acad Emerg Med. 2014;21(4):422-33.
4. Depalma G, Xu H, Covinsky KE, Craig BA, Stallard E, Thomas J 3rd, et al. Hospital readmission among older adults who return home with unmet need for ADL disability. Gerontologist. junio de 2013;53(3):454-61.
5. Tisminetzky M, McManus DD, Erskine N, Saczynski JS, Yarzebski J, Granillo E, et al. Thirty-day Hospital Readmissions in Patients with Non-ST-segment Elevation Acute Myocardial Infarction. Am J Med. julio de 2015;128(7):760-5.
6. Pollock FH, Bethea A, Samanta D, Modak A, Maurer JP, Chumbe JT. Readmission Within 30 Days of Discharge After Hip Fracture Care. Orthopedics. 2015;38(1):e7-13.
7. Fawcett VJ, Flynn-O'Brien KT, Shorter Z, Davidson GH, Bulger E, Rivara FP, et al. Risk factors for unplanned readmissions in

older adult trauma patients in Washington State: a competing risk analysis. *J Am Coll Surg.* marzo de 2015;220(3):330-8.

8. Barnett ML, Hsu J, McWilliams JM. Patient Characteristics and Differences in Hospital Readmission Rates. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2015;215:1-10. Disponible en:
<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamainternmed.2015.4660%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26368317>

9. García Pérez L, Linertová R, Lorenzo Riera A, Vázquez Díaz JR, Duque González B, López Hijazo A, Barreto Cruz S, Lorenzo Prozzo N, Guiote Partido I SS a. Factores predictivos e intervenciones efectivas para la reducción del riesgo de reingreso hospitalario en pacientes de edad avanzada. *Minist Cienc e Innovación St Cruz Tenerife Serv Canar la Salud, Madrid DL* [Internet]. 2009;20:1-167. Disponible en:
http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/20186764-1f36-11e0-964e-f5f3323ccc4d/2007_20.pdf

Mesa de Comunicaciones 8: Práctica Clínica

Concurrent Session 8: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

BEATRIZ CERVERA MONTEAGUDO, MÍRIAM CARRIÓN GONZÁLEZ, M^a LUCÍA HERREROS SÁEZ, FRANCISCA CALERO YÁÑEZ, BEGOÑA FERNÁNDEZ VALVERDE, FLORA M^a MARTÍNEZ ESCRIBANO, ANA M^a MARTÍN ROMERO, M^a PILAR CÓRCOLES JIMÉNEZ, GRUPO DE TRABAJO PROYECTO SINDOLOR_CLM

TÍTULO/TITLE:

Satisfacción de los pacientes con la experiencia hospitalaria durante el proceso quirúrgico. Resultados preliminares

INTRODUCCIÓN. Los distintos Sistemas Sanitarios han ido incorporando la necesidad de convertir al usuario en el eje del sistema, conjugando la calidad científico-técnica con la información y el respeto a la autonomía de los usuarios. La satisfacción del paciente viene siendo considerada un indicador válido de la calidad de la atención sanitaria. Dentro del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) se ha venido desarrollando el llamado Plan Dignifica, que pone énfasis en ofrecer una atención integral tomando en consideración no solo el proceso clínico del paciente, sino otros factores como la coordinación entre niveles asistenciales, la situación anímica y personal del usuario, la toma de decisiones compartidas y la participación activa del usuario y familiares en el proceso.

En este sentido, conocer las expectativas y satisfacción del paciente con la atención sanitaria es fundamental para entender sus necesidades e identificar áreas de mejora.

En nuestra comunidad no se ha realizado ningún estudio para conocer la percepción y satisfacción de los pacientes con el proceso quirúrgico.

OBJETIVOS. General: Describir la satisfacción del paciente quirúrgico en relación al proceso de hospitalización. Específico: Describir la experiencia del paciente respecto a empatía, respeto, autonomía, calidad de la información recibida y accesibilidad a los profesionales sanitarios.

MÉTODO: Estudio descriptivo correlacional, multicéntrico. Ámbito: Unidades de hospitalización de las Áreas Quirúrgicas de los hospitales de Albacete, Cuenca y Hellín. Población: adultos intervenidos quirúrgicamente. Criterios de inclusión: estancia hospitalaria superior a 24 horas, consentir participar. Criterios de exclusión: déficit cognitivo o mental, analfabetismo, no entender español. Muestra: 1118 pacientes seleccionados consecutivamente. Pilotaje 15% (noviembre de 2016) Variables: sociodemográficas; relacionadas con el proceso quirúrgico y atención recibida (nivel de dolor y manejo del dolor); experiencia durante la hospitalización: empatía de los profesionales sanitarios; respeto, intimidad y confidencialidad; comprensión, accesibilidad y calidad de la información proporcionada. Instrumento: Cuestionario anónimo autoadministrado incluyendo Piker Patient Experience Questionnaire-15 (PPE) Puntuación: 0 (No problemas) –15 (Todas las áreas mejorables). Aspectos éticos: aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica de las Áreas de Albacete y Cuenca.

Análisis estadístico (Programa SPSS versión 19). Análisis descriptivo: medidas de tendencia central y dispersión (variables cuantitativas), frecuencias absolutas y relativas (variables cualitativas). Cálculo de los intervalos de confianza (IC) al 95%. Análisis bivariente: comparación de proporciones (Chi-cuadrado) y medias (t de Student, ANOVA); correlaciones. Pruebas no paramétricas. Nivel de significación estadística $p < 0,05$.

RESULTADOS. PILOTAJE 188 pacientes. 57,4% mujeres (108). Edad media 58,85 años (d.t.=17,36) IC 95% [56,34-61,36]. Estancia media 6,40 días (d.t.=4,74) IC95% [5,68-7,12]. Un 80% de los encuestados refiere recibir respuestas claras del equipo asistencial. El 69,3% no desea participar más en la toma de decisiones o no responde. El 25,8% encuentra discordancia entre lo que dicen los distintos profesionales. Un 14% refiere que los profesionales hablaron como si no estuviera presente. Un 50% de los pacientes refieren que algún profesional habló con él cuando tuvo alguna preocupación, médicos o enfermeras informan a la familia en un 77%. Un 80% dicen que los médicos preservaron su privacidad. Un 88% manifiestan que los profesionales trataron de proteger su intimidad. Un 98,8% se sintió tratado con respeto.

La puntuación media del cuestionario PPE fue de 3,84 (0–15), IC95% [3,34–4.34]. Hay correlación directa entre intensidad de dolor y puntuación del PPE. Los pacientes informados antes de la intervención sobre el dolor se muestran más satisfechos ($p < 0,0001$). Las mujeres están menos satisfechas con la información acerca de los signos de alarma a tener en cuenta en el domicilio ($p = 0,018$). Los mayores de 65 años tienen más problemas de accesibilidad para hablar con el médico, confidencialidad y trato respetuoso ($p = 0,06$); así como en la discordancia entre profesionales sobre la información proporcionada ($p = 0,020$).

DISCUSION. Igual que en otros estudios, la satisfacción de los pacientes respecto a la participación en decisiones sobre su tratamiento y la impresión de recibir cuidados apropiados es elevada. La insatisfacción encontrada para algunos aspectos en mayores de 65 años puede deberse a la mala calidad de la información proporcionada o al bajo nivel de comprensión en dichos pacientes.

Implicaciones para la práctica: se plantea el reto de elaborar estrategias que mejoren la información ofrecida por todos los profesionales para disminuir la variabilidad clínica, fomentar la implicación del paciente en la toma de decisiones y respetar su intimidad

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Schwenkglens M, Gerbershagen HJ, Taylor RS, Pogatzki-Zahn E, Komann M, Rothaug J et al. Correlates of satisfaction with pain treatment in the acute postoperative period: Results from the international PAIN OUT registry. *Pain*. 2014; 155: 1401-11.
- Moreno-Monsiváis MG, Muñoz-Rodríguez MR, Interrial-Guzmán MG. Satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados. *Aquichan*. 2014; 14 (4): 460-472.
- Esteve N, Ribera H, Mora C, Romero O, Garrido P, Verd M et al. Atención del dolor agudo postoperatorio: evaluación de resultados en las salas de hospitalización quirúrgicas. *Rev Esp Anestesiología Reanimación*. 2011;58:353-361
- García Calvo J, Martín Tercero P, Sánchez Gilbert M, Aguayo Osuna MP, Astillero Buitrago JM, Cañizares Carballo G. Prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes en una unidad de Urología. *Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urgencias*. 2011; 119:23-9.
- Barrio-Cantalejo IM, Simón-Lorda P, Sánchez Rodríguez C, Molina-Ruiz A, Tamayo-Velázquez MI, Suess A et al. Adaptación transcultural y validación del Picker Patient Experience Questionnaire-15 para su uso en población española. *Rev Calid Asist*. 2009;24(5):192 -206.

AUTORES/AUTHORS:

Raquel Veiga Seijo, Salvador Pita Fernández, María Cristina González Martín, Francisco Javier de Toro Santos, Vanesa Balboa Barreiro, María Teresa Seoane Pillado, Silvia Grande Morais, Carlos Fernández López, José Antonio Pinto Tasende

TÍTULO/TITLE:

Prevalencia de patología podológica, funcionalidad y dolor del pie en personas con artritis reumatoide y psoriásica.

OBJETIVOS

Determinar en personas con artritis reumatoide (AR) o psoriásica (APs): la prevalencia de patología podológica, la funcionalidad y dolor del pie, la calidad de vida y la capacidad funcional y las variables asociadas a los diferentes eventos.

MÉTODOS

Ámbito: Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC).

Diseño: Estudio descriptivo de prevalencia.

Sujetos: Personas diagnosticadas de AR o APs atendidas en el servicio mencionado, mayores de edad, que aceptaron firmar el consentimiento informado y sin indicios de deterioro cognitivo.

Variables: sociodemográficas, diagnóstico de la enfermedad, manejo terapéutico, comorbilidad, patología podológica, funcionalidad y dolor del pie.

Instrumentos utilizados para la obtención de datos:

Se ha realizado una exploración podológica estructurada, recogiendo alteraciones biomecánicas, dérmicas e ungueales. La comorbilidad ha sido evaluada a través del Índice de Comorbilidad de Charlson (CCI). La funcionalidad y el dolor del pie se han valorado a través del Foot Function Index (FFI) y del Foot Health Status Questionnaire (FHSQ).

Análisis de datos: Análisis descriptivo de las variables recogidas en el estudio.

RESULTADOS

Se han estudiado 136 pacientes (70 diagnosticados de AR y 66 de APs). La edad media es de $57,4 \pm 12,3$ años, predominando el sexo femenino (62,5%) y los pacientes con sobrepeso (42,0%). El CCI es de $2,74 \pm 1,50$. Los síntomas más habituales son el dolor articular (93,4%), articulaciones hinchadas (71,3%), rigidez (63,2%) y pérdida de movilidad (55,9%). La alteración del antepié predominante es el Hallux Abductus Valgus (HAV) (77,2%) y el Hallux Limitus (50,7%), seguido de las deformidades digitales en varo (4º dedo) (75,0%), en garra (4º dedo) (47,8%) y en martillo (2º dedo) (44,9%). La alteración del retropié más común es la fascitis plantar (29,4%). Las alteraciones ungueales más frecuentes son la onicocriptosis (55,9%) y sospecha de onicomiosis (36,9%). Entre las alteraciones dérmicas más prevalentes son la xerosis (41,2%), la hiperqueratosis en la 2ª cabeza metatarsal (37,5%) y el Pinch Callus (36,8%). El 83,8% de la muestra afirma tener dolor al principio de la enfermedad y 76,5% en el momento de la entrevista. La media del cuestionario FFI ha sido de $31,3 \pm 21,7$. La media del FHSQ ha sido de $68,7 \pm 26,7$ para el dolor del pie, $75,5 \pm 30,4$ para la función del pie, $36,5 \pm 31,2$ para el calzado y $39,2 \pm 25,2$ para la salud del pie.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los hallazgos del estudio ponen de manifiesto una prevalencia elevada de dolor y patología podológica. La prevalencia de dolor es ligeramente menor que lo evidenciado por Michelson et al, Matricali et al y Otter et al en AR y más similar en APs. La prevalencia de HAV ha resultado más prevalente que en otros estudios, siendo más concordante la deformidad digital, la fascitis plantar y los cambios ungueales y dérmicos. El pie plano ha sido menos habitual en comparación con otros estudios.

Implicaciones para la práctica

Los resultados permitirán conocer la patología podológica de las enfermedades estudiadas, producir evidencia científica sobre una temática de la que no existe información suficiente a nivel nacional y promover la salud del pie y calidad de vida de las personas con AR y APs.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Michelson J, Easley M, Wigley FM, et al. Foot and ankle problems in rheumatoid arthritis. *Foot Ankle Int* [edición electrónica] 1994 [acceso 18 de septiembre 2016]; 15: 608-13.
2. Otter SJ, Lucas K, Springett K, et al. Foot pain in rheumatoid arthritis prevalence, risk factors and management: an epidemiological study. *Clin Rheumatol* [edición electrónica] 2010 [acceso 17 de septiembre 2016]; 29: 255-71
3. Firth J, Hale C, Helliwell P, et al. The prevalence of foot ulceration in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* [edición electrónica] 2008 [acceso 14 de octubre 2016]; 59: 200-5.
4. Hyslop E, McInnes I, Woodburn J, Turner D. Foot problems in psoriatic arthritis: high burden and low care provision. *Ann Rheum Dis* [edición electrónica] 2010 [acceso 16 de octubre 2016]; 69(5): 928
5. Borman P, Ayhan F, Tuncay F, et al. Foot problems in a group of patients with rheumatoid arthritis: an unmet need for foot care. *Open Rheumatol J* [edición electrónica] 2012 [acceso 11 de octubre 2016]; 6: 290-5.
6. Pavlica L, Perić-Hajzler Z, Aleksandra J, Sekler B, Damjanovic M. Psoriatic arthritis: a retrospective study of 162 patients. *Vojnosanit Pregl* [edición electrónica] 2005 [acceso 18 de octubre 2016]; 62(9): 613-620.

AUTORES/AUTHORS:

Mònica Sianes Gallén, Joaquín T Limonero García, Joaquín Tomás Sábado, María Jesús López Parra

TÍTULO/TITLE:

Variables que influyen en la satisfacción con la recuperación del paciente intervenido de Artroplastia Total de Rodilla

Introducción y Objetivo

La satisfacción del paciente es uno de los aspectos que han tomado más interés en el ámbito de la investigación en la salud en los últimos 30 años. Uno de los principales objetivos de la evaluación de este indicador es poder identificar posibles áreas de mejora en los centros sanitarios, desde una perspectiva cercana a los estudios de marketing y la monitorización de la calidad asistencial.

En este sentido, los trabajos pioneros de Donabedian (1) y sus posteriores revisiones y ampliaciones sobre la evaluación de la calidad de la asistencia médica, ya ponían en relieve la necesidad de escuchar la voz de los usuarios, con el objetivo principal de mejorar los tratamientos administrados y la propia calidad asistencial, y diferenciarla de la opinión de los facultativos, y/o los familiares, con la cual, generalmente, no se producía coincidencia.

En general se puede definir la satisfacción como una evaluación individual, que incluye componentes cognitivos, afectivos y de intención conductual, que surgen de la propia experiencia tras la exposición a un proceso de salud/enfermedad, en el que se ha producido una intervención por parte de los profesionales sanitarios.

Varios modelos teóricos han intentado aproximarse al constructo de la satisfacción con el resultado de la intervención en salud, como por ejemplo el Modelo Disyuntivo, la Teoría del Rendimiento, Teoría de la Conciencia Corporal o la Teoría de la Discrepancia.

En la evaluación de la satisfacción del usuario de los servicios de salud, es necesario destacar que por un lado existe acuerdo unánime entre los diferentes autores que se trata de un constructo complejo y multidimensional, pero por otro lado existen considerables discrepancias con respecto a cuáles son las dimensiones que lo conforman. La satisfacción con el resultado es sólo un aspecto de la satisfacción global, que puede estar determinada por la educación/formación del paciente o por otros factores de proceso como, por ejemplo, la experiencia de la rehabilitación (2).

A la hora de cuantificar la satisfacción de los pacientes con el resultado de la intervención sanitaria en Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), en numerosas ocasiones se ha optado por utilizar un único ítem o pregunta, en la cual se ubica su grado de satisfacción en una escala visual analógica (EVA) con una línea milimetrada de 0 a 100mm (3), donde las puntuaciones más altas corresponden a niveles mayores de satisfacción. También, en ocasiones, se hace una pregunta directa, con formato de respuesta tipo Likert, que es dicotomizada a posteriori (4), o mediante el empleo de cuestionarios creados ad hoc de entre tres y cinco ítems. No obstante, existen considerables dudas acerca de que el empleo de estos instrumentos pueda reflejar toda la complejidad del concepto (5), además de carecer de garantías psicométricas. Los instrumentos validados para la evaluación de la satisfacción con el resultado del paciente intervenido de recambio de miembro inferior son el self-Administered Satisfaction Scale (SAPS) de Mahomed et al. (6) o el Total Knee Function Questionnaire (TKFQ) de Weiss et al. (7).

Una de las cuestiones más frecuentemente observadas en la literatura es la identificación de aquellas variables que determinan la satisfacción del paciente. Se han planteado diferentes hipótesis al respecto. Algunos investigadores sugieren que la satisfacción está determinada por factores de tipo socio-demográfico, como, por ejemplo, la edad, el género o el estatus social. No obstante, se observan resultados contradictorios en este sentido. Respecto a la edad, algunas investigaciones han mostrado que los pacientes más ancianos se muestran más satisfechos que los más jóvenes, especialmente si se les pregunta durante el ingreso hospitalario (8). Sin embargo, otras investigaciones no han encontrado diferencias estadísticamente significativas al respecto (9). En relación al género, el estudio de Nguyen et al. (8) concluyó que los hombres muestran índices superiores de satisfacción al de las mujeres, aunque otros estudios no han encontrado diferencias en las puntuaciones de satisfacción en función del género del participante (10). Respecto a la variable apoyo social o el estatus social, tanto el estudio de Bergés et al. (4) como el anteriormente mencionado de

Nguyen et al. (8), ponen en evidencia que constituye un elemento importante en el análisis de la satisfacción, ya que los pacientes que están casados o tienen compañero-a, presentan puntuaciones superiores de satisfacción a los que viven solos y/o están solteros. Sin embargo, también en este caso, hay investigaciones que no han encontrado esta relación.

Son frecuentes los estudios dedicados a intentar identificar el valor predictivo que tienen, tanto la mejoría de la funcionalidad, como el alivio del dolor después de la intervención de rodilla, sobre la satisfacción del paciente con el resultado de la cirugía. Respecto al dolor, parece unánime su consideración como un importante determinante de la satisfacción del paciente (4). Ejemplo de ello es el estudio de Scott et al. (9), llevado a cabo en una muestra de 1.141 pacientes intervenidos de Artroplastia Total de Rodilla (ATR), en los que se analizó la satisfacción mediante el empleo de cinco ítems relativos al alivio del dolor, el alcance de las expectativas preoperatorias, el desarrollo de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), y el desarrollo de actividades recreativas. Los autores concluyeron que el mejor predictor de satisfacción era el alivio del dolor en el postoperatorio, coincidiendo con los planteamientos de Baker et al. (11), quienes proponen que, aunque el dolor preoperatorio se asocia significativamente con la insatisfacción del paciente al realizar un análisis univariado, son las puntuaciones de dolor post-intervención las que mejor predicen la satisfacción en un análisis multivariable que incluya también el alcance de las expectativas y la capacidad funcional articular.

Con el paso del tiempo, se ha producido un cambio en las prioridades del análisis de los resultados por los especialistas en COT, pasando de la consideración de indicadores de morbi-mortalidad y supervivencia de las prótesis, a la evaluación de la satisfacción del paciente, con el objetivo de entender y optimizar los resultados clínicos de los procesos quirúrgicos de la cirugía de ATR, interesándose cada vez más por la satisfacción del paciente como un indicador de resultado susceptible de ser monitorizado. Este interés se ha reflejado en el desarrollo de numerosas investigaciones en la literatura científica.

Algunos ejemplos de investigaciones en el ámbito de la COT son los llevados a cabo en pacientes sometidos a cirugía de mano, los intervenidos de cirugía de canal raquídeo, los desarrollados en pacientes en unidades de rehabilitación (4), y en los que se han sometido a cirugía de recambio articular de cadera o rodilla (3).

La técnica de recambio articular es indudablemente un procedimiento efectivo para el alivio del dolor de rodilla y la disminución de las limitaciones físicas que implica el padecimiento de la patología de desgaste articular. Sin embargo, existe un subgrupo de pacientes que experimenta poco o nulo beneficio de la cirugía, sin poderse demostrar médicamente el motivo. Este hecho implica la necesidad de continuar la búsqueda de los factores que inciden en estos resultados no satisfactorios por lo que nos planteamos como objetivos determinar el impacto de las variables de tipo sociodemográfico en la Satisfacción con la Recuperación de la Intervención de Rodilla y conocer si el dolor y las complicaciones postoperatorias influyen en la satisfacción del paciente.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo y correlacional en una muestra de 104 pacientes intervenidos de Artroplastia Total de Rodilla primaria por diagnóstico primario de osteoartrosis en un hospital regional. Se realizó un muestreo no probabilístico de conveniencia con inclusión accidental de los participantes según consentimiento. Las variables analizadas fueron los datos sociodemográficos edad, género y apoyo social, las complicaciones vinculadas con la cirugía (Infección de Localización Quirúrgica, persistencia del dolor con dificultad de flexo-extensión articular y necesidad de re-intervención), y la persistencia del dolor. Los datos se recogieron en el momento basal en la consulta externa 7 días antes de la cirugía, a los 30 y a los 90 días del postoperatorio por vía telefónica. Los instrumentos empleados fueron la Escala de Satisfacción con la Recuperación de la Intervención de Rodilla (ESRIR), que en su proceso de validación presentó buenos índices de fiabilidad (Alfa de Cronbach 0,828), estabilidad temporal a los cinco días (Coeficiente Correlación Intraclase 0,96 ($p < 0,01$)), sensibilidad al cambio a las 8 semanas (z Wilcoxon -5,783 ($p < 0,01$)). La escala tiene 3 factores etiquetados como satisfacción con el resultado, satisfacción con el proceso de recuperación e intención conductual que representan el 55,39% de la varianza común. La escala ESRIR consta de 10 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (rango 10-50) en el que puntuaciones menores corresponden a mayor satisfacción. El apoyo social se recogió mediante el empleo de una pregunta con formato de respuesta dicotómico al respecto de la percepción del apoyo de la familia o amigos durante el proceso de recuperación. El dolor se recogió mediante el empleo de una Escala Visual

Analógica y las complicaciones postquirúrgicas con formato dicotómico. Se calcularon índices descriptivos, prueba de Kolgomorov-Smirnov, prueba no paramétrica U de Mann Whitney y modelo de regresión multivariable.

Resultados

La puntuación media de satisfacción a los tres meses de la cirugía fue de 15,08 considerada como muy satisfactoria. Las variables de tipo sociodemográfico no se asociaron con la satisfacción: Género: Hombre (n=39) media 15,08 (DT 7,17) y mujer (n=65) media 15,08 (DT 5,91) $p>0,05$. Edad: <74 (n=72) media 15,14 (DT 6,31) y ≥ 74 (n=32) media 14,94 (DT 6,64) $p>0,05$. Apoyo social: Sí(n=97) media 14,90 (DT 6,29) y No (n=7) media 17,57 $p>0,05$. La presencia de complicaciones y/o dolor se asociaron a la satisfacción: Complicaciones post-quirúrgicas: Sí (n=12) media 23,83 (DT 9,2) y No (n=92) media 13,93 (DT 4,94) $p<0,01$. Persistencia del dolor: EVA <4 (n=74) media 12,76 (DT 3,51) y EVA ≥ 4 (n=30) media 20,80 (DT 8,11) $p<0,01$. Como se puede observar en los resultados expuestos, las variables de tipo sociodemográfico no presentaron diferencias significativas para las puntuaciones de la escala ESRIR, sin embargo si se produjeron diferencias en las variables referentes a la presencia de complicaciones postquirúrgicas y dolor mal controlado. Las complicaciones postquirúrgicas y la persistencia del dolor después de la cirugía inciden negativamente en la satisfacción del paciente. Las variables de resultado asociadas no resultaron predictoras tras el análisis multivariable.

Discusión

Dada la controversia en los resultados encontrados en la literatura, nuestros resultados al respecto del impacto de las variables sociodemográficas en la satisfacción, coinciden con los de Scott et al. (9) Y López-Olivo et al. (12), al no encontrar asociación, lo que favorecen un uso generalizado de la escala ESRIR en pacientes intervenidos de ATR. La presencia de complicaciones post cirugía o persistencia del dolor, sí se asociaron a puntuaciones menores de satisfacción, coincidiendo con lo que hallaron Bergés et al. (4), por lo que resulta necesario facilitar información detallada y realista en el preoperatorio a los pacientes al respecto de los potenciales efectos no deseados de la cirugía, con el objetivo que los pacientes tengan expectativas realistas sobre los resultados esperados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966;44(3):166–203.
- 2.- Lingard EA, Sledge CB, Learmonth ID. Patient Expectations Regarding Total Knee Arthroplasty; Differences Among the United States, United Kingdom, and Australia. *J Bone Jt Surg.* 2006;88(6):1201–7.
- 3.- Judge A, Arden NK, Kiran A, Price A, Javaid MK, Beard D, et al. Interpretation of patient-reported outcomes for hip and knee replacement surgery. Identification of thresholds associated with satisfaction with surgery. *J Bone Jt Surg.* 2012;94(3):412–8.
- 4.- Bergés I, Ottenbacher KJ, Smith PM, Smith D, Ostir G V. Perceived pain and satisfaction with medical rehabilitation after hospital discharge. *Clin Rehabil.* 2006;20(8):724–30.
- 5.- Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med.* 1988;27(6):637–44.
- 6.- Mahomed N, Gandhi R, Daltroy L, Katz JN. The Self-Administered Patient Satisfaction Scale for Primary Hip and Knee Arthroplasty [Internet]. *Arthritis.* 2011 [accedido 2016 Jun 28]. p. 6–12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3199955/>
- 7.- Weiss J, Noble P, Conditt MA, Kohl, HW, Roberts S. What functional activities are important to patients with knee replacements? *Clin Orthop Relat Res.* 2002;404:172–88.
- 8.- Nguyen TPL, Briançon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med.* 2002;54(4):493–504.
- 9.- Scott CEH, Howie CR, Macdonald D, Biant LC. Predicting dissatisfaction following total knee replacement. A prospective study of 1217 patients. *J Bone Jt Surg.* 2010;92(9):1253–8.

- 10.- Baumann C, Rat AC, Osnowycz G, Mainard D, Cuny C, Guillemin F. Satisfaction with care after total hip or knee replacement predicts self-perceived health status after surgery. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2009;10:150–8. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/10/150>
- 11.- Baker PN, van der Meulen JH, Lewsey J, Gregg PJ. The role of pain and function in determining patient satisfaction after total knee replacement. Data from the national joint registry for England and Walles. *J Bone Jt Surg*. 2007;89(7):893–900.
- 12.- López-Olivo M a, Landon GC, Siff SJ, Edelstein D, Pak C, Kallen M a, et al. Psychosocial determinants of outcomes in knee replacement. *Ann Rheum Dis*. 2011;70(10):1775–81.

AUTORES/AUTHORS:

Olga Velasco-roldán, Juan Carlos Fernandez-Domínguez, Elisa Bosch-Donate, Inmaculada Riquelme- Agulló, Angel Oliva-Pascual-vaca

TÍTULO/TITLE:

FACTORES PREDICTORES DE LA EFECTIVIDAD DEL VENDAJE NEUROMUSCULAR SOBRE FLEXIBILIDAD LUMBAR EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR

La lumbalgia crónica inespecífica es considerada como la principal patología músculo-esquelética causante de limitación de la actividad en menores de 45 años y la tercera en mayores de 45 años.(1) Con el dolor lumbar, la actividad muscular del tronco sufre una serie de cambios que pueden interpretarse, entre otros, basándose en el modelo dolor-espasmo-dolor, en el que se postula que el dolor tiene como resultado un aumento de la actividad muscular que, a su vez, causa dolor. Esta condición reducirá la velocidad y amplitud de movimiento.(2)

Los tratamientos físicos en los pacientes con dolor lumbar, se reservan a aquellos en los que la lumbalgia no ha mitigado con el tratamiento farmacológico, por lo que empieza a cronificarse (a partir de la 4^o semana).³ La identificación temprana de los pacientes que poseen un mayor riesgo de que sus síntomas se vean prolongados adquiere una gran relevancia puesto que, la correcta gestión de la lumbalgia aguda y subaguda, resultará en una disminución del dolor, la mejora de la función y la disminución de las bajas laborales del paciente(3,4)

En el caso de las lumbalgias inespecíficas de origen muscular, las opciones de tratamiento son variadas, ya que su alta prevalencia y la incapacidad funcional que provocan, han influido en el desarrollo de un gran número de métodos de tratamiento conservadores(5). La Fisioterapia utiliza los agentes físicos para conseguir, entre otros efectos, aliviar el dolor. Uno de los mecanismos que fundamentan este alivio del dolor, y que se utilizan en el dolor lumbar, es aquel que se basa en que algunos agentes físicos disminuyen la inflamación, favoreciendo la reparación de los tejidos, mejorando la extensibilidad del colágeno y modificando el tono muscular.(6) A pesar de que la efectividad de estos tratamientos ha sido ampliamente estudiada y publicada, las conclusiones extraídas acerca de las intervenciones más apropiadas no son concluyentes. El vendaje neuromuscular (VNM) es un tipo de vendaje que, debido a sus supuestos efectos sobre la función muscular, parece una opción viable para tratar el dolor lumbar.(7,8) Entre los efectos fisiológicos del VNM se encuentra el de restaurar la correcta función muscular facilitando la acción de los músculos débiles, favoreciendo la reducción de la tensión de la musculatura hipertónica y aumentando la amplitud de movimiento.(9,10) Sin embargo, se desconoce si estos efectos se producen a cualquier edad.

Objetivos

Analizar la influencia de la edad en las diferencias de amplitud articular lumbar tras la aplicación de un VNM con distintos grados de tensión, en pacientes con antecedentes de dolor lumbar inespecífico.

Métodos

Se realizó un ensayo clínico aleatorizado, experimental controlado y doble ciego en individuos afectados de dolor lumbar inespecífico. La muestra se asignó a uno de los 3 grupos de estudio. Al grupo de intervención identificado con el número 1, se le aplicó el VNM tal y como está descrito en la bibliografía.(11) Al grupo de intervención identificado con el número 2, se les aplicó el VNM de la misma forma que al grupo 1, pero aumentando la cantidad de tensión ejercida en la tira. El grupo identificado con el número 3 se correspondía con el grupo de control, y se le aplicó el VNM sobre la piel, pero sin ejercer tensión.

Se efectuaron mediciones centimétricas de la flexión lumbar y la inclinación lumbar, midiendo la distancia de los dedos al suelo, antes de la aplicación del VNM (pre-intervención), tras 10' de la intervención, a las 24 horas y tras retirar el vendaje.

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 19.0. Se usó la prueba de Shapiro-Wilk para conocer la uniformidad de la distribución de las variables en los grupos y, según esos datos y las características de las variables, se usó la prueba Anova o Kruskal-Wallis para la comparación entre grupos de las variables sociodemográficas. Los efectos del VNM en cada uno de los grupos se analizaron con un análisis multivariante para medidas repetidas, siendo el factor inter-sujeto el GRUPO y el factor intra-sujeto, el TIEMPO. Los posibles efectos se valoraron mediante comparaciones por pares post-hoc con el test Bonferroni. Nivel de significación $p < 0.05$.

Se usaron el test de correlación de Pearson (r) y el test de correlaciones no paramétricas (Spearman) entre las variables clínicas y la variable edad para comprobar si mostraba algún tipo de asociación con los parámetros de flexibilidad de la muestra.

Resultados

La muestra del estudio estuvo compuesta por 75 sujetos con historia de dolor lumbar, de tipo mecánico inespecífico, de más de 6 semanas de evolución, o con dolor lumbar intermitente que han experimentado al menos 3 episodios de dolor lumbar, de más de una semana de evolución, durante el año anterior al estudio. La edad de la muestra total estaba comprendida entre los 18 y los 45 años, situándose la media de edad en 33'77 años ($\pm 7,45$).

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en los datos sociodemográficos (edad, sexo, índice de masa corporal, grado de discapacidad, horas de actividad física) o en las medidas basales de flexibilidad lumbar ($p > 0.05$).

Existe una mejoría de las medidas centimétricas (Efecto TIEMPO, $F[9,58]=2'777$, $p=0'009$) en el movimiento de flexión anterior entre pre-intervención y el resto de tiempos ($p<0'05$). Encontramos, así mismo, una mejoría de la inclinación lateral indicando una diferencia entre el tiempo pre-intervención y los 10 minutos post-intervención en ambos lados del cuerpo (ambas $p<0'05$) y entre el tiempo pre-intervención y las 24 horas tras la aplicación del VNM en el lado izquierdo ($p<0'05$). No se encontró significación ni en la interacción GRUPO x TIEMPO ni en el efecto principal GRUPO, de lo que se deduce que la tensión del vendaje no influye en los efectos obtenidos.

La edad correlacionó con la lateralización centimétrica cuando fue medida a los 10 minutos post-intervención ($r=0'229$, $p=0'048$) y a las 24 horas de la intervención ($r=0'239$, $p=0'044$), es decir, en las mediciones que se tomaron cuando el vendaje estaba colocado, indicando que a mayor edad mayor es la distancia de los dedos al suelo, por tanto, menor flexibilidad lateral consiguen. Al realizar las correlaciones de forma separada para los tres grupos, en el grupo 1 (tensión normal), la edad correlacionó con la lateralización centimétrica a los 10 minutos ($r=0'504$, $p=0'009$), a las 24h ($r= 0'474$, $p=0'019$) y una vez retirado el vendaje ($r= 0'458$, $p=0'025$), en cambio en los grupos 2 y 3 las correlaciones no fueron significativas.

Discusión

El objetivo de este estudio era analizar la influencia de la edad en la amplitud articular lumbar tras la aplicación de un VNM con distintos grados de tensión, en pacientes con antecedentes de dolor lumbar inespecífico. Nuestros datos indicaron una mejoría de la movilidad lumbar con la aplicación del vendaje neuromuscular, que se producía independientemente de la tensión a la que se colocara el vendaje. Sin embargo, parece que, colocar el vendaje a una tensión apropiada, es importante dependiendo de la edad del sujeto.

El vendaje neuromuscular (VNM) es una intervención fisioterápica que ha mostrado efectos sobre la función muscular y que se ha postulado como una opción viable para tratar el dolor lumbar.(7,8) Se han obtenido datos acerca de los efectos sobre la movilidad en diferentes articulaciones que pueden sugerir que tras la aplicación del VNM, el movimiento activo mejora.(12-14) Sin embargo, los estudios realizados en dolor lumbar son muy escasos y poco concluyentes. Nuestros datos confirman estos estudios, ya que se encontró una mejoría de la movilidad lumbar tras la aplicación del VNM.

En nuestro estudio, la tensión no demostró ser relevante en la eficacia del VNM, ya que no encontramos diferencias significativas entre los tres grupos. El hallazgo del efecto en el tiempo nos puede indicar que simplemente la aplicación del VNM, sea con la

tensión que sea, produce mejorías en la extensibilidad. Entre las condiciones que podrían estar influyendo en dicha mejoría, descartamos la historia natural o el propio paso del tiempo, dado que las mediciones se tomaron a las 24h de la aplicación del vendaje, así como el potencial efecto Hawthorne(15) y el efecto de la repetición de las pruebas o el aprendizaje(16), ya que, en algunos estudios, la comparación con un grupo al que no se le aplicó el mismo tipo de vendaje resultó positiva. (17)

Se exploró la relación entre la edad con las diferentes variables clínicas del estudio. Inicialmente se realizaron para todos los individuos de la muestra, analizándose posteriormente por grupos aquellas que mostraron significación en la muestra completa. Los resultados indican que la flexibilidad mejora al aplicar el VNM pero, la asociación encontrada respecto a la disminución de la flexibilidad a medida que aumentaba la edad, en el grupo donde el VNM se aplicó con el grado de tensión recomendado, no concuerda con la afirmación de varios autores que defienden que el grado de tensión del VNM influye en los beneficios obtenidos por el vendaje, incluso indican que, al aplicar demasiada tensión, los efectos disminuyen, recomendando disminuir la tensión antes que aumentarla.(18) En el caso de nuestros resultados, eso no se cumple. La edad, por tanto, será un factor a tener en cuenta al aplicar el VNM.

Implicaciones

La alteración funcional de la columna lumbar puede limitar la realización de cierto tipo de actividad laboral de forma transitoria o permanente y se ha convertido en una carga económica para las sociedades industrializadas dado que entre el 70-90% del gasto económico se produce por la incapacidad laboral transitoria que genera la lumbalgia. Hay autores que consideran que la intervención con el vendaje neuromuscular (VNM) comparándola con otras técnicas de tratamiento conlleva pocos costes e inconvenientes gracias a su facilidad y rapidez de aplicación y a no necesitar un compromiso de tiempo y esfuerzo constante.

La intervención con el vendaje neuromuscular (VNM), siempre que se tenga en cuenta la edad, conlleva pocos costes por su rapidez de aplicación. La forma de aplicación del VNM requiere igualmente una reflexión.

Conflicto de intereses. El estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Go´mez-Conesa A, Valbuena S. Lumbalgia cr´onica y discapacidad laboral. *Fisioterapia* 2005;27(5):255-65.
2. Van Dieën JH, Selen LPJ, Cholewicki J. Trunk muscle activation in low-back pain patients, an analysis of the literature. *J Electromyogr Kinesiol* 2003(13):333–351.
3. Atlas SJ, Nardin RA. Evaluation and treatment of low back pain: an evidence-based approach to clinical care. *Muscle Nerve* 2003;27:265-284.
4. Krismer M, Van Tulder M. Low back pain (non-specific). *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007;21(1):77-91.
5. Descarreaux M, Normand MC, Laurencelle L, et al. Evaluation of a specific home exercise program for low back pain. *J Manipulative Physiol Ther* 2002;25(8):497-503.
6. Yoshida A, Kahanov L. The effect of kinesio taping on lower trunk range of motions. *Res Sports Med* 2007;15(2):103-12.
7. Dueñas L, Balasch M, Espí GV. Técnicas y nuevas aplicaciones del vendaje neuromuscular. Bilbao: Lettera Publicaciones SL; 2010.
8. Gutiérrez H, Ortiz L. Evidencia del efecto analgésico de la fisioterapia en el síndrome de dolor lumbar. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol* 2009;12(2):84–95.
9. Salvat I, Alonso A. Efectos inmediatos del kinesio taping en la flexión lumbar. *Fisioterapia* 2010;32(2):57–65.
10. Espejo L, Apolo MD. Revisión bibliográfica de la efectividad del kinesiotaping. *Rehabilitación* 2011;45(2):148-158.
11. Sijmonsma J. Taping Neuro Muscular. 2ª ed. Cascais: Aneid Press; 2007.
12. García-Muro F, Rodríguez A, Herrero A. Treatment of myofascial pain in the shoulder with Kinesio Taping. A case report. *Manual*

Therapy 2010;15:292–295.

13. Yoshida A, Kahanov L. The effect of kinesio taping on lower trunk range of motions. *Res Sports Med* 2007;15(2):103-12.
14. Ebbers J, Pijnappel H. De invloed van cures tape op de sit-and-reach-test. *Sportmassage Internationaal* 2006;8:232–8.
15. Berthelot J, Le Goff B, Maugars Y. The Hawthorne effect: Stronger than the placebo effect? *Joint Bone Spine* 2011;78:335–336
16. Laporte J, Carné X. Metodología epidemiológica básica en farmacovigilancia. In: Laporte J, Tognoni G, editors. *Principios de epidemiología del medicamento*. 2ª ed ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993. p. 111-30.
17. García-Llopis L, Campos-Aranda M. Intervención fisioterápica con vendaje neuromuscular en pacientes con cervicalgia mecánica. Un estudio piloto. *Fisioterapia* 2012;34(5):189-195.
18. Kase K, Wallis J, Kase T. *Clinical therapeutic applications of the kinesiostapping method*. 2nd ed. Tokio: Ken Ikai Co Ltd.; 2003.

AUTORES/AUTHORS:

Silvia Reverté-Villarroya, Rosa Suñer-Soler, Sílvia Font-Mayolas, Antoni Dávalos-Errando, Estela Sanjuan-Menendez, Lucía Muñoz-Narbona, Encarna Bonfill-Accensi, Núria Albacar-Rioboó, Mar Lleixà-Fortuño

TÍTULO/TITLE:

Afrontamiento e ictus: nuevas aproximaciones

Introducción: El ictus es la principal causa de morbilidad y mortalidad en los países industrializados, representa la tercera causa de muerte y la primera de discapacidad física permanente en las personas adultas (Díaz-Guzman et al., 2012). El abordaje terapéutico a los pacientes con ictus isquémico ha avanzado considerablemente (Goyal et al., 2016). Los recientes estudios del beneficio de la trombectomía mecánica se suman a las opciones terapéuticas de la atención aguda del ictus (Jovin et al., 2015) conocidas como el tratamiento con fibrinólisis endovenosa y el ingreso de los pacientes en unidades de ictus (UI) (Millan et al., 2014; Silva et al., 2005). Sin embargo, se conoce poco sobre cómo influye el tipo de tratamiento en el afrontamiento, las conductas de salud, la adherencia terapéutica y la evolución de la calidad de vida en las personas afectadas por esta enfermedad (C. S. Carver, 1997; Pinedo et al., 2016).

Objetivo: Estudiar estrategias de afrontamiento, conductas de salud, evolución neurológica, funcional y calidad de vida (CV) en pacientes con ictus isquémico agudo en función del tratamiento recibido previamente aleatorizados en el ensayo clínico (REVASCAT®)(Jovin et al., 2015), ya sea terapia de reperfusión (grupo intervención, GI) o atención estándar (grupo control, GC).

Métodos: Estudio longitudinal (3 y 12 meses) en pacientes con ictus isquémico agudo atendidos en hospitales terciarios. Estudiadas variables socio-demográficas, clínicas, neurológicas (NIHSS), funcionales (mRS), impacto del ictus (SIS-16), estrategias de afrontamiento (COPE-28), adherencia terapéutica (entrevista estructurada) y CV relacionada con la salud (EQ-5D). Período: 2013-2015. Análisis estadístico con: SPSS 19.0 (Windows).

Resultados: Población=82 pacientes (GI=42) y (GC=40). Los factores de riesgo vascular, las características clínicas y la estancia media fueron comparables en ambos grupos. La escala COPE-28 obtuvo puntuaciones mayores en el GC a los 3 meses con estrategias centradas en la acción (afrontamiento activo y aceptación) ($p=0,267$ y $p=0,795$) y al año ($p=0,030$ y $p=0,034$). Dos de cada tres participantes presentaron buena adherencia terapéutica a corto y largo plazo, y cambios en sus conductas de salud, mejores en el GI. La escala NIHSS mostró mejor evolución en el GI, con puntuaciones a los 3 meses (2 [1-12] versus 5 [3-11], $p=0,071$), y ésta se mantuvo al año (4 [0-8] versus 6 [1-7], $p=0,484$). El GI presentó mejoría en el estado funcional a los 3 meses (mediana en mRS, 2 [2-5] versus 3 [3-5], $p=0,178$) y al año (2 [2-3] versus 3 [2-3], $p=0,536$) en comparación al GC. En la escala SIS-16 también se observaron mejores puntuaciones en el GI a los 3 meses (59 [22-75] versus 48 [16-70], $p=0,269$) y al año (60 [53-78] versus 54 [37-71], $p=0,178$). La CV percibida en el GI mostró mejores puntuaciones en movilidad (52,3% GI vs GC 33,3%, $p=0,204$), cuidado personal (52,5% vs 33,3%, $p=0,129$), actividades de todos los días (30% vs 22,2%, $p=0,645$), dolor a corto plazo (55% vs 27,8%, $p=0,012$) y ansiedad/depresión (32,5% vs 27,8%, $p=0,838$). En general, la percepción global del estado de salud fue baja, pero más elevada en el GI a los 3 meses (60 [40-75] versus 50 [21-70], $p=0,053$) y similar al año (58 [50-75] versus 56 [40-80], $p=0,707$) respecto al GC. En los modelos de regresión lineal, la CV a los 3 meses se asoció al tratamiento endovascular ($p=0,038$), a la situación funcional ($p<0,001$) y al dolor ($p<0,001$). A los 12 meses, la CV también se asoció a la situación funcional ($p<0,001$) y a la presencia de dolor ($p<0,001$).

Discusión: Los pacientes sometidos a terapias de reperfusión presentan mayor recuperación neurológica y funcional, mejoras en sus

conductas de salud, estilos de vida y percepción de CV. Las estrategias centradas en el problema son frecuentes a largo plazo, estableciendo un punto de partida en el abordaje ambulatorio de estos pacientes, integrando intervenciones que disminuyan el dolor y aumenten la CV percibida.

Palabras clave: Ictus; Ictus isquémico; Tratamiento endovascular; Afrontamiento; Conductas de salud; Adherencia terapéutica; Calidad de vida relacionada con la salud

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med*, 4(1), 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Díaz-Guzman, J., Egido, J. A., Gabriel-Sanchez, R., Barbera-Comes, G., Fuentes-Gimeno, B., & Fernandez-Perez, C. (2012). Stroke and transient ischemic attack incidence rate in Spain: the IBERICTUS study. *Cerebrovasc Dis*, 34(4), 272-281. doi: 10.1159/000342652
- Goyal, M., Yu, A. Y., Menon, B. K., Dippel, D. W., Hacke, W., Davis, S. M., . . . Hill, M. D. (2016). Endovascular Therapy in Acute Ischemic Stroke: Challenges and Transition From Trials to Bedside. [Review]. *Stroke*, 47(2), 548-553. doi: 10.1161/STROKEAHA.115.011426
- Jovin, T. G., Chamorro, A., Cobo, E., de Miquel, M. A., Molina, C. A., Rovira, A., . . . Davalos, A. (2015). Thrombectomy within 8 hours after symptom onset in ischemic stroke. *N Engl J Med*, 372(24), 2296-2306. doi: 10.1056/NEJMoa1503780
- Millan, M., Aleu, A., Almendrote, M., Serena, J., Castano, C., Roquer, J., . . . Davalos, A. (2014). Safety and effectiveness of endovascular treatment of stroke with unknown time of onset. *Cerebrovasc Dis*, 37(2), 134-140. doi: 10.1159/000357419
- Pinedo, S., Sanmartin, V., Zaldiar, B., Erazo, P., Miranda, M., Tejada, P., . . . Bilbao, A.: (2016). Quality of life 6 months after a stroke. *Rehabilitación*, 50(1), 5-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2015.08.002>
- Silva, Y., Puigdemont, M., Castellanos, M., Serena, J., Suner, R. M., Garcia, M. M., & Davalos, A. (2005). Semi-intensive monitoring in acute stroke and long-term outcome. *Cerebrovasc Dis*, 19(1), 23-30. doi: 10.1159/000081908

AUTORES/AUTHORS:

MIREIA ADELL-LLEIXÀ, LINA CASADÓ-MARÍN, TERESA SALVADÓ-USACH, JERONI ANDÚJAR-SOLÉ, MONTSE RAMIRO-SALIDO

TÍTULO/TITLE:

ITINERARIO TERAPÉUTICO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LAS PERSONAS EN HEMODIÁLISIS

Objetivos: Valorar y comparar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de las personas con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) en tratamiento con Hemodiálisis de Alto Flujo (HD-AF) o con Hemodiafiltración On Line (HDF-OL) y describir el itinerario terapéutico de estas personas, desde el inicio de los síntomas hasta la situación actual.

Métodos: Estudio de metodología mixta, realizado durante el segundo semestre de 2014 y todo el año 2015, el cual constó de dos partes: primero se realizó un estudio observacional, analítico y transversal donde se recogieron datos sociodemográficos y clínicos mediante un cuestionario ad hoc y datos de CVRS con el Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF). Y luego se realizó un estudio fenomenológico donde la recogida de los datos se realizó mediante Entrevistas Semi Estructuradas (ESE), Observación Participante (OP) y registro en el diario de campo.

Resultados y discusión: las personas que vivían solas, sin pareja y tenían estudios presentaban una mejor CVRS. Las personas que recibían tratamiento con HDF-OL presentaban mejor estado nutricional que las que lo hacían con HD-AF, al igual que mejores puntuaciones en el cuestionario KDQOL-SF. Aunque las mujeres se dializaban mejor que los hombres, manifestaron tener más dolor, peor estado físico y menos vitalidad.

Estas personas con ERCT viven inmersas en una transición constante, donde la vivencia de la experiencia del inicio de los síntomas hasta el momento actual se ve influenciada por muchos factores: por la idea preconcebida que tiene la persona hacia la MRC, por la espera de recibir un Trasplante Renal (TR), por los sufrimientos experimentados a través del cuerpo, por la relación cuerpo-máquina que se establece y por las condiciones socio-culturales del entorno, así como para la edad y el género.

Implicaciones para la práctica clínica: El hecho de poder profundizar en las vivencias y percepciones de las personas con ERCT que reciben tratamiento con HD-AF o HDF-OL y poderlo complementar con datos socio-demográficos y clínicos nos ayudará a poder situarnos de una manera más precisa en el contexto de la propia enfermedad y obtener estrategias de intervención más individualizadas, como podría ser crear una guía de práctica clínica, teniendo en cuenta también la perspectiva de género.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

García-Calvente, M.M. (2004). Género y salud: un marco de análisis e intervención. *Diálogo Filosófico*, 59, 212-228.

García-Calvente, M. M., Mateo-Rodríguez, I., i Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(Suppl 2), 83-92. doi:10.1157/13061998

Goffman, E. (1989). *Estigma*. Buenos Aires: Amorrortu.

Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia*. Barcelona: Bellaterra.

Haraway, D. (1991). *Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism En the late Twentieth Century*. *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature* (p. 149-181). New York: Routledge.

- Hughes, C. (1985). Culture-Bound or Construct-Bound? The Syndromes and DSM-III. En Simons, C. Roland & C. Hugues, *The Culture-Bound Syndromes. Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht: Reidel Publishing Co.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., i Good, B. (1978). Culture, Illness, and Care. *Clinical Lessons from Anthropology and Cross-Cultural Research. Annals Of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Masana Bofarull, L. (2013). *El temps del mal. L'experiència i la gestió de la cronicitat en adults (tesi doctoral)*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Recuperada de:
http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/119547/Masana_Tesi.pdf;jsessionid=FD9B600A6FA0C69025F1346496F4CC49?sequence=3
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle Range and Situations Specifics Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Rudnicki, T. (2006). Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico. *Diversitas*, 2(2), 279.
doi:10.15332/s1794-9998.2006.0002.07
- Saillant, F. (2009). Cuidados, deseos vinculares y utopías terapéuticas: un análisis del concepto del caring. En J.M. Comelles, M.A. Martorell i M. Bernal (ed.), *Enfermería y antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados* (pp. 189-218). Barcelona: Icaria.

Mesa de Comunicaciones 9: Cuidados a procesos agudos

Concurrent Session 9: Chronic Care

AUTORES/AUTHORS:

Gemma Pérez Acevedo, Alejandro Bosch Alcaraz, Joan Enric Torra Bou

TÍTULO/TITLE:

Incidencia de lesiones por presión en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, 5 años de seguimiento.

Introducción:

Uno de los órganos más extensos del organismo es la piel, y de entre sus funciones destaca la de barrera protectora contra las agresiones externas. El deterioro cutáneo con pérdida o no de la solución de continuidad de la piel, es frecuente en los pacientes que reciben cuidados de salud.

Entre las diferentes lesiones cutáneas, las lesiones por presión (LPP), son un problema de gran importancia debido a sus consecuencias en la salud y en la calidad de vida de las personas que las sufren, a su impacto epidemiológico, al hecho de estar presentes en pacientes de todos los niveles asistenciales (atención primaria, hospitalaria y residencial) y a los importantes costes económicos y humanos que representan tanto para el Sistema de Salud como para la sociedad en general.

Aunque se ha avanzado mucho en la atención de la salud, y en concienciar al personal ante el problema de las LPP, éstas continúan siendo un importante problema de salud relacionado con los cuidados y la dependencia con serias consecuencias para los pacientes que las sufren, las instituciones de salud, los profesionales que trabajan en ellas, el Sistema de Salud y la Sociedad en general.

Además la consideración de que las LPP son un problema de salud prevenible en un altísimo porcentaje de casos, sus elevados niveles de prevalencia e incidencia hacen que éste sea considerado como uno de los más importantes eventos relacionados con la seguridad del paciente¹.

En este sentido, las LPP suelen localizarse generalmente sobre prominencias ósea, aunque debería tenerse en cuenta que, en ocasiones, éstas también pueden aparecer sobre cartílagos (nariz, orejas), sobre tejidos blandos sometidos a presión externa ejercida por diferentes materiales o dispositivos clínicos como sondas o catéteres (en cara, tórax, muslos, brazos), o bien por la presión ejercida tras mantener al paciente colocado durante mucho tiempo en posiciones anómalas o forzadas, p.e en las zonas genitales en pacientes en decúbito prono.

Dado que el mecanismo causal de las LPP es independiente del tipo de paciente, aunque es obvio que las características anatómico-fisiológicas sí que influyen y predisponen, existen diferentes elementos con capacidad de producir presión, entre los que se pueden destacar:

1. El propio peso de la persona al apoyarse de forma continuada o prolongada sobre una superficie de descanso (colchón y/o asiento).
2. Algunos dispositivos terapéuticos o diagnósticos que se emplean durante el cuidado de los pacientes (férulas, inmovilizadores, collarines, catéteres, sensores de monitorización, mascarillas, interfases para la ventilación no invasiva, tubos endotraqueales sistemas de compresión, líneas vasculares y sus accesorios, etc).

Es por ello que atendiendo a su causalidad, mecanismo de producción y sobre todo a sus posibilidades de prevención diferenciamos a las LPP entre dos tipos principales de lesiones: aquellas relacionadas con el apoyo del paciente (LPP-rAPO), ya sea en decúbito supino, decúbito prono o sedestación y las que están producidas por dispositivos sanitarios (LPP-rDISPS). Una correcta diferenciación del mecanismo causal de las LPP va a ser básico para poder implementar medidas efectivas de prevención y complementar la información aportada por las escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión (EVRUP), tanto de adultos como pediátricas^{2,3}, diseñadas específicamente para determinar objetivamente el nivel de riesgo de desarrollo de LPP.

Tras analizar el mecanismo causal de las LPP, es importante conocer la forma de clasificarlas para poder realizar así un adecuado manejo clínico. En la comunidad científica especializada existe consenso en cuanto a su clasificación, siendo el sistema más utilizado el adoptado por National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) en Estados Unidos, el European Pressure Ulcer Advisory (EPUAP) en Europa y la Pan Pacific Injury Alliance (PPIA) en la zona del pacífico. De acuerdo con el consenso establecido por estos organismos en su guía de práctica clínica conjunta (guía NPUAP-EPUAP-PPIA) y, teniendo en cuenta la profundidad de las LPP, podemos establecer las siguientes categorías definidas inicialmente por el NPUAP⁴, que clasifica a las LPP en diferentes categorías:

1. Categoría I (non-blanchable erythema of intact skin).
2. Categoría II (Partial-thickness skin loss with exposed dermis).
3. Categoría III (Full-thickness skin loss).
4. Categoría IV (Full-thickness skin and tissue loss).
5. Lesión por presión no clasificable (Obscured full-thickness skin and tissue loss).
6. Sospecha de lesión de tejidos profundos (Persistent non-blanchable deep red, maroon or purple discoloration).
7. Mucosal Membrane Pressure Injury in a Medical Device Related Pressure Injury.

Aunque tradicionalmente las LPP han estado relacionadas mayoritariamente con poblaciones adultas con movilidad limitada, entre los que se incluyen ancianos y algunos colectivos específicos como los pacientes con lesiones medulares y los pacientes críticos, éstas pueden afectar a todo tipo de pacientes con inmovilidad prolongada como los pacientes pediátricos en unidades de hospitalización y en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Bajo la óptica del estudio de las LPP, los pacientes pediátricos, por las características anatómicas, funcionales y de desarrollo que poseen tampoco deben ser tratados como adultos en miniatura. Además, a pesar de que en los niños confluyen los factores predisponentes para generar LPP descritos anteriormente, es importante tener en cuenta que existen circunstancias específicas que potencian este riesgo, como el tener una superficie corporal así como una cabeza desproporcionadamente más grande que los adultos, una barrera epidérmica inmadura, un incremento del riesgo de deterioro cutáneo, inestabilidad térmica y una susceptibilidad incrementada a desequilibrios electrolíticos y de fluidos⁵.

Igual importancia cobra el hecho de que el paciente pediátrico tenga comorbilidades añadidas como patologías congénitas con afectación neuronal y neurológica tales como la espina bífida, el mielomeningocele y las parálisis cerebrales⁶.

En el caso específico de los neonatos, su piel constituye uno de los sistemas orgánicos más subdesarrollados, representando el 13% del peso corporal total frente al 3% en el caso de los adultos, por lo el manejo y cuidado de su piel debe ser diferente al de resto de población pediátrica. Además, el ingreso en unidades neonatales constituye un aumento del riesgo de generar LPP, al verse el paciente expuesto durante su manejo clínico y asistencial a intervenciones terapéuticas y colocación de dispositivos sanitarios. A todas estas peculiaridades anatómicas y funcionales del paciente neonatológico hay que añadirle que las mayores tasas de supervivencia, el incremento de las tecnologías y de equipos potencialmente invasivos y los cuidados de enfermería de alta intensidad que requieren estos pacientes, también actúan como inputs generadores de LPP este tipo de población pediátrica⁷. En este sentido, Mc Cord y cols.⁸ identificaron en un estudio de casos y controles realizado con una muestra de 59 pacientes pediátricos de 1 a 14 años incidentes de LPP ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) una serie de factores de riesgo asociados significativamente a la incidencia de estas lesiones. De entre estos factores destacaron los pacientes con pérdida de peso ($p < 0.001$), a los que no se les había realizado cambios posturales o con cambios posturales efectuado por una superficie especial para el manejo de la presión (SEMP) del tipo Low air loss bed no específica para pacientes pediátricos ($p: 0.001$), una estancia superior a 96 horas ($p: 0.0011$), la presencia de edema ($p: 0.0016$) y el manejo asistencial con sistemas de ventilación mecánica no invasiva ($p: 0.002$). Dichos autores reportaron que el 36% de las LPP se habían producido en pacientes con una edad inferior a un año, seguidos de un 30% entre uno y tres años, de un 9.8% en el de tres a ocho años, un 18% en el de 8 a 14 y un 7% en el de más de 14 años⁸.

En los últimos quince años, las LPP han empezado a dejar de ser invisibles en poblaciones pediátricas, prueba de ello es la publicación del trabajo "Pressure Ulcers in neonates and children: An NPUAP White paper" por parte del NPUAP en 2007⁹, y tal como resaltaban algunos autores^{5,10,11}, la investigación juega un papel importante en su prevención y reducción. Aun así, son escasos los datos disponibles sobre la prevalencia de este tipo de lesiones cutáneas en pediatría y, la poca existente, no está sistematizada y presenta valores y enfoques metodológicos dispares. Diferentes estudios reportan cifras de prevalencia de LPP en unidades de hospitalización pediátrica de entre el 0.47 y el 13.1%^{6,12,13}.

Las lesiones por presión (LPP) están consideradas como un evento de seguridad con repercusiones a nivel de costes, calidad de vida y calidad asistencial. Las UCIs pediátricas constituyen un entorno que atiende a pacientes con elevado riesgo de desarrollo de LPP.

El cálculo de la incidencia de LPP es una medida fundamental para un seguimiento adecuado del problema y para poder establecer y medir el impacto de las medidas de prevención.

Objetivos: Describir la incidencia acumulada y la tasa de incidencia de LPP en una UCIP.

Métodos: Se realiza un estudio prospectivo, longitudinal realizado en la UCIP del Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona en el que se calculan la incidencia acumulada, la tasa de incidencia y las principales características de pacientes y lesiones incidentes en la UCIP durante el período 2013-2016. Los datos de incidencia se han obtenido mediante recogida prospectiva por parte de la enfermera referente de heridas tomando como referente poblacional todos los pacientes ingresados en la unidad con independencia de tiempo de ingreso y de presencia de lesiones prevalentes al ingreso.

Resultados: Durante el período de estudio (1-1-2013 a 31-12-2016) la incidencia acumulada de todo tipo de LPP ha sido del 0,8% y la tasa de incidencia de 1,97 pacientes incidentes de LPP por 1000 días de estancia en la UCIP. En lo que hace referencia a las LPP- rAPO los datos de incidencia acumulada y tasa de incidencia son del 0,32% y de 0,79 respectivamente, mientras que los datos de incidencia de LPP-rDISPS son del 0,53% y de 1,3 pacientes incidentes por 1000 días de estancia en la UCIP. El 25% de los pacientes incidentes son niñas y el 75% niños, con una edad mediana de 24 meses y 12 kg de peso. La primera LPP incidente aparece de promedio a los 6,7 días. Durante el período de estudio se han presentado 52 LPP incidentes, un 53,8% por dispositivos sanitarios y un 46,2% por apoyo. El 58,3% de las LPP incidentes eran de categoría I, el 29,2% de categoría II, el 8,3% de categoría III y el 4,3% no eran clasificables. Los dispositivos sanitarios productores de lesiones más frecuentes fueron los sistemas de ventilación mecánica no invasiva (39,3%) y los sistemas de ECMO (10,7%).

Discusión: Los valores de incidencia global de LPP identificados en el presente estudio son menores al 16,9% identificado en una revisión sistemática mundial realizada por los presentes autores (en proceso de publicación). La presente investigación es la primera que se realiza en España en UCIP diferenciando entre LPPrAPO y LPPrDIPS, y también la primera que aporta datos de incidencia acumulada y tasa de incidencia y que identifica los dispositivos sanitarios productores de LPP. Este tipo de información es básica para monitorear el problema de las LPP, identificar los principales problemas relacionados con las mismas y evaluar el impacto de medidas de tipo preventivo, variables todas ellas con una gran influencia en los cuidados de enfermería de los pacientes ingresados en UCIP.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Torra-Bou JE, Verdú-Soriano J, Sarabia-Lavin R, Paras-Bravo P, Soldevilla-Agreda JJ, García-Fernández FP. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Gerokomos* 2016; 27(4): 161-167.
2. García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Soldevilla Agreda JJ. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en la infancia. *Gerokomos* 2011; 22(1): 26-34.
3. García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo P, Soldevilla Agreda JJ et al. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en unidades de cuidados críticos: revisión sistemática con metanálisis. *Gerokomos* 2013; 24(2): 82-89.
4. National Pressure Ulcer Advisory Panel. NPUAP Pressure Injury stages. <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/> (accessed 25-03-2017)
5. Razmus I, Lewis L, Wilson D. Pressure ulcer development in infants: State of the Science. *J Healthcare Qual* 2008; 30 (5): 36-42.

6. Baldwin KM. Incidence and prevalence of pressure ulcers in children. *Adv Skin Wound Care* 2002; 15(3): 121-124.
7. Huffines B, Logsdon MC. Thre neonatal skin assessment scale for predicting skin breakdown in in neonates. *Issues Comprehes Pediatr Nurs* 1997; 20(2): 26-31
8. McCord S, McElvain V, Sachdeva R et al. Risk factors associated with pressure ulcers in the intensive care unit. *J WOCN* 2004; 31: 179-183.
9. Baharestani MM, Ratliff CR. Pressure Ulcers in Neonates and Children: An NPUAP White Paper. *Adv Skin Wound Care* 2007;20:208,210,212,214,216,218 – 220.
10. Quigley SM, Curley MAQ. Skin integrity in the pediatric population: Preventing and managing pressure ulcers. *JSPN* 1996; 1 (1): 7-18.
11. Sims A, McDonald R. An overview of paediatric pressure care. *J Tiss Viab* 2003; 13(4): 144-148.
12. McLane KM, Bookout K, McCord S et al. The 2003 national pediatric pressure ulcer and skin breakdown prevalence survey. *J WOCN* 2004; 31: 168-178.
13. Willock J, Baharestani MM, Anthony D. The development of the Glamorgan paediatric pressure ulcer risk assessment scale. *J Wound Care* 2009; 18(1): 17-21.

AUTORES/AUTHORS:

Diego A. Hernández Herrera, Adriano Maté Espeso, Mercedes Fernández Castro, Natán Redondo Pérez, Jorge Sendino González, Isaías del Río García, Verónica Velasco González

TÍTULO/TITLE:

Uso del Óxido Nitroso para el manejo del dolor pediátrico: Revisión Sistemática

Objetivos:

Principal: evaluar la efectividad del uso del óxido nitroso (N₂O) como sedoanalgésico en la realización de procedimientos dolorosos en servicios de urgencias pediátricas.

Secundarios: identificar la seguridad del uso del óxido nitroso para realizar sedaciones en pacientes pediátricos y analizar el grado de satisfacción de su uso por parte del equipo sanitario y por el paciente.

Método:

Se realizó una revisión sistemática de Ensayos Clínicos (EC), Estudios de Cohortes (ECh) y Revisiones Sistemáticas (RS), publicadas en los últimos 10 años cuyo objeto de estudio fuera el uso del N₂O como inductor de sedoanalgesia en procedimientos dolorosos para pacientes pediátricos, en los recursos disponibles a través de la Biblioteca Virtual de Castilla y León y la Biblioteca de la Universidad de Valladolid.

La pregunta PICO planteada fue «efectividad del uso de óxido N₂O como sedoanalgesia en pacientes pediátricos durante procedimientos dolorosos para una mayor tolerancia al proceso que se realiza».

Se incluyeron estudios publicados en español o inglés que evaluaran la efectividad, la seguridad y/o el grado de satisfacción del uso del N₂O, publicados en los últimos 10 años.

Para la estrategia de búsqueda se utilizaron los descriptores (DeCS) “óxido nitroso” y “pediatría” y sus homónimos en inglés (MeSH) “nitrous oxide” y “pediatrics” en los recursos electrónicos ScienceDirect, Medes, Cuiden, Pubmed, Google Académico, Scielo, SpringerLink, Cochrane plus y ProQuest.

Se realizó una lectura crítica de los textos incluidos mediante el Critical Appraisal Skills Program en español (CASPe). Se seleccionaron aquellos EC con una puntuación superior o igual a 8/11, 9/11 para ECh y 9/10 para RS, tratando de asegurar una buena calidad metodológica y bajo riesgo de sesgo.

Para la extracción de datos se diseñó una tabla en la que se incluyó año de publicación, país, tipo de estudio, características de la muestra, intervención, variables estudiadas, resultados y comentarios adicionales como el nivel de evidencia y grado de recomendación según los criterios de Joanna Briggs Institute (JBI).

Resultados:

Se encontraron un total de 823 registros, fueron descartados los que no respondían a la pregunta PICO, estaban duplicadas o no cumplían los criterios de inclusión. Finalmente se incluyeron 7 publicaciones en la RS: 5 EC, 1 ECh y 1 RS.

Los estudios analizados presentaron variabilidad en la calidad metodológica. La puntuación media de CASPe fue de 9,6 para los EC y de 9 para el ECh y la RS.

El número total de pacientes estudiados en los EC y ECh fue de 623 (288 niños/ 335 niñas). Las muestras poblacionales fueron diferentes en los distintos estudios. Se analizaron pacientes de diferentes grupos de edad entre 1 y 18 años, que fueron sometidos a diferentes procedimientos diagnóstico- terapéuticos, incluyendo sondaje vesical, canalización periférica de un acceso venoso, reparación de laceraciones, inyecciones, reducción de fracturas, suturas, desbridamientos, etc...

La concentración de N₂O/O₂ también fue diferente en los distintos estudios, variando entre 50%/50%-70%/30%.

Respecto a las variables estudiadas, tanto los EC como el ECh, analizaron la efectividad de la administración de N₂O a través del dolor, la ansiedad y/o el nivel de sedación conseguido. En algunos estudios también se valoró la satisfacción de los pacientes, los

padres y/o el personal respecto al uso de la mezcla de N₂O y O₂. Además todos los trabajos consideraron los efectos adversos producidos por la administración de óxido nitroso.

Las escalas utilizadas para medir el nivel de sedación fueron distintas: Escala de Sedación del Hospital Pediátrico de Wisconsin, Escala Modificada de la Universidad de Michigan y la Evaluación por el observador de la Escala de Alerta/ Sedación.

Para valorar el nivel del dolor y ansiedad se utilizaron la Escala Breve de Observación de Dolor Conductual, Escala de Caras de Wong- Baker, Escala Visual Analógica, Escala de Dolor de Caras Revisada, Escala Modificada de Dolor Conductual, Escala FLACC, Escala LLANTO o Escala de Calificación Numérica 0-10.

Para valorar la satisfacción y facilidad del procedimiento se utilizaron escalas tipo Likert, preguntas sí/no, o una puntuación 0-10.

A continuación se presenta un breve resumen descriptivo sobre los resultados de la efectividad en las intervenciones realizadas:

Un EC comparó la administración de N₂O al 70% frente procedimientos sin sedación para la realización de sondaje vesical. La sedación fue mínima y experimentaron menos ansiedad y dolor en el grupo con sedación. 1 paciente presentó náuseas como efecto adverso.

El EC analizó la administración de N₂O en diferentes concentraciones para procedimientos que requerían analgesia en el servicio de urgencias. La mayor parte de los pacientes experimentó menos dolor, sin embargo el dolor aumentó en procedimientos que requerían la manipulación de fracturas y en los pacientes menores de 5 años. El personal y los padres estaban satisfechos con la sedación y con la analgesia durante el procedimiento. 21 pacientes sufrieron efectos adversos temporales y de gravedad media.

Otro EC comparó la aplicación de EMLA y N₂O al 50% para inyecciones programadas. El método más efectivo resultó la administración conjunta de EMLA y N₂O. Por separado el N₂O fue más eficaz que el EMLA. El personal estaba más satisfecho con la aplicación conjunta de EMLA y N₂O. 1 paciente tuvo vómitos como efecto adverso, y 17 pacientes mostraron reacciones leves cutáneas.

Dos EC compararon la administración de Midazolam y N₂O, uno de ellos con una concentración de N₂O al 70%, para la inyección de Toxina Botulínica- A. En ambos casos la sedación fue mínima, el grupo sedado con N₂O experimentó menos dolor y la satisfacción fue similar en ambos grupos. 9 pacientes presentaron efectos adversos de carácter leve, 8 de los cuales fueron sedados con óxido nitroso

El otro EC comparó la administración de Midazolam con N₂O en una concentración del 10% y del 50% para la canalización de dos accesos venosos periféricos. La sedación fue aceptable y el grupo sedado con N₂O al 50% experimentó menos dolor. Además los pacientes, sus padres y el personal valoraron de forma más positiva este método. 2 pacientes padecieron efectos adversos.

Un EC compara la administración de placebo con la mezcla equimolar de N₂O/O₂ para diferentes procedimientos de corta duración. Las puntuaciones de dolor fueron menores en el grupo sedado con N₂O, en un 50% cuando se administraba aislado y hasta un 80% cuando se administraba junto EMLA. El fracaso fue menor en el grupo sedado con N₂O y mayor en menores de 3 años. 2 pacientes presentaron una sensación desagradable como efectos adversos.

La RS concluyó: La administración de N₂O en concentraciones menores de 50% proporciona un gran alivio del dolor y de la ansiedad en la realización de procedimientos quirúrgicos menores. Su uso también es satisfactorio para los propios pacientes, los padres y el personal que lo administra. Mostraron además que es una técnica segura para procedimientos dentales, aunque a veces sean precisos analgésicos coadyuvantes. En cuanto a las fracturas óseas señaló que no hay criterios para indicar o contraindicar su uso. Respecto a los procedimientos otorrinolaringológicos, urológicos y cutáneos resulta un método efectivo. Además en procedimientos como la venopunción o inyecciones la asociación de óxido nitroso + EMLA parece el método más eficaz para llevarlos a cabo. Los efectos adversos descritos son leves y menores, siendo las náuseas y los vómitos los más frecuentes. Además en pacientes con déficit de vitamina B₁₂ puede producir alteraciones neurológicas y hematológicas.

Discusión:

La revisión sistemática de evidencias para el uso de N₂O en pediatría aplicado en intervenciones dolorosas está justificada, pues el dolor debe evitarse siempre que se pueda, principalmente en esta edad, ya que puede desencadenar consecuencias negativas para

el niño.

Después del análisis detallado de todos los estudios se constata que la sedoanalgesia de la mezcla de N₂O/O₂ frente a otros sedantes como el Midazolam, anestésicos tópicos, como la crema EMLA o incluso frente a un grupo control o un grupo placebo, es efectivo. Además presenta una baja incidencia de efectos adversos, por lo que presenta una gran aceptación por parte de los pacientes, sus padres y el personal que lo administra.

Respecto a los resultados obtenidos hay ciertos aspectos que deben tenerse en cuenta, como la edad mínima de aplicación del N₂O. Cabe destacar la dificultad añadida en la valoración de dolor y ansiedad en los pacientes de menor edad. La efectividad del N₂O en los bebés y niños pequeños es más dudosa, dependiendo del procedimiento que se realice, lo que puede implicar la utilización de analgesia de rescate.

En cuanto a la concentración de N₂O, debe tenerse precaución cuanto más elevada sea, ya que, aunque sea más efectiva, con un mayor nivel de sedación existe mayor riesgo de efectos adversos que puedan aparecer, aunque sean poco importantes.

Respecto a los procedimientos realizados, se recomienda el uso de N₂O para intervenciones dolorosas de carácter menor, como intervenciones cutáneas, laceraciones o canalización de vías venosas periféricas. Sin embargo para procedimientos como la manipulación de fracturas no parece un método de elección, siendo necesaria la utilización de analgésicos coadyuvantes. Futuras líneas de investigación podrían centrarse en los procedimientos específicos en los que el N₂O es efectivo sin la ayuda de analgesia de rescate.

Por otra parte, algunos estudios aplicaron medidas adicionales, como aplicar medidas extra de confort o prestaron más atención al grupo sedado con N₂O, emplearon medidas de distracción o aplicaron un analgésico tópico como el EMLA, lo que puede influir en la efectividad real de la sedoanalgesia.

Las fortalezas de esta revisión sistemática se centran en la calidad metodológica de los estudios incluidos, obteniendo una buena puntuación en la evaluación de lectura crítica con la utilización de las guías CASPe. Además presentan una muestra representativa de al menos 50 pacientes estudiados, lo que disminuye la estimación del sesgo muestral.

Las limitaciones de esta revisión tienen que ver con que solo se han buscado artículos en inglés y en español, incluidos en las bases de datos mencionadas. El hecho de que se haya ampliado la búsqueda a los últimos 10 años responde a la escasez de EC recientes relativos a la sedoanalgesia con N₂O, ya que este tema ha sido más estudiado en años anteriores, lo que puede suponer en cierta manera un sesgo en los resultados obtenidos en la actual.

Por otro lado, en algunos estudios los pacientes estaban programados para la realización de un procedimiento en concreto, presentaban alguna patología relacionada que incluía intervenciones dolorosas más repetidas o estaban en tratamiento con otros fármacos, lo que puede influir en los resultados obtenidos.

Según la bibliografía consultada, la mayoría de los estudios coinciden con los resultados obtenidos en la presente revisión sistemática, en cuanto a la aceptación del N₂O por parte de los pacientes, sus padres y el personal que lo administra, no habiendo un acuerdo en la edad mínima de aplicación y los efectos adversos son predecibles y de carácter leve

Los resultados obtenidos con significación clínica, según criterios de Joanna Briggs Institute presentan un nivel de evidencia moderado, lo que permite su recomendación en la práctica clínica, ya que los procedimientos realizados o los pacientes estudiados reúnen las mismas características que, por ejemplo, aquellos que puedan acudir a un servicio de urgencias pediátricas donde se utilice el óxido nitroso como método de sedoanalgesia.

A pesar de que tres EC son patrocinados por Air- Liquide o Linde Healthcare, distribuidores de N₂O, los autores no presentan ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gómez B., Capapé S., Benito F., et al. Efectividad y seguridad del uso de óxido nitroso para sedoanalgesia en urgencias. Anales

de Pediatría 2011; 75(2): 96-102.

2. Capapé S. Puesta al día en las técnicas: Sedación en urgencias para técnicas y procedimientos con óxido nitroso. *Anales de Pediatría Continuada*. 2008; 6(4): 231-235.
3. Carbajal R, Biran V, Lenclen R, Epaud R, Cimerman P, Thibault P, et al. EMLA Cream and Nitrous Oxide to Alleviate Pain Induced by Palivizumab (Synagis) Intramuscular Injections in Infants and Young Children. *Pediatrics*. 2008 Junio; 121(6): e1591- e1598.
4. Rivard PF, Zier JL, Krach LE, Wendorf HR. Effectiveness of sedation using nitrous oxide compared with enteral midazolam for botulinum toxin A injections in children. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2008 Noviembre; 50: 854- 858.
5. Reinoso- Barbero F, Pascual- Pascual SI, de Lucas R, García S, Billöet C, Dequenne V, et al. Equimolar Nitrous Oxide/ Oxygen Versus Placebo for Procedural Pain in Children: A Randomized Trial. *Pediatrics*. 2011 Junio; 127(6): e1464- e1470.
6. Ekbohm K, Kalman S, Jakobsson J, Marcus C. Efficient Intravenous Access Without Distress: A double- blind Randomized Study of Midazolam and Nitrous Oxide in Children and Adolescents. *Archives of pediatrics and adolescent medicine*. 2011 Septiembre; 165(9): 785- 791.
7. L. Zier J, A. Kvam K, C. Kurachek S, Finkelstein M. Sedation with nitrous oxide compared with no sedation during catheterization for urologic imaging in children. *Pediatric Radiology*. 2007 Abril; 37: 678- 684.
8. Babl FE, Oakley E, Puspitadewi A, Sharwood LN. Limited analgesic efficacy of nitrous oxide for painful procedures in children. *Emergency medicine journal*. 2008 Febrero; 25: 717- 721.
9. Domingues Duarte LT, Duval Neto F, Fernandes Mendes F. Uso del Óxido Nitroso en Pediatría. *Revista brasileira de anestesiología*. 2012 Mayo- Junio; 62(3): 451- 467.
10. Zier JL, Liu. Safety of high-concentration nitrous oxide by nasal mask for pediatric procedural sedation: experience with 7802 cases. *Pediatric Emergency Care*. 2011 Diciembre; 27(12): 1107- 12.
11. Meixia L, Zier JL, Tarrago R. Level of sedation with nitrous oxide for pediatric medical procedures. *Anesthesia & Analgesia*. 2010 Mayo; 110(5): 1399- 405.
12. Oakley E, Seaman C, Babl FE, Barnett P, Sharwood LN. High-concentration nitrous oxide for procedural sedation in children: adverse events and depth of sedation. *Pediatrics*. 2008 Marzo; 121(3): e528- 32.

AUTORES/AUTHORS:

CRISTINA MORENO GARCÍA, FRANCESC FERNÁNDEZ-AVILÉS, ANNA GAYA VALLS, CRISTINA GALLEGO MIRALLES, ADELA HERNANDO VICIOSO, SUSANA SEGURA LÉRIDA, ISABEL ORTS-CORTÉS

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de la eficacia de la atención domiciliar de enfermería en pacientes afectados de Leucemia Aguda Mieloide.

Introducción

La leucemia aguda mieloide (LAM) es una enfermedad hematológica grave que precisa un tratamiento quimioterápico mielosupresivo (1). Durante los diferentes ciclos de tratamiento de quimioterapia y como consecuencia del fenómeno de aplasia, los pacientes suelen presentar múltiples comorbilidades que precisan de un seguimiento clínico estrecho y generan largos periodos hospitalizados. El tratamiento se estructura en una primera fase de tratamiento quimioterápico o inducción a la remisión de la enfermedad que se realiza en régimen de hospitalización hasta la recuperación de la aplasia, seguida de diferentes ciclos de consolidación. El objetivo de estos últimos ciclos de tratamiento, que se administran de un modo individualizado según el riesgo particular de la modalidad de LAM (2,3), es evitar la recaída acabando con cualquier remanente de células tumorales.

En nuestro centro, el Hospital Clínic de Barcelona, tras recibir el tratamiento de quimioterapia de consolidación en régimen de ingreso hospitalario, los pacientes eran habitualmente seguidos durante el periodo de neutropenia en régimen ambulatorio, acudiendo cada 2 o 3 días al hospital de día. Ello constituía una estrategia de alta precoz pero estaba asociada a una elevada tasa de reingresos por complicaciones infecciosas durante los sucesivos periodos de aplasia. Estos resultados son coherentes con las experiencias publicadas por otros centros internacionales (4-6).

Objetivos

Analizar la efectividad de la intervención de un equipo de enfermería experta en la atención domiciliar de los pacientes afectados de leucemia aguda mieloide que reciben un tratamiento de consolidación, en comparación con la atención ambulatoria en el hospital de día.

Objetivos específicos

1. Determinar las características clínicas de ambas cohortes.
2. Analizar el manejo clínico en ambos grupos de seguimiento.
3. Comparar los resultados en salud en ambas cohortes en relación con la necesidad de reingresos, la mortalidad temprana, la incidencia de fiebre y el uso de recursos hospitalarios.
4. Analizar los cuidados de enfermería en la asistencia domiciliar a raíz de la instauración del programa.

Metodología

Se realiza un estudio de cohortes en el que se compara el manejo y evolución clínica de un grupo histórico de pacientes que recibieron un seguimiento ambulatorio (GsA) con otro consecutivo que recibió la atención domiciliar por un grupo de enfermería (GsDOM). Este estudio fue llevado a cabo en el Hospital Clínic de Barcelona en pacientes entre 15 y 70 años de edad, en tratamiento quimioterápico de consolidación tras conseguir la remisión completa mediante un tratamiento de inducción. Fueron

excluidos aquellos con variante promielocítica, inestabilidad clínica, afectación marcada del estado general y quienes no reuniesen las características necesarias para garantizar la seguridad del manejo ambulatorio y/o domiciliario. Como objetivo principal se analizó la efectividad del programa en base a la tasa de reingreso en ambas cohortes. Entre los objetivos secundarios, se determinaron otros resultados en salud como la incidencia de fiebre, la mortalidad temprana, y el uso de recursos hospitalarios. Se realizó un análisis estadístico uni y bivariado, con pruebas paramétricas y no paramétricas. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del centro.

Resultados

Los pacientes incluidos en el GsA comparados con los del GsDOM presentaban una edad media inferior (41,7 vs. 53,3 años; $p < 0,001$), una mayor frecuencia de hombres (50,9% vs. 31,1%; $p = 0,011$) y habían presentado menos complicaciones durante la inducción (45,3% vs. 22,2%; $p < 0,001$). El tratamiento de consolidación más habitual en el GsA fue mitoxantrone y dosis intermedias de citarabina (73,6% de los episodios), mientras en el GsDOM fue citarabina en dosis altas junto con pegfilgrastim (77,8%). Todos los pacientes del GsDOM y ninguno de los del GsA recibieron profilaxis antibiótica con ceftriaxona. Tanto la incidencia (4,4% vs. 88,7%; $p < 0,001$) de reingreso como la duración de éste (9 vs. 17 días; $p = 0,029$) fueron menores en el GsDOM. La incidencia de fiebre (28,1% vs. 88,7%; $p < 0,001$) y la duración de la neutropenia extrema (10,0 vs. 18,5 días; $p < 0,001$) fueron también inferiores en el grupo GsDOM. No observamos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad entre ambos grupos (5,7% vs. 0,7%; $p = 0,069$). En el GsDOM se llevaron a cabo una media de 8,6 visitas/episodio por parte de enfermería (domicilio) y 2,3 visitas/episodio por el equipo médico (hospital). Se realizaron una media de 8,1 controles telefónicos/episodio.

Discusión

El presente estudio muestra como la instauración de un programa basado en la atención domiciliaria por parte de un equipo de enfermería experta, así como la actitud proactiva y profiláctica avanzada sobre la neutropenia febril, puede llegar a reducir hasta en un 95% el riesgo relativo de reingreso tras el tratamiento quimioterápico de consolidación en la LAM. En caso de precisar de un reingreso, la duración de éste se ve reducida casi en un 50% por la posibilidad de continuar el tratamiento y el manejo clínico en el domicilio en cuanto se comprueba la estabilidad clínica del paciente.

No hemos encontrado en la bibliografía referencias sobre experiencias similares en centros españoles. Ello podría justificarse porque en nuestro caso fueron los conocimientos por la Unidad de Atención Domiciliaria en el manejo de los pacientes tratados con trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (7), facilitó la puesta en marcha de la iniciativa objeto de estudio en el presente trabajo. Los resultados del proyecto nos parecen relevantes por originales y por incluir un número elevado de casos en un ámbito tan específico como la hematología intensiva.

Una de las características más diferenciadoras de este programa era la omisión de la visita médica diaria, basando así los cuidados sanitarios directos en un equipo de enfermería domiciliaria con gran experiencia en el ámbito de la hematología intensiva. Se elaboraron los protocolos clínicos que debían desarrollarse en el domicilio de estos pacientes, de tal manera que la asistencia directa era llevada a cabo por las enfermeras y las visitas médicas se realizaban siempre en el hospital y sólo en caso que el paciente presentara una complicación relevante que lo requiriera a juicio de la enfermera.

En cuanto a las debilidades, la principal podría ser su diseño. Ambos grupos de pacientes reciben esquemas de quimioterapia de consolidación, profilaxis antibiótica y antibacterianos empíricos diferentes, lo que podría explicar en parte diferencias en los resultados clínicos entre ambos grupos. No se puede desvincular de los mejores resultados del grupo domiciliario la contribución del equipo de enfermería experto responsable del grupo GsDOM. Las variables clínicas y sociodemográficas basales no son

completamente comparables entre grupos. Sin embargo, el hecho de que ninguna de las diferencias induzca un mejor pronóstico en el grupo GsDOM, hace preferible realizar un análisis incluyendo la mayor cantidad posible de episodios sin hacer ningún tipo de selección. El GsA muestra una tasa de reingreso superior a la descrita en la literatura lo que hace que quizás la comparación entre nuestros dos grupos y los beneficios objetivados no sean completamente extrapolables en otros entornos.

Conclusiones

A raíz de los datos previamente expuestos se puede considerar que la instauración de un programa de seguimiento domiciliario por parte de un equipo de enfermería experta en nuestro entorno hospitalario y en combinación con los actuales protocolos de manejo clínico en pacientes con LAM, es factible y muy segura en comparación con el manejo ambulatorio. Se asocia a una menor frecuencia de reingresos, así como incidencia de complicaciones infecciosas. Consecuentemente, permite un uso más eficiente de los recursos hospitalarios.

Durante el seguimiento de la fase de aplasia, el domicilio se convierte en el ámbito central de la provisión de los cuidados, configurándose el hospital a un ámbito temporal reservado sólo para los momentos en los que se ve alterada la estabilidad clínica del paciente.

La enfermera de la unidad de atención domiciliaria en Hematología aporta una práctica avanzada de cuidados que cuenta con el trabajo multidisciplinar y en equipo como elemento básico. Ofrece un entorno centrado en la persona, promoviendo una asistencia sanitaria de alta calidad y coste-efectiva en atención especializada, adaptándose así a las demandas que existían en nuestro servicio.

Implicaciones para la práctica asistencial

Este trabajo propone un nuevo modelo de atención a los pacientes atendidos por neoplasias hematológicas graves y con alto riesgo de complicaciones que permite si no mejorar los resultados en salud, llevar a cambio un planteamiento al menos tan seguro y que permite optimizar el uso de recursos sanitarios. Como propuestas de investigación futura se plantea la necesidad de investigar sobre variables relacionadas con la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores así como la experiencia del paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Estey EH. Acute myeloid leukemia: 2012 update on diagnosis, risk stratification, and management. *Am J Hematol.* 2012 Jan 1;87(1):89–99.
2. Medeiros BC, Othus M, Fang M, Roulston D, Appelbaum FR. Prognostic impact of monosomal karyotype in young adult and elderly acute myeloid leukemia: the Southwest Oncology Group (SWOG) experience. *Blood.* 2010;116(13):2224–8.
3. Brunet S, Esteve J, Berlanga J, Ribera JM, Bueno J, Martí JM, et al. Treatment of primary acute myeloid leukemia: results of a prospective multicenter trial including high-dose cytarabine or stem cell transplantation as post-remission strategy. *Haematologica.* 2004 Aug;89(8):940–9.
4. Savoie ML, Nevil TJ, Song KW, Forrest DL, Hogge DE, Nantel SH, et al. Shifting to outpatient management of acute myeloid

leukemia: a prospective experience. *Ann Oncol.* 2006 May 1;17(5):763–8.

5. Halim TY, Song KW, Barnett MJ, Forrest DL, Hogge DE, Nantel SH, et al. Positive impact of selective outpatient management of high-risk acute myelogenous leukemia on the incidence of septicemia. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO.* 2007 Jul;18(7):1246–52.

6. Sopko L, Sabty FA, Rimajova V, Roziakova L, Elanova A, Demeckova E, et al. The feasibility of an early hospital discharge following chemotherapy for the acute myeloid leukemia. *Bratisl Lekárske Listy.* 2012;113(5):298–300.

7. 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.

AUTORES/AUTHORS:

Raquel Rey Villar, Carmen Cereijo Garea, Salvador Pita Fernández, Benigno Acea Nebril, Vanesa Balboa Barreiro, Teresa Seoane Pillado

TÍTULO/TITLE:

Calidad de vida y ansiedad pre y post tratamiento en mujeres con cáncer de mama

OBJETIVOS

Determinar la calidad de vida y ansiedad pre tratamiento de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama durante el periodo a estudio y sus determinantes. Determinar las modificaciones en la calidad de vida y ansiedad pre y post tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo. Casos incidentes de cáncer de mama (n=339;seguridad=95%;precisión=±5,32%). Instrumentos: Los cuestionarios de calidad de vida fueron: QLQ C-30, QLQ Br23, y ansiedad: STAI. Análisis de los datos: Se usaron modelos de regresión logística para identificar variables asociadas a calidad de vida y ansiedad basales y las diferencias pre y post tratamiento.

RESULTADOS

Las dimensiones de calidad de vida basales con menor puntuación son: perspectivas de futuro(46,0/100), disfrute sexual(55,7/100). Dimensiones con mayor puntuación: imagen corporal(94,2/100), funcionalidad del rol(93,3/100). Los síntomas más perturbadores fueron: insomnio, fatiga, preocupación por pérdida del cabello. Tras tratamientos, empeoraron: función física, del rol, imagen corporal, dificultades financieras y sintomatología. Mejoraron la función emocional y perspectivas de futuro. Presentaron ansiedad severa como estado 48,6% y como rasgo 18,2%. La mayor ansiedad estado basal se asoció con estado civil casadas-viudas y medicación ansiolítica. La mayor ansiedad rasgo con: situación laboral inactiva, medicación ansiolítica, hinchazón mamaria y estadios avanzados al diagnóstico. Tras los tratamientos, disminuye significativamente la ansiedad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras los tratamientos, la puntuación de calidad de vida se modifica positivamente y la ansiedad como estado y como rasgo disminuye. Los resultados son consistentes con estudios existentes que demuestran que el tratamiento psicológico previo está asociado con depresión y/o ansiedad en el momento del diagnóstico, así como con una mayor somatización psicológica y ansiedad fóbica.

APORTACIONES

Este estudio ha permitido encontrar que factores sociales, psicológicos y físicos son determinantes de la calidad de vida global y ansiedad en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en España, identificando a las mujeres con perfiles de riesgo para peor calidad de vida y mayor ansiedad. Además, aporta evidencia sobre los dominios más afectados de la calidad de vida y la comorbilidad psicológica, y constituye un primer paso hacia la identificación de los problemas de salud más frecuentes en este tipo de pacientes y hacia la normalización de los cuidados

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Harmer V. Breast Cancer Nursing. Care and Management. Second edition ed. United Kingdom: Wiley-Blackwell; 2003.
2. Sanidad Md. Unidades asistenciales del área del cáncer. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Madrid:

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de publicaciones; 2013

3. Lee H, Lim Y, Yoo MS, Kim Y. Effects of a nurse-led cognitive-behavior therapy on fatigue and quality of life of patients with breast cancer undergoing radiotherapy: an exploratory study. *Cancer Nurs.* 2011;34(6):E22-30.
4. Priestman TJ, Baum M. Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer. *Lancet.* 1976;1(7965):899-900.
5. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res.* 2008;27:32.

AUTORES/AUTHORS:

Michele Massaro, Luca Iodice, Francesco Germini

TÍTULO/TITLE:

CANCER RELATED FATIGUE: PERCEPTION OF CANCER PATIENTS ADJUVANT CHEMOTHERAPY IN TREATMENT

Fatigue is considered one of the most common and devastating symptoms associate with the oncological illness and its own treatment; it has a significant impact on the human person, considered in the holistic vision, and its quality of life. The Patient's quality of life has become one of the most important aspects in oncology and Cancer Related Fatigue has become a true pathology. Therefore it is important to understand the hidden causes of the fatigue and use a variety of interventions to prevent and manage this symptom, in order to improve the patient's quality of life.

OBJECTIVES

Assess the presence and perception of Cancer related Fatigue in cancer patients receiving adjuvant chemotherapy with intravenous administration of non-biological drugs, and detect possible correlations with anemia, pain level and daily life in the physical, social, family, emotional and functional dimensions.

METHODS

Prospective observational study was conducted in 2016 (December 2015 – July 2016) at the Department of Oncology of ASL BT's Barletta Hospital "Monsignor Raffaele Dimiccoli". Thirty-three patients were recruited with a cluster sample, followed during their follow-up period, who completed 321 questionnaires, of which only 225 were studied, as the weekly questionnaire analysis was conducted every 3 weeks .

Criteria for inclusion of subjects in the sample: Cluster sampling of patients receiving adjuvant chemotherapy with non-biological intravenous drugs; patients older than 18 years; understanding the Italian language; at the first cycle of chemotherapy treatment; surgery performed in the year; performance status in 0-3 range according to Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG); malnutrition between 0 and 1 according to Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).

The instrument used for patients was a multidimensional validated scale of self-assessment, such as Functional Assessment of Chronic Therapy-General (FACT-G) and Functional Assessment of Chronic Therapy-Fatigue (FACIT-F). FACT-G is a 27-item questionnaire who analyze physical wellbeing (PWB, 7 questions), social / family well-being (SWB, 7 questions), emotional well-being (EWB, 6 questions), functional well-being (FWB, 7 questions). The FACIT-F is made up of 13 items.

RESULTS

The average age of participants was 62.31 years (DS 9.08, VAR 82.52) and the median age was 64 years in a range of 44-79 years. The dominant age class is that of 60-69 years for 51% of patients (18 cases out of 35). The neoplasia location was the breast in 83% of cases and affected the gastrointestinal tract in 17% of cases, with a prevailing classification of T2 N2 Mx. 51.4% of patients received at least 2 schemes of treatment. Specifically, 37.3% of patients followed EC chemotherapy and 19.6% of patients followed the TAXOL scheme. 46.7% of patients had a performance status between 2 and 3. The average score of NRS was 5.84 (DS 1.69), the hemoglobin level in 44.9% of patients was between 10 and 12 g / dl, while 2.7% of patients had values lower than 10 g / dl. Only 7.1% of the patients had a malnutrition risk of 1. Comparing the median of the two scales, there was a greater perception of CRF with an impaired performance status (ECOG between 2 and 3), high pain (NRS between 7 and 10) and hemoglobin values below 10 g / dl.

DISCUSSION

The sum of average FACT-G scores and FACIT-F sub-scales corresponds to the value of FACIT-F Total Score, which expresses the perception of Cancer-related Fatigue (CRF) related to the perception of Quality of Life (QoL). In particular, physical well-being (PWB) had an average score of 18.06 (DS 3.31); Social and Family Wellbeing (SWB) had an average score of 19.63 (DS 3.2); emotional well-being (EWB) reported an average score of 17.52 (DS 2.69); functional well-being (FWB) had an average score of 17.26 (DS 3.31). The average score of the FACIT-F sub-scale was 30.3 (DS 12.51). The average score of the FACT-G scale was 72.47 (DS 12.51).

About the perception of Cancer-related Fatigue and Quality of Life we can say that between 40-49 years there is a lesser sense of physical, social, emotional and functional well-being; with the advancement of age, CRF perception increases and decreases considerably between 70-79 years.

If we consider sex, women show a lesser perception of physical and emotional well-being, and a decline in functional well-being compared to men. As far as the location of the neoplasia is concerned, at the breast level, it has a slight influence on the perception of physical and functional well-being. It is important to note that in patients undergoing 7-day chemotherapy cycles, there is a deterioration in physical, social / familial, emotional and functional well-being compared to patients who undergo chemotherapy cycles with longer intervals.

Pain is scarcely related with CRF ($r^2 = 0.144$) with a decay of physical, emotional and functional well-being at high levels of pain (NRS > 7), but also decrease of physical and functional well-being with absence of pain.

As far as Performance status level, there is good correlation with CRF ($r^2 = 0.361$) proved by a progressive decrease in wellness level with increase of performance status (ECOG > 2). In addition, higher frequency of chemotherapy cycles, multiple treatment patterns, drug administration (eg TAXOL) may result in high levels of fatigue, along with low levels of hemoglobin (p value < 0,03) create a state of physical, emotional, functional and cognitive depletion ($r = 0.757$ and $r^2 = 0.573$) that negatively affects the daily life and social relationships of patients.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Berger AM, Abernethy AP, Atkinson A, Barsevick AM, Breitbart WS, Cella D, et al., Cancer-related fatigue. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines TM) Version 1.2011.

Bower JE, Lamkin DM. Inflammation and cancer-related fatigue: mechanisms, contributing factors, and treatment implication. *Brain Behav Immun* 2013; 30:48-57.

Curt GA, Breitbart W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM, et al., Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Co-alition. *The Oncologist*, 2000; 5(5): 353-360.

De Jong N, Candel MJJM, Schouten H. Course of the fatigue dimension "activity level" and the interference of fatigue with daily living activities for patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy. *Cancer Nurse* 2006; 29(5): 11-12.

De Jong N, Courtens AM, Abu-Saad HH, Schouten HC, Fatigue in patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: a review of the literature. *Cancer Nursing*, 2002; 25(4): 283-297.

Dittner AJ, Wessely SC, Brown RG, The assessment of fatigue: a practical guide for clinicians and researchers. *Journal of psychosomatic research*, 2004; 56(2): 157-170.

Giacalone A, Polesel J, De Paoli A, Colussi AM, Sartor I, Talamini R & Tirelli U, Assessing cancerrelated fatigue: the psychometric properties of the Revised Piper Fatigue Scale in Italian cancer inpatients. *Supportive care in cancer*, 2010; 18(9): 1191-7.

Hann DM, Denniston MM, Baker F. Measurement of fatigue in cancer patients: further validation of the Fatigue Symptom Inventory. *Quality of life research*, 2000; 9(7): 847-854.

Kirshbaum M. Cancer-related fatigue: a review of nursing interventions. *British Journal of Community Nursing* 2010;15(5): 214-219.

Knobel H, Loge JH, Brenne E, Fayers P, Hjerstad MJ, Kaasa S, The validity of EORTC QLQ-C30 fatigue scale in advanced cancer patients and cancer survivors. *Palliative Medicine*, 2003; 17(8): 664-672.

Minton O & Stone P, A systematic review of the scales used for the measurement of cancerrelated fatigue (CRF). *Annals of Oncology*, 2009; 20(1): 17-25.

Roscoe JA, Kaufman ME, Matteson-Rusby SE, Palesh OG, Ryan JL, Kohli S, et al., Cancer-related fatigue and sleep disorders. *The Oncologist*, 2007; 12(1 Suppl): 35-42.

Webster K, Cella D, Yost K, The Functional Assessment of Chronic Illness Thera-py (FACIT) Measurement System: properties, applications, and interpretation. *Health and Quality Life Outcomes* 2003; 16(1): 79.

Mesa de Comunicaciones 10: Profesión

Concurrent Session 10: Nursing Profession

AUTORES/AUTHORS:

Rosa María Cárdaba García, Inés Cárdaba García

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO DE FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

OBJETIVO:

Conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout en sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) en los profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias y Emergencias del Área de Salud de Segovia.

MÉTODO:

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal de prevalencia. Para llevar a cabo la investigación, se han estudiado 50 profesionales sanitarios (personal de Medicina, de Enfermería y Técnico en Emergencias), del Servicio de Urgencias del Hospital de Segovia (N=25) y de la Base de Segovia de la Gerencia de Emergencias Sanitarias de SACYL (N=25).

El muestreo empleado es no probabilístico, por medio de colaboración voluntaria participativa.

La recogida de datos se lleva a cabo mediante encuestas autoadministradas. El instrumento aplicado ha sido un cuestionario que mide el Burnout: Maslach Burnout Inventory (MBI). La encuesta requiere de entre 7 y 10 minutos para su cumplimentación. Cuenta con una fiabilidad del 90%, lo que hace que sea la escala más empleada en todo el mundo. Consta de 22 ítems, formulados en positivo para evaluar los tres aspectos más importantes del síndrome, a través de subescalas de: agotamiento emocional (9 ítems, preguntas 1-2-3-6-8-13-14-16-20) despersonalización (5 ítems, preguntas 5-10-11-15-22) y realización personal (8 ítems, preguntas 4-7-9-12-17-18-19-21). Siendo las puntuaciones máximas de las subescalas, 54, 30 y 48 respectivamente. Las respuestas son de tipos Likert y se ponderan de 0 a 6 puntos, siendo 0= nunca, 1= pocas veces al año, 2= una vez al mes o menos, 3= unas pocas veces al mes, 4= una vez a la semana, 5= unas pocas veces a la semana y 6= todos los días. Altas puntuaciones en la dimensión de agotamiento personal y en la dimensión de despersonalización y bajas puntuaciones en la dimensión de realización personal, resultan la presencia del Síndrome. Los valores empleados para interpretar los resultados han sido los establecidos por Gil Montes y Peiró (2000) para población sanitaria: agotamiento emocional (bajo ≤ 15 , medio 16-24, alto ≥ 25), despersonalización (bajo ≤ 3 , medio 4-9, alto ≥ 10) y realización personal (bajo ≥ 40 , medio 34-39, alto < 34).

El análisis estadístico se lleva a cabo por medio del paquete estadístico IBM SPSS en su versión 22.0. El análisis descriptivo de variables del MBI se efectúa a través de tablas de frecuencia y porcentajes, medida de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación típica valor mínimo, valor máximo y amplitud).

Se ha tenido en cuenta los principios de bioética, garantizando la confidencialidad y anonimato de las respuestas de los participantes y ofreciendo la posibilidad de conocer los resultados a todo el que lo requiera.

RESULTADOS:

Los valores medios de los profesionales sanitarios de la muestra para las dimensiones del MBI son: 22,43 para el agotamiento físico, 9,37 para la despersonalización y 32,15 para la realización personal. Estos valores se sitúan en el nivel medio-alto de Síndrome de Burnout. En cuanto a los porcentajes, un 38% de profesionales presentan altos niveles de agotamiento emocional, un 42% obtienen niveles altos de despersonalización y un 45% obtienen bajos niveles de realización personal. La desviación típica es de 7,32 para agotamiento emocional, 4,35 para despersonalización y 5,78 para realización personal.

Teniendo en cuenta que el Síndrome de Burnout se define por altos niveles de agotamiento emocional, altos niveles de despersonalización y bajos niveles de realización personal, un 14,92% de los profesionales tienen Burnout. Destacar que la prevalencia de personal adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital de Segovia es de 11,52% y de la Base de Segovia de la Gerencia de Emergencias Sanitarias de SACYL es de 18,33%.

DISCUSIÓN:

La muestra de estudio, presenta una prevalencia del Síndrome del 14,92%, que es un porcentaje bastante elevado en comparación

con otros estudios similares. Esta conclusión nos hace pensar en la necesidad de desarrollo de programas en este ámbito que hagan que dicha prevalencia se reduzca y que pueda prevenirse en aquellos trabajadores que aún no lo padecen. Propuestas como establecer un clima emocional de trabajo que genere bienestar y que permita el desarrollo profesional deberían ser tenidas en cuenta.

Además sería deseable que se motivara a los trabajadores a llevar a cabo hábitos de vida saludables que permiten alcanzar mayor bienestar en todas las facetas del ser, incluido el ámbito laboral.

Las políticas de recursos humanos tendrían que abordar la formación profesional periódica efectiva y de acuerdo con las necesidades reales del puesto de trabajo, se debería mejorar el trabajo en equipo, así como la información y la comunicación entre las mandos y el personal y delimitarse adecuadamente los roles profesionales.

El estudio cuenta con algunas limitaciones como es que el muestreo no haya sido probabilístico y que el tamaño muestral sea reducido.

A pesar de las restricciones mencionadas, la investigación aporta a la ciencia sanitaria:

- El conocimiento exacto de la prevalencia de Burnout en los servicios de Urgencias y Emergencias de Segovia.
- Justifica la intervención en dicho colectivo de trabajadores, por medio de programas específicos, debido a la alta prevalencia que estos profesionales presentan.

Las autoras declaran que el trabajo no ha contado con ningún tipo de financiación y que no se ha generado ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Frutos, M. (2014). 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, León. Recuperado de https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/3508/tesis_9ef3ca.PDF?sequence=1

Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno, T., López, D., Gómez, T. & González, E. (2012). Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería Clínica*, 22(5):261-8.

Gil-Monte, P.R. & Peiró, J.M. (2000). 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. *Revista de Psicología, Trabajo y Organización*, 16, 135-49.

Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory*. Consulting Psychologists Press.

Muñoz, J., Del Amor, N., Lázaro, M., Carranza, A. & Martínez, M. (2017). Análisis de impacto de la crisis económica sobre el síndrome de Burnout y resiliencia en el personal de enfermería. *Enfermería Global*, 16 (2), 315-335.

Pineda, J. (2017). Estrategia educativa para disminuir el síndrome de burnout en el área de emergencia del hospital cantonal baños, y el mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios externos (trabajo fin de grado). Universidad Regional Autónoma de los Andes, Quito. Recuperado de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/6324/1/PIUAENF031-2017.pdf>

AUTORES/AUTHORS:

Solanger Hernández-Méndez, María Ruzafa-Martínez, Antonio Jesús Ramos Morcillo, Miguel Ángel Martínez González, José Ángel Cano Rojo, Laura Casanova-Navarro

TÍTULO/TITLE:

Percepción del entorno laboral de las enfermeras de un Área de Salud tras implantación del Programa de GBP: CCEC®/BPSO®

OBJETIVOS: Conocer los cambios en la percepción del entorno laboral que tienen las enfermeras de un área de salud tras aplicar el Programa de implantación de Guías de Buenas Prácticas (GBP) "Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados(CCEC®)".**METODOLOGÍA:** Estudio observacional, transversal. Compara datos de calidad y seguridad de los cuidados y percepción del entorno laboral de enfermeras en 2012 (M0) y 2016 (M1). Entre 2012 y 2015 se implantó el Programa CCEC®. La población fueron enfermeras de atención hospitalaria y primaria de un Área de Salud; 390 en M0 y 395 en M1. Variables: sociodemográficas, laborales, actitud ante la PBE, percepción del entorno y satisfacción laboral, así como percepción de los profesionales de la calidad de los cuidados que prestan y seguridad del paciente. Cuaderno de recogida de datos constituido por 5 bloques que contenían los cuestionarios validados: Actitud ante la PBE (CAPEBE), Clima organizacional, Satisfacción de los Profesionales de Enfermería y Percepción de la Calidad de los Cuidados y de la Seguridad del Paciente. Análisis descriptivos y bivariantes (Ji-cuadrado y U de Mann-Whitney). Resultados significativos $p < 0,05$. **RESULTADOS:** Participaron 451 profesionales, 219 (M0) tasa de respuesta 60,33% y 232 en M1, tasa 63,04%. En M0 75% mujeres y en M1 74,2% ($p=0,854$). La media de edad en M0 es 46,70 años y en M1 de 43,23 años, ($p < 0,0001$). La proporción de fijos es mayor en M0, y en M1 la de sustitutos temporales. La media de años de experiencia en M0 es 23,57 (IC 95% 22,36–24,78) y en M1 es de 19,58 (IC 95% 18,37–20,79) ($p < 0,001$). La experiencia laboral en M0 es de 17,84 (IC 95% 16,57 – 19,10) años de media y en M1 16,92 (IC 95% 15,68 – 18,16) años ($p < 0,001$). La percepción sobre la aplicación de la PBE en su entorno clínico es de un 55,11% (IC 95% 51,2 – 58,9) de media en 2012 y 55,41% (IC 95% 52,2-58,5) en 2016 ($p=0,723$). En ambas medidas la dimensión con puntuación más baja es la intención de conducta. Las puntuaciones más bajas en clima organizacional se observan en dimensiones "Reconocimiento" y "Presión", las más altas en "Confianza y Apoyo", en ambas medidas. Están muy satisfechas con la elección de enfermería como profesión, siendo superior en M1 ($p=0,194$). En M0 un 76% señalan que están moderada o muy satisfechas con el trabajo actual vs un 82% en M1 ($p=0,237$). En M0 un 61% consideran que la calidad de los cuidados de su hospital o centro de salud es buena vs 67% en M1 ($p=0,093$). No hay diferencias ($p=0,848$) en la valoración de su unidad/centro de salud en la Seguridad del Paciente. **DISCUSIÓN:** Se percibe falta de efecto del programa en diversas variables estudiadas, que podría atribuirse a los constantes cambios de profesionales en los servicios y organización. Los resultados obtenidos quizás no han sido los esperados debido al problema de la consolidación de las plantillas. Poseer conocimientos y habilidades no ha implicado lograr cambios de conducta. **IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:** Las organizaciones de salud deben hacer una apuesta por la estabilidad laboral vinculada a los servicios de sus profesionales. El objetivo debería ser que las estrategias formativas y de implantación de cambios en la práctica clínica en los profesionales tengan continuidad en los servicios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Abad-Corpa E, Molina-Durán F, Vivo-Molina MC, Moya-Ruiz B, Martínez-Hernández A, Romero-Pelegrín JM, Leal-Llopis J, Hernández-Méndez S, García-Arsac I, Muñoz-Sánchez M, Rodríguez-Ródenas JM. (2013) Estudio RN4CAST en Murcia: características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros. *Revista de Calidad Asistencial*. Dec 31;28(6):345-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.05.007>

Aiken L, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott A, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W, for the RN4CAST

- consortium. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014 May 24;383(9931):1824-30. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8. Epub 2014 Feb 26. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24581683>
- Aiken L.H., Sermeus W., Van den Heede K., Sloane D.M., Busse R., McKee M., Bruyneel L., Rafferty A.M., Griffiths P., Moreno-Casbas M.T., Tishelman C., Scott A., Brzostek T., Kinnunen J., Schwendimann R., Heinen M., Zikos D., Sjetne I.S., Smith H.L. & Kutney-Lee A. (2012) Patient safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012 Mar 20;344:e1717. doi: 10.1136/bmj.e1717. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22434089>
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. (2008) Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm*. 2008; 38(5):223-9. *J Nurs Adm*. 2008 May;38(5):223-9. doi: 10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7.
- Al Hamdan, Z., Manojlovich, M., & Tanima, B. (2017). Jordanian Nursing Work Environments, Intent to Stay, and Job Satisfaction. *Journal of Nursing Scholarship*, 2017; 49:1, 103–110. doi:10.1111/jnu.12265
- Alberdi R. La identidad profesional de la enfermera. *Rev Enferm*. 1992;170:39-44.
- American Nurse Credentialing Center (2014) History of The Magnet Program (2014) <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/> History of the Magnet Program (accessed 01 October 2014).
- Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario (2007). *Profesionalidad en la enfermería*. Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.

AUTORES/AUTHORS:

Silvia Costa Abós, Olga Canet Velez, Judith Roca Llobet, María Cònsul Giribet, M^a Carmen Olivé Ferrer, Dolores Bardallo Porras, Antonia Arreciado Marañón

TÍTULO/TITLE:

APROXIMACIÓN EPISTEMOLÓGICA AL CONCEPTO DE PENSAMIENTO CRÍTICO DE LAS ENFERMERAS DOCENTES EN CATALUÑA.

El estudio que se presenta se enmarca dentro de un proyecto multicéntrico liderado por la Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE), dentro del subproyecto de la Región Europa- para su desarrollo en Cataluña e implementado por un equipo de enfermeras docentes, reflejadas en la co-autoría de este documento.

A partir de 2011, en la Conferencia de ALADEFE celebrada en Coimbra (Portugal), la RIIEE identificó como una de sus prioridades de investigación "El desarrollo del pensamiento crítico y reflexivo en estudiantes de Enfermería", avalada por enfermeras procedentes de diferentes países iberoamericanos. Desarrollar la capacidad de pensamiento autónomo y crítico es un compromiso mayor de la formación universitaria, y una expectativa social sobre los profesionales que egresan de la misma.

Entendemos que la reflexión epistemológica está presente en la actividad cotidiana de investigación, aunque el investigador la lleve a cabo sin darle este nombre al plantearse interrogantes acerca de las características del objeto o de los fenómenos que analiza, acerca de los métodos con que accederá a aquéllos, acerca de las teorías que los comprenden o de las que será necesario crear para dar cuenta de determinados aspectos de la realidad. Consideramos necesaria emprender esta aproximación epistemológica para liberarnos de los dogmatismos de las epistemologías que suponen una sola forma legítima de conocer y ser más conscientes de ello.

El objetivo de nuestro estudio se basa en la búsqueda de la significación atribuida por las enfermeras docentes al concepto y desarrollo del pensamiento crítico en la formación de los futuros enfermeros.

MÉTODOS

Diseño: Estudio cualitativo mediante una interpretación fenomenológica.

explicar cómo los profesores dan significado a fenómenos (PC) a través de su experiencia vivida. Se pretende buscar el significado, las características comunes y las esencias de esa experiencia.

Muestras pequeñas de 10 entrevistas pueden proporcionar una descripción detallada de esta experiencia, aportar datos ricos y profundos para descubrir los elementos fundamentales de la conceptualización del PC.

Ámbito y Participantes

El estudio proviene de un proyecto multicéntrico, con un trabajo de campo realizado en 11 facultades o Escuelas Universitarias de Cataluña donde se imparte el Grado de Enfermería, 5 de ellas privadas y 6 públicas, desde septiembre de 2014 a mayo de 2015. Fueron seleccionadas por el tener publicadas las guías docentes de las asignaturas en las webs de las universidades.

Las participantes incluidas, docentes del Grado de Enfermería, contemplaban la competencia del PC en sus asignaturas con una selección de muestra intencionada (Berenguera, A. Fernández de Sanmamed, M.J. Pons, M. Pujol, E. Rodríguez & Saura, 2014; Ruiz Olabuénaga, 2007) dirigida a contener a aquellos que pudieran aportar una información más significativa y profunda para la comprensión del estudio. Para ello se contemplaron las características de intensidad y de variedad máxima (Ruiz Olabuénaga, 2007)

buscando a docentes expertos que por su trayectoria profesional fuesen más sensibles al fenómeno a estudiar (el desarrollo del pensamiento crítico en su actividad docente). El acceso a la muestra se realizó, en primer lugar, a través de las Jefaturas de Enfermería a quienes se envió una carta informativa y la solicitud de colaboración. Posteriormente, se contactó vía mail con cada una de las posibles participantes para pedir su colaboración. Todas ellas aceptaron la invitación.

Recogida de datos

Para la recolección de datos se utilizó la entrevista de tipo fenomenológica. Ésta mantiene como características la semi-directividad, que permite libertad para conducir y profundizar en el discurso, y la creación de un espacio de encuentro que permite el acercamiento con el entrevistado y una comunicación eficaz (Marí, Bo, & Climent, 2010). Se realizaron un total de 15 entrevistas hasta conseguir la saturación de los datos y todas ellas siguieron un guion previo elaborado por la RIIEE, de la cual forman parte las investigadoras, y que fue posteriormente consensuado por éstas.

El lugar para la realización de las entrevistas fue establecido por los participantes, siendo mayoritariamente, el de sus lugares de trabajo. Se prestó especial atención a que el espacio asegurara la confidencialidad y evitara interrupciones, solicitando permiso para la grabación en audio de las mismas. Posteriormente, las entrevistas se transcribieron de manera literal y fueron reenviadas a los participantes para que pudieran dar su conformidad o realizar algún comentario al respecto. Por último, para agilizar la gestión de la información y ya en formato de texto, los datos se introdujeron en el programa computacional Atlas-ti 6.0.

Análisis de los datos

La evaluación de la entrevista se fundamenta en los procedimientos preconizados por Giorgi (2000, 2005, 2010). Este método tiene por objetivo aproximar la descripción/interpretación fenomenológica de los datos recolectados a través de investigaciones de campo, entrevistas, testimonios. Se trata de detectar las unidades de sentido de un conjunto significativo; crear las categorías de acuerdo con el fundamento teórico-filosófico utilizado para guiar el estudio; retomarlas para el análisis fenomenológico y describirlas retornando a las vivencias intencionales y variación imaginaria.

El procedimiento de análisis de las entrevistas se inicia con una lectura en profundidad de los textos transcritos. Se atribuyen significados a segmentos o palabras que se convierten en unidades temáticas mediante la asignación de un código que lo define y excluye del resto. En el análisis se obtuvieron datos por inducción de categorías de respuesta y por deducción de elementos relevantes, fijando la atención no solo en las declaraciones textuales sino intentando entender y agrupando significados relevantes en contexto (Marí et al., 2010).

Criterios de rigor y calidad

Como criterios de rigor científico seguimos los propuestos por Guba (1981). De este modo, la verificación de la información por los participantes durante la fase de recogida de datos así como la triangulación de investigadores durante el proceso de análisis de datos y en las conclusiones obtenidas garantizaron la credibilidad. Con la selección de aquellos participantes que pudieran proporcionar la máxima cantidad de información se trabajó la transferibilidad.

Durante el estudio se solicitó el consentimiento informado y escrito a los participantes. La confidencialidad de los datos y el anonimato fue asegurado en todo el proceso.

RESULTADOS

En la exploración de los significados atribuidos al concepto de pensamiento crítico, agrupados en la unidad temática Conceptualización, se identifican dos categorías: en la primera el PC como cualidad o "aptitud" personal y significando en otra el PC como una manera de "hacer" con una finalidad concreta a alcanzar.

1ª) El PC como cualidad o aptitud de pensar y hacer

[...] Creo que no hay otra forma de pensar que no sea críticamente. Es consustancial al pensamiento el que sea crítico (P2)

El PC como proceso que se adquiere mediante la Reflexión

[...] El pensamiento reflexivo es previo al pensamiento crítico (P13)

2ª) El PC como una manera de “hacer” con una finalidad concreta a alcanzar que se adquiere mediante la aplicación de un método para la toma de decisiones y juicio clínico. [...] Pienso que el PC nos proporciona una metodología para direccionar el cuidado en función de las situaciones que se van presentando. (P6)

El PC como proceso de adquisición de conocimientos CON UN FIN, de aplicar la evidencia científica y con la finalidad de cuestionar la práctica

DISCUSIÓN

Las categorías discursivas que emergen alrededor del concepto de PC se diferencian claramente dos concepciones en el imaginario de las docentes y que son tangencialmente opuestas. Es decir, al verbalizar la secuencia o el proceso de desarrollo del PC, se visualiza como un recorrido que hay que transitar para llegar a “ser” o “estar” con una actitud formada, madura, la que nos lleva a pensar reflexiva-críticamente el mundo. El otro grupo considera el PC como el punto de partida a través del cual se podrán aplicar una serie de métodos con una finalidad concreta de transformación de la práctica enfermera. Serían 2 miradas o maneras de conceptualizar el pensamiento crítico bien diferenciadas, igual que los objetivos, maneras de hacer y ser en el mundo que está en el imaginario de una grupo de las enfermeras docentes entrevistadas.

En este entorno invisible pero real, Marie France Daniel (2002) plantea tres aproximaciones diferentes al concepto de pensamiento: como producto, como práctica, como praxis.

En cuanto producto, su desarrollo es una técnica que tiene como propósito controlar el entorno de acuerdo a estándares predefinidos; es una retórica aplicada de manera mecánica, suponiendo competencias puramente cognitivas y generalmente en contexto de competencias. Su propósito es lograr los objetivos siendo plausible el paralelismo con la conceptualización de que el PC se adquiere a partir de la utilización de métodos científicos que guíen la acción y lleguen a modificar la práctica, finalidad última de adquisición de esa competencia. Se correlaciona con el paradigma positivista

El concepto del pensamiento crítico como práctica implica que requiere la comprensión del entorno, inscribiéndose en una perspectiva intrasubjetiva, aceptando el cuestionar las diferentes justificaciones, interpretaciones, sentidos. Puede asociarse a una filosofía humanista de la educación, el saber de Habermas y por tanto con el paradigma hermenéutico, perspectiva intelectual o manera de estar en el mundo y que coincide con el marco teórico-metodológico de nuestra investigación.

Por último, esta filósofa define el concepto de pensamiento crítico entendido como praxis, su desarrollo se realiza por el desarrollo de una conciencia crítica, orientada a la emancipación y la autonomía de la persona y la comunidad, con el propósito del mejoramiento de la experiencia individual y social. Siendo dialógico es cooperativo antes que competitivo, suponiendo además de saber hacer y saber decir, un saber vivir juntos. Corresponde a una concepción socio constructivista de la educación. En el pensamiento habermasiano, se aproxima al interés emancipatorio del saber. Este escenario nos lleva al paradigma sociocrítico, que sitúa a la persona, entorno y maneras de estar en el mundo activa, solidaria, saludable y transformadora.

Por lo que es plausible que según sea la filosofía educacional que sostenga la institución, así también será la manera de entender el pensamiento crítico. Una universidad de corte tecnológico, más bien orientada al mundo de la ingeniería (como estereotipo), tenderá a concebir el pensamiento crítico como un producto. Una universidad que contemple las ciencias sociales como un componente central pero sin un compromiso con la transformación de las personas, tendrá opciones de desarrollar el pensamiento crítico como una práctica. Finalmente, una institución que tenga como norte educacional la transformación profunda de sus componentes,

incluyendo una visión del contexto, podría asociarse a una concepción del pensamiento crítico como una praxis.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA a modo de nuevas cuestiones

¿Se crean realmente las condiciones para el desarrollo de la capacidad crítica de los estudiantes durante el proceso de formación del Grado en Enfermería? ¿Cómo, cuándo y de forma se generan estas condiciones? ¿Cómo influyen los procesos cognitivos del docente en la transmisión, no ya de conocimientos, sino también, de su propio marco epistemológico que impregna el saber, el estar, de valores, de miradas, de realidades? ¿Hasta que punto somos conscientes quienes somos y lo que hacemos?

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Almeida, A., Lletget, R., & Gonzalez, M. (2015). Los nuevos profesionales de la Enfermería para el siglo XXI. *Metas de Enferm*, 18(5), 24–31. Retrieved from <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80761/>
- Berenguera, A. Fernández de Sanmamed, MJ. Pons, M. Pujol, E. Rodríguez, D., & Saura, S. (2014). Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. . (Institut Universitari d'Investigació) IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA a modo de conclusiones en *Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol)*, Ed.) (1a ed.). Barcelona.
- Giorgi, A. (2000). Concerning the application of phenomenology to caring research. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(1), 11–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12035256>
- Giorgi, A. (2005). The Phenomenological Movement and Research in the Human Sciences. *Nursing Science Quarterly*, 18(1), 75–82. doi:10.1177/0894318404272112
- Giorgi, A. (2010). Phenomenology and the practice of science. *Journal of the Society for Existential Analysis*, 21(1), 3–23. Retrieved from <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2a5bb3fc-f22a-4615-b347-1f5e5aad36cd@sessionmgr198&vid=2&hid=112>
- Guba, E. (1981). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. In J. Gimeno Sacristan & A. Pérez Gómez (Eds.), *La enseñanza: su teoría y su práctica* (Vol. 2a, pp. 148–165). Madrid: AKAL.
- Marí, R., Bo, R., & Climent, C. (2010). Propuesta de Análisis Fenomenológico de los Datos Obtenidos en la Entrevista. *UT. Ciències de l'Educació*, 113–132. Retrieved from <http://pedagogia.fcep.urv.cat/revistaut/revistes/juny10/article07.pdf>
- Minguez Moreno, I., & Siles, J. (2014). Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *Aquichan*, 14(4), 594–604. doi:10.5294/aqui.2014.14.4.13
- Mosqueda-díaz, A., Vilchez-barboza, V., Valenzuela-suazo, S., & Sanhuesa-alvarado, O. (2014). Critical theory and its contribution to the nursing discipline. *Investigacion & Educacion En Enfermeria*, 32(2), 356–363.
- Paravic, T. (2010). Enfermería y Globalización. *Ciencia y Enfermeria*, 16(1), 9–15.
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2007). Metodología de la investigación cualitativa. *Ciencias sociales* (Vol. 15). Bilbao: Universidad de Deusto.

Mesa de Comunicaciones 11: Cuidados a procesos crónicos**Concurrent Session 11: Chronic Care****AUTORES/AUTHORS:**

Mònica Castellà Creus, Sandra Cabrera Jaime, Julia Escribano Carrasco, M^a José García Quesada, Carme Grau Pellicer, M^a Teresa Jiménez Ferrer, Roser Villegas Gispert, Beatriz Díez Sánchez, Miquel Barberà Llorca

TÍTULO/TITLE:

Eficiencia de dos tipos de valoración del riesgo de lesiones por presión: diaria o según riesgo

OBJETIVO: Evaluar la eficiencia entre dos técnicas de evaluación del riesgo de lesiones por presión (LPP) en pacientes ingresados en el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

MÉTODO: **Ámbito:** El estudio se ha realizado en la unidad de Medicina Interna del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol durante el periodo 2013-2016. **Diseño:** Estudio cuasi experimental grupo control no equivalente pretest- posttest. **Sujetos:** 1292 (323 por 4 grupos) pacientes ingresados en la unidad de Medicina Interna (α : 5% y β : 20%, no inferioridad 5%, diferencia proporción del 10%), reclutados mediante un muestreo no probabilístico de cuotas accidental, con una estancia mínima de 48 horas de hospitalización. Se excluyeron los pacientes con riesgo de lesión por presión alto. **Variables:** Periodo de evaluación, presencia de LPP, tipo de riesgo de LPP mediante escala EMINA, así como variables sociodemográficas y de salud. **Recogida de datos:** Realizada por las enfermeras asistenciales del turno de mañana, mediante cuaderno de recogida de datos durante un mínimo de 4 días de seguimiento hasta el alta del paciente. **Análisis:** descriptivo e inferencial mediante el programa estadístico SPSS® V.15.0 versión española.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 1292 pacientes, de los cuales 45% (581) fueron mujeres y 55% (711) hombres. La edad media de la población a estudio fue de 75 años (DE: 14,4). Un 80% (1033) de los pacientes presentó algún grado de dependencia en el Índice de Barthel y sólo un 20% (259) era independiente. Un 84% (1085) de los pacientes se encontraba consciente y orientado. Un 62% (801) tenía alterada la movilidad en algún grado. Un 64% (827) eran personas continentes frente a un 36% (465) que presentaba algún tipo de incontinencia. El 80,4% (1092) tenían un estado de nutrición correcto y un 19,6% (200) o la ingesta era incompleta o no ingerían. Referente a la actividad, un 70% (904) necesitaba ayuda para deambular o no deambulaban y un 30% (388) eran autónomos en la deambulación.

Según las pruebas de homogeneidad los grupos son comparables entre sí. En el grupo con riesgo bajo de LPP a ningún paciente se le diagnosticó una LPP, en cambio en el grupo con riesgo medio de LPP a una paciente del grupo control y a otra del grupo experimental se les diagnosticó una LPP. En ambas fue de grado II y las dos pacientes tenían un nivel de dependencia severo y presentaban sobrepeso.

DISCUSIÓN: Adaptar la periodicidad de valoración de riesgo de LPP según riesgo basal al ingreso junto con consultar en la estación de trabajo qué pacientes se les ha de realizar hoy la Escala EMINA contribuye a mejorar la eficiencia en el tiempo de cuidados invertidos. Y todo ello sin incrementar la aparición de LPP durante la hospitalización de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Kottner J, Balzer K. Do pressure ulcer risk assessment scales improve clinical practice?. *J Multidiscip Healthc.* 2010 Jul; 23 (3): 103-11.
- (2) National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer advisory Panel. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: A Clinical Practice Guideline.* 2009.
- (3) Blaney WD. Prevención de las úlceras por decúbito. *Nursing.* 2010; 28 (7): 32-6.
- (4) Ayello EA. Predicting pressure ulcer risk. *Try this: Best practices in nursing care to older adults.* Hartford institute for geriatric nursing. New York University. College of nursing. 2012; 5.
- (5) Defloor T, Grypdonck MFH. Validation of pressure ulcer risk assessment scales: a critique. *J Adv Nurs.* 2004 Dec; 48 (6):613-21.
- (6) Moore EH. Herramientas para la evaluación de riesgos en la prevención de úlceras de decúbito (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- (7) Pancorbo PL, García FP, Soldevilla JJ, Martínez F. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *J*

Adv Nurs. 2006 Apr; 54(1):94-110.

(8) Kottner J, Dassen T, Tannen A. Inter-and intrarater of Waterlow pressure sore risk scale: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2009 Mar; 46(3): 369-79.

(9) Morteson WB, Miller WC and the SCIRE Research Team. A review of scales for assessing the risk of developing a pressure ulcer in individuals with SCI. Spinal cord. 2008 Mar; 46 (3): 168-75.

(10) Defloor T, Grypdonck MFH. Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales. J Clin Nurs. 2005 Mar; 14 (3): 373-82.

(11) Fuentelsaz C. Valoración de la escala EMINA: un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Enferm Clin. 2001; 11(3): 97-103.

(12) Valls C, Sánchez A, Subirana M, Cadena R, Gich I. Validez de la escala de Norton para valorar el riesgo de presentar úlceras por presión en un hospital terciario: comparación con la escala EMINA. Enferm Clin. 2004; 14(6): 313-317.

(13) Rodríguez MC, García FP, Plaza F, de la Casa F, Martínez C, Noguera A et al. Validación de la escala EMINA. Gerokomos. 2005; 16 (3): 174-82.

AUTORES/AUTHORS:

JOSE ANTONIO RODRÍGUEZ MURILLO

TÍTULO/TITLE:

Educación diabetológica de seguridad al paciente anciano en una Unidad de Geriátrica de Adultos

1. Objetivos:

Describir el perfil de pacientes ingresados en la Unidad de Geriátrica de Agudos (UGA) con un diagnóstico de diabetes y la asociación con el tratamiento farmacológico pautado.

Capacitar a los pacientes que han sufrido un debut diabético a determinar las glicemias capilares y autoadministrarse la insulina pautada según protocolo, mediante una intervención educativa realizada por enfermeras.

2. Método: Durante el año 2016 se realiza un estudio prospectivo en un hospital de alta tecnología. La población de estudio son pacientes que ingresan en la UGA con diagnóstico de diabetes. Las variables analizadas son: sexo, edad, diabetes previa al ingreso, domicilio habitual, tratamiento durante al ingreso, fecha debut diabético y educación realizada. Se registra diariamente en una base de datos a los pacientes con un diagnóstico de diabetes que ingresan en la unidad y se analizan los tratamientos relacionados con la misma: insulina y/o antidiabéticos orales (ADOS). En colaboración con el personal de enfermería de la UGA se realizan formaciones individualizadas en la habitación a pacientes y/o cuidadores. Se dispone de hojas de información al paciente diabetológico con los siguientes temas: consejos dietéticos y nutricionales, de actividad física, administración de insulina, detección y tratamiento de hipoglicemias e hiperglicemias, medidas de glicemia capilar, prevención y tratamiento del pie diabético, y plantillas de alta para el registro de las formaciones. A los pacientes que precisan insulina al alta se les entrega un glucómetro y agujas de punción, y durante la hospitalización practican la técnica de medida capilar e inyección de insulina. Al alta del paciente se registra la formación realizada en el curso clínico de enfermería. Para asegurar el control y seguimiento posterior en el área básica de salud se acompaña un informe con las condiciones de alta del paciente. Se solicita autorización al Comité de Ética del hospital Clínico de Barcelona.

3. Resultados: Se recogió información de 236 pacientes, con media de edad 81,69 años. El lugar de residencia habitual es domicilio 207 (87,7%), piso tutelado 1 (0,4%) y Centro Socio sanitario 28 (11,9%). 24 pacientes (10,2%) no eran diabéticos previamente, 133 (56,4%) eran diabéticos con ADOS y 79 (33,5%) eran diabéticos con tratamiento previo con insulinas. Un total de 208 pacientes recibieron el alta (88,1%). Se realizaron un total de 55 formaciones (23,3%). Debutaron como insulino dependientes 19 pacientes (8,1%). Todos los pacientes con debut en tratamiento con insulina (100%) recibieron educación de seguridad y fueron capaces de hacerse las glicemias y autoadministrarse la insulina durante el ingreso.

4. Discusión

La educación terapéutica en pacientes con diabetes constituye una herramienta de gran utilidad que aporta conocimientos y habilidades al alta. El proceso educativo no consiste solo en transmitir los conocimientos sobre la enfermedad y estimular hábitos de vida saludables, sino también proporcionar recursos para que el paciente sea lo más autónomo posible en el cuidado de su enfermedad y mejore su calidad de vida.

Implicaciones para la práctica clínica:

Este trabajo refuerza otros que aseguran que la educación diabetológica es esencial, tanto individual como grupal. La formación ha de continuar después del alta en las áreas básicas.

El autor del presente estudio manifiesta que no existe conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *N Engl J Med.* 2011;365:2002–12.

Gómez Huelgas R, et al. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Med Clin (Barc).* 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.10.003>

Sinclair AJ, Paolisso G, Castro M, Bourdel-Marchasson I, Gadsby R, Rodriguez Manas L, et al. European Diabetes Working Party for Older People 2011 clinical guidelines for type 2 diabetes mellitus. Executive summary. *Diabetes Metab.* 2011;37:S27–38

Insulinización en el anciano con diabetes. *M. Seguí Díaz Av Diabetol.* 2010;26:320-5.

AUTORES/AUTHORS:

Marcos González-Ruiz, Juan Ignacio Torres-González, Jacinto Gómez-Higuera, Miriam Leñero-Cirujano, Alejandra Corpa-García, Jaime Jurado-Manso

TÍTULO/TITLE:

APLICABILIDAD CLÍNICA DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN LA CURA DE HERIDAS DE PIE DIABÉTICO: REVISIÓN SISTEMÁTICA

1. Objetivos

El objetivo de este estudio es realizar una revisión sistemática de todos los artículos publicados hasta la fecha para analizar la efectividad y la aplicabilidad clínica real del uso de la TPN en las úlceras de pie diabético.

2. Métodos

Método de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, CINAHL, SciELO y Web of Science en todos los idiomas, en un rango de fechas de 2000-2016, utilizando los siguientes operadores booleanos: ("negative pressure wound therapy" OR "vacuum assisted closure" OR "vacuum sealing drainage") AND ("diabetic foot" OR "diabetic wound" OR "diabetic ulcer").

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión aplicados en las bases de datos anteriormente mencionadas fueron los siguientes:

- Artículos originales científicos publicados en el rango de años 2000-2016.
- Artículos escritos en cualquier idioma.
- Estudios cuyos diseños fueran Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) o cuasiexperimentales.
- Estudios cuya muestra de población fuera el individuo adulto, con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años.
- Estudios cuyos objetivos fueran evaluar la efectividad y/o eficacia de la TPN en la curación de las úlceras de pie diabético.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión aplicados en las bases de datos anteriormente mencionadas fueron los siguientes:

- Estudios cuyos objetivos fueran evaluar la efectividad y/o eficacia de la TPN en heridas y lesiones distintas a las producidas en el pie diabético.
- Artículos cuyos diseños fueran estudios observacionales o aquellos que fueran revisiones sistemáticas y/o metaanálisis.
- Protocolos de estudios no desarrollados aún o estudios duplicados.
- Estudios que aportaran información insuficiente para juzgar su calidad metodológica o la calidad de sus resultados.

Selección y análisis de la calidad de los estudios

Para la realización de la revisión, se siguieron los criterios indicados en la declaración PRISMA acerca de la elaboración de revisiones sistemáticas. Se realizaron sucesivos cribados realizados por dos revisores para seleccionar los artículos incluidos en la revisión: se excluyeron los artículos duplicados, aquéllos que no cumplían los criterios de inclusión tras la lectura del título y el resumen, aquéllos incompatibles con esta revisión tras un análisis del estudio completo y aquéllos con una calidad metodológica insuficiente.

Se evaluó la calidad metodológica de los estudios, considerando la existencia o no de errores sistemáticos debido al diseño del

estudio y su realización (sesgos) y la probabilidad de errores aleatorios (intervalo de confianza de los resultados) para establecer la mayor precisión, validez interna y validez externa en la interpretación de los resultados.

Para ello, se utilizó la escala Jadad. Se seleccionaron aquellos estudios con una puntuación ≥ 3 , otorgándose a cada uno un nivel de calidad en función de la puntuación obtenida (3=calidad baja, 4=calidad moderada, 5=calidad alta).

Una vez seleccionados los artículos que se incluyeron finalmente en la revisión, los resultados se organizaron y representaron en una tabla, conteniendo la siguiente información referente a cada estudio:

- Objetivo del estudio.
- Diseño del estudio.
- Características de la muestra.
- Descripción breve de la intervención.
- Resultados y conclusiones del estudio.
- Nivel de calidad del estudio.

Tras el análisis de los resultados encontrados en el proceso de búsqueda, los estudios analizados en la revisión fueron organizados en dos niveles, en función de la variable principal: superficie del lecho de la herida y tiempo hasta la granulación.

3. Resultados

Búsqueda y selección de los artículos

Aplicando el diagrama de flujo de la declaración PRISMA de revisiones sistemáticas, el proceso de selección fue el siguiente:

- Artículos identificados: N=146
- Artículos seleccionados: N=97
- Artículos analizados a texto completo: N=45
- Artículos seleccionados para analizar su calidad: N=14

Tras los procesos de cribado, se incluyeron 12 estudios en la revisión final: siete en el grupo de superficie del lecho de la herida y los cinco restantes en el subgrupo de tiempo hasta la granulación. Únicamente tres de los artículos poseían una calidad metodológica baja(1,7,12); el resto, con una puntuación de 4 en la escala de Jadad, tenían un nivel de calidad moderado.

En cuanto al diseño de los estudios, cabe destacar que los 12 artículos seleccionados tenían un diseño simple ciego, debido a la dificultad de efectuar un estudio doble ciego en el ámbito de la cura de heridas, donde a simple vista se puede evidenciar el método usado con cada sujeto.

Superficie del lecho de la herida

La variable principal que utilizaron los 7 ECAs(1-7), fue la superficie del lecho de la herida, para lo cual se midió la superficie con tejido de granulación o la cicatrización parcial y/o total.

En la mayoría de los estudios(1-6) se comparó la efectividad de la TPN frente a la cura convencional húmeda, posterior a una limpieza del lecho con solución salina y un proceso de desbridamiento en aquellas heridas que lo requirieran.

Por el contrario, el estudio de Lavery et al(7) comparó heridas tratadas todas ellas con TPN, con la diferencia del tipo de material utilizado y la presión de vacío a la que se sometió la herida.

Únicamente el estudio de Blume et al(6), analizó la TPN también en términos de seguridad, junto a la efectividad del propio proceso.

Tiempo hasta la granulación

El tiempo hasta la granulación se utilizó como variable principal de medida por cinco ECAs, midiendo el tiempo hasta el inicio de la granulación o la curación completa de la herida.

La mayoría de los estudios(8-12), analizó la eficacia de la TPN en términos de tiempo frente a la cura húmeda convencional, a excepción del estudio de Yang et al(11), más orientado al componente fisiológico provocado en el lecho de la herida tras el uso de la TPN. Junto a éste, Karatepe et al(10) abordó la efectividad de la TPN en términos de confort y calidad de vida, diferenciándola de la cura húmeda tradicional.

Sólo uno de los estudios, el realizado por Apelqvist et al(12), abordó el estudio en términos de coste-efectividad, evaluando tanto los costes directos del uso de la TPN como los costes indirectos de visitas clínicas y procedimientos sanitarios.

4. Discusión

Esta revisión sistemática parece demostrar una mayor efectividad de la TPN frente a la cura húmeda tradicional en el tratamiento de las úlceras de pie diabético. Concretamente, los datos sugieren que la TPN pro-mueve una mayor superficie de tejido de granulación y reepitelización, disminuye la extensión de la herida y reduce el tiempo de curación.

Se seleccionaron 12 ECAs, generalmente considerados como el estándar de calidad en la investigación de intervenciones, los cuales se consideraron que poseían la calidad metodológica necesaria para tener en cuenta su validez. Cabe destacar que se encontró un protocolo de ensayo clínico en fase de recogida de datos y que no pudo ser incluido en esta revisión, por lo que se recomienda incluirlo en revisiones posteriores una vez publicados sus resultados.

Esta revisión pretende proporcionar una imagen completa y amplia acerca de la utilidad real de la TPN en la cura de heridas diabéticas. Sin embargo, resulta complejo valorar la validez real de la aplicabilidad clínica a partir de esta revisión, puesto que la mayoría de artículos seleccionados presentaron una muestra de pacientes muy pequeña con criterios de inclusión poco definidos. Por ello, creemos necesario añadir en futuros ECAs criterios de inclusión más severos, con control de factores de confusión tales como la edad, el sexo, la raza o el tipo y/o severidad de la diabetes. A pesar de ello, los datos encontrados parecen indicar que la TPN se encuentra asociada con un menor número de eventos adversos y complicaciones en la herida.

Los estudios que utilizaron como variable principal la superficie del lecho de la herida concluyeron de manera similar: las heridas curadas con TPN obtuvieron mayor superficie de tejido de granulación en el tiempo de estudio y cicatrizaron más rápido que las curadas con gasas húmedas. Estos resultados parecen sugerir una alta recomendación de usar TPN en heridas de pie diabético. Sin embargo, todos los estudios se realizaron en heridas crónicas con lechos limpios; por lo que se pone de manifiesto la necesidad de plantear en futuras investigaciones sujetos con heridas diabéticas de otras características o complicaciones.

Los resultados de los estudios referentes al tiempo hasta la granulación sugieren que las heridas curadas con TPN granulan aproximadamente en la mitad de tiempo. Esto puede ser debido fundamentalmente al propio mecanismo de acción de la TPN, que estimula la angiogénesis y la regeneración celular.

Aunque el objetivo de esta revisión es analizar la efectividad de la TPN en las heridas de pie diabético, re-sulta evidente el factor crucial que desempeñan los costes económicos en la elección de una técnica de cura u otra. Existen estudios que evalúan la relación coste-efectividad, concluyendo, al igual que el analiza-do de Apelqvist et al, la gran diferencia económica existente entre la TPN y cualquier otro tipo de cura. Además de los costes directos, el menor número de días necesarios en la curación total de la herida, junto al menor número de cambio de apósito diario, disminuye notablemente el tiempo de hospitalización y de visitas ambulatorias sucesivas.

Junto a los costes económicos, la literatura científica menciona los riesgos y las complicaciones potenciales derivados del uso de la TPN, como por ejemplo sangrado, irritación de la piel perilesional o infección de la herida. Resultaría interesante abordar en futuros estudios la eficacia de la TPN en términos de seguridad, pues son pocos los ECAs de esta revisión que la utilizan como variable de estudio. Además, junto a la seguridad del procedimiento, sería interesante analizar en futuras investigaciones el número de recidivas de heridas según un tratamiento u otro.

Esta revisión trata de ser una de las primeras en abordar exclusivamente la efectividad de la TPN en la cura de heridas de pie diabético. Existen multitud de estudios, revisiones y metaanálisis sobre la eficacia y efectividad del uso de esta terapia en grandes quemados, heridas traumáticas o heridas quirúrgicas abiertas; sin embargo, a pesar de su gran prevalencia, resulta sorprendente el escaso número de revisiones y metaanálisis cuyos objetivos sean las heridas de pie diabético.

Por último, dado que la mayor parte de la evidencia revisada se basa en pacientes con el lecho de la herida limpio, resultaría esencial realizar ensayos en poblaciones con heridas complejas, tales como infección o sobreesangrado, para analizar las posibles diferencias existentes entre la aplicabilidad clínica de las intervenciones en un grupo de pacientes u otro.

En conclusión, los resultados parecen indicar que la TPN consigue una mayor superficie de tejido de granulación, con la consiguiente mayor rapidez de cicatrización. Aun así, resulta necesario realizar futuros estudios que evalúen el impacto que la TPN tiene en el tratamiento de las úlceras de pie diabético, con el objetivo de incorporarla a la práctica clínica diaria.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se encontraron las siguientes:

- Existen pocos ensayos clínicos aleatorizados sobre la utilidad clínica de la TPN en las heridas de pie diabético.
- Muchos de los estudios acerca de la efectividad de la TPN se realizan con muestras muy pequeñas, lo que puede limitar la generalización de sus conclusiones.
- Existe muy poca evidencia acerca de las diferencias de efectividad de la TPN en función de las complicaciones presentes en la herida.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Nain PS, Uppal SK, Garg R, Bajaj K, Garg S. Role of Negative Pressure Wound Therapy in Healing of Diabetic Foot Ulcers. J Surg Tech Case Rep. 2011;3(1):17-22.
2. Lavery LA, Barnes SA, Keith MS, Seaman JW, Armstrong DG. Prediction of healing for postoperative diabetic foot wounds based on early wound area progression. Diabetes Care. 2008;31(1):26-9.
3. Akbari A, Moodi H, Ghiasi F, Sagheb H, Rashidi H. Effects of vacuum-compression therapy on healing of diabetic foot ulcers. J Rehabil Res Dev. 2007;44(5):631-6.
4. Lone AM, Zaroo MI, Laway BA, Pala NA, Bashir SA, Rasool A. Vacuum-assisted closure versus conventional dressings in the management of diabetic foot ulcers. Diabet Foot Ankle. 2014;5:23345.
5. Eginton MT, Brown KR, Seabrook GR, Towne JB, Cambria RA. A Prospective Randomized Evaluation of Negative-pressure Wound Dressings for Diabetic Foot Wounds. Ann Vasc Surg. 2003;17(6):645-9.
6. 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. Diabetes Care. 2008;31(4):631-6.
7. Lavery, L A. Fontaine, J. Thakral, G. Kim, P J. Bhavan, K. Davis K. Randomized Clinical Trial to Compare Negative- Pressure Wound Therapy Approaches with Low and High Pressure, Silicone- Coated Dressing, and Polyurethane Foam Dressing. Plast Reconstr Surg. 2014;133(3):722-6.
8. Sepúlveda G, Espíndola M, Maureira M, Sepúlveda E, Fernández JI, Oliva C, et al. Curación asistida por presión negativa comparada con curación convencional en el tratamiento del pie diabético amputado. Ensayo clínico aleatorio. Cir Esp. 2009;86(3):171-7.
9. Etöz A, Özgenel Y, Özcan M. The use of negative pressure wound therapy on diabetic foot ulcers: a preliminary controlled trial. Wounds. 2004;16(8):264-9.
10. Karatepe O, Eken I, Acet E, Unal O, Mert M, Koc B, et al. Vacuum assisted closure improves the quality of life in patients with diabetic foot. Acta Chir Belg. 2016;111(5):298-302.
11. Yang S-L, Han R, Liu Y, Hu L-Y, Li X-L, Zhu L-Y. Negative pressure wound therapy is associated with up-regulation of bFGF and

ERK1/2 in human diabetic foot wounds. *Wound Repair Regen.* 2014;22(4):548-54.

12. Apelqvist J, Armstrong DG, Lavery LA, Boulton AJM. Resource utilization and economic costs of care based on a randomized trial of vacuum-assisted closure therapy in the treatment of diabetic foot wounds. *Am J Surg.* junio de 2008;195(6):782-8.

AUTORES/AUTHORS:

Víctor Fradejas Sastre, Gabriela Fernández Veiga, Ana Rosa Alconero Camarero, Tamara García Camarero, Carmen Sarabia Cobo, Jose María de la Torre Hernández, Mercedes Benito Alfonso, María Sainz González, Elena Fernández Peña

TÍTULO/TITLE:

Perfil del paciente con cardiopatía isquémica en el uso de las Tecnologías de la Innovación y la Comunicación

Objetivo.

Analizar el uso de las Tecnologías de la Innovación y la Comunicación (TICs) según el perfil social en pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica.

Método.

Diseño descriptivo transversal realizado entre junio de 2016 y marzo de 2017. Muestra por conveniencia de pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica en un hospital de tercer nivel y sometidos a un cateterismo cardiaco que accedieron a participar.

Se analizó el uso de las nuevas tecnologías según el sexo, la edad, lugar de residencia (rural o urbano) y nivel de estudios. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario estandarizado de entrevista clínica, que incluía las características sociodemográficas, datos clínicos, hábitos de vida cardiosaludables, autocuidado/gestión de su enfermedad, así como datos relacionados con el mundo 2.0 y las TICs.

Las variables categóricas fueron descritas mediante porcentajes y las variables cuantitativas continuas mediante la media (desviación estándar). La estadística inferencial se llevó a cabo mediante Chi cuadrado, para comparar variables cualitativas, y para las variables continuas se realizó mediante la «t» de Student o U de Mann-Whitney. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS para Windows v. 20, con una significación estadística a del 0,05.

Resultados.

Participaron 516 pacientes. El 76% fueron hombres (n=391) y el 24% mujeres (n=125). En estas la edad media fue de 70±13años. No se observaron diferencias en cuanto al uso de redes sociales entre ambos sexos de forma global. Los hombres utilizaban más internet, Apps de salud, tienen más móviles tipo Smartphone y portátiles (p<=0,05). Casi un cuarto de ellos consulta información sobre su enfermedad frente a sólo un 7% de mujeres (p=0,08).

El residir en ámbito rural (<2500 habitantes) o no, no demostró diferencias significativas en cuanto al acceso y uso de TICs, sin embargo, el tener o no estudios universitarios mostró claras diferencias en todos los ítems, como el uso de Facebook en universitarios 34% vs no universitarios 14% (p=0,001), móvil tipo Smartphone en universitarios 77% vs no universitarios 47% (p=0,001) o disponibilidad de internet en casa en universitarios 79% vs 56% en no universitarios (p=0,001).

Discusión.

A pesar de que la evidencia publicada sugiere que el uso de las TICs entre los profesionales sanitarios crece a un ritmo vertiginoso (1), el perfil actual del paciente con cardiopatía isquémica nos muestra que el uso de estas es aún relativamente bajo en comparación.

Hay un mayor uso de estas tecnologías entre pacientes con perfil universitario, pero no se aprecian diferencias importantes por sexo, edad o zona de residencia.

Los resultados del estudio nos permiten dibujar con más precisión el perfil del paciente cardiópata isquémico y poder determinar así la población sobre la que poder aplicar proyectos de E-Health o E-Salud, términos que aluden a la práctica de cuidados sanitarios apoyada en las TICs.

Conocer el perfil del paciente sobre el que podemos aplicar estos proyectos, no es más que el inicio de todo el proceso. Identificado el perfil de paciente al que podríamos acceder para llevar a cabo una práctica de cuidados sanitarios apoyada en las TICs, nos obliga ahora a analizar mediante nuevas líneas de investigación, las limitaciones inmediatas que podrían ofrecer los profesionales sanitarios en cuanto a la falta de formación y acceso a las nuevas tecnologías (2).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- García Garcés, Hans; Navarro Aguirre, Lelys; López Pérez, Mayda; Rodríguez Orizondo, María de Fátima. Tecnologías de la Información y la Comunicación en salud y educación médica. Rev Edumecentroe. 2014;6(1):253-265.
- 2.- Carcar Benito, Jesús Esteban. Problemática del teletrabajo para los profesionales sanitarios. Rev Andaluza de Relaciones Laborales. 2015;33:89-108.

Mesa de Comunicaciones 12: Envejecimiento y fragilidad

Concurrent Session 12: Aging and Fragility

AUTORES/AUTHORS:

Alejandro Morales Jinez, Rosita Rodríguez Ibarra, Alicia Ugarte Esquivel, Francisco Javier López Rincón, Luz Elena Rodríguez Mejía, Yolanda Ivonne Trujillo León, Irma Andrade Valles, Jesús Antonio Alcalá Valenzuela

TÍTULO/TITLE:

Diferencia de carga alostática en los adultos mayores del norte de México que tienen y no tienen un perro como mascota

Introducción: Actualmente, se sabe que los factores psicosociales son los que desencadenan respuestas estresantes en la mayoría de los adultos mayores, un grupo etario que se encuentra en aumento a nivel mundial. Cuando un adulto mayor percibe una situación como estresantes o peligrosa, inicia una serie de reacciones fisiológicas (Liberación de cortocosteoroides) en el cuerpo para afrontarlas y llegar a un equilibrio o alostásis. Si la persona no logra adaptarse a una situación estresante entonces se produce la carga alostática o estrés crónico, que es definido como el uso y desgaste fisiológico derivado de la activación desproporcionada e ineficaz del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal y el sistema nervioso autónomo (SNA), y da como resultado alteraciones a la salud. En México, se estima que el 80% de los hogares tienen un perro como mascota y con mayor frecuencia se ve a los adultos mayores en compañía de perros. Algunos autores indican que la compañía de animales, en especial de perros, pueden influir en la salud, sin embargo, aún existe controversia en las investigaciones de este campo.

Objetivo: Comparar el nivel de carga alostática de una muestra de adultos mayores residentes en el norte de México que tienen y no tienen un perro como mascota.

Métodos: Estudio descriptivo comparativo de corte transversal. Se estudió una muestra de 109 adultos mayores habitantes del norte de México, seleccionados por conveniencia. Los datos se colectaron mediante una ficha sociodemográfica que contenía datos personales del adulto mayor, así como una muestra de sangre en ayuno. La carga alostática incluyó 11 biomarcadores: colesterol, lipoproteínas de alta densidad, cortisol, proteína C reactiva, fibrinógeno, hemoglobina glucosilada, IMC, índice cintura cadera, circunferencia abdominal, Presión arterial sistólica y diastólica. El proyecto se aprobó por el comité de ética e investigación y se dio a firmar el consentimiento informado al adulto mayor. Los datos se capturaron en el programa SPSS versión 22 para Mac y se realizaron análisis con estadística descriptiva (medidas de tendencia central y frecuencias relativas) e inferencial (U de Mann Whitney y Chi cuadrada).

Resultados: De los 109 adultos mayores de los cuales tenían un perro mascota y no tenían mascota, el promedio de edad fue de 68.4 años (DE= 6.2), el 76.1% (83) eran mujeres y el 23.9% (26) hombres, del total el 45%(49) tenían pareja y el 55%(60) eran solos. De los adultos mayores con mascota la moda fue de 1 y fue un regalo por parte de la familia o amigos en el 69.8% (37) de los casos. La mayoría de los perros eran de raza pequeña y mediana. Al realizar el análisis estadístico, se observó diferencia significativa de la carga alostática entre los adultos mayores con mascota y lo que no tenían mascota [$U= 1148.5, p=.036$]. Al aplicar la Chi cuadrada para asociar el nivel de carga alostática con la tenencia de mascotas, se observa que existe una mayor frecuencia de adultos mayores con carga alostática baja en quienes tienen mascota que en aquellos que no tienen ($X^2= 4.42, gl= 1, p= .03$)

Discusión: Se concluye que en la muestra estudiada, la carga alostática de los adultos mayores que tienen un perro como mascota es menor que aquellos que no poseen una mascota. Esto concuerda con lo reportado por algunos autores que indican que la compañía de una mascota puede influir de forma positiva en la salud. Estos hallazgos son importantes para la práctica de la enfermería para el primer nivel de atención a la salud, ya que puede ser una intervención novedosa el reducir los niveles de carga alostática o estrés crónico por medio de mascotas y evitar complicaciones. Es necesario profundizar en el nivel de apego de apego a la mascota del adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Bokkers, E.A.M. (2006). Effects of interaction between humans and domesticated animals. En Hassink, J. & Van Dijk, M. (Eds.), *Farming for Health, Green-care farming across Europe and the United States of America* (pp. 31-41). Netherlands: Springer.
- Cherniak, E.P. & Cherniak, A.R. (2014). The benefit of pets and animal-assisted therapy to the health of older individuals. *Current of gerontology and greiatrics research*: 1-9.
- González, M.T. & Landero, R. (2011). Estrés. En Moral, J., Valdez, J.L., González, N.I. & López, A. (Eds.), *Psicología y salud*, (pp. 217-232). Coahuila, México: CUMEX.

- Headey, B., Na, F. & Zheng, R. (2008). Pet Dogs Benefit Owners' Health: A 'Natural Experiment' in China. *Social Indicators Research*. 87: 481-493.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). Perfil sociodemográfico de adultos mayores. México: INEGI.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer.
- Lee, H.S. (2014). El mercado creciente de las mascotas en México: beneficios y oportunidad de negocios. *INCEPTUM*. 9 (17): 7-27.
- Núñez, F., León, M., Morales, M.A. & Rosa, M. (2004). La relación del adulto mayor con los animales de compañía en una comuna de Santiago. *Avances en Ciencias Veterinarias*. 9 (1-2): 75-79.
- O'Haire M. (2010). Companion animals and human health: Benefits, challenges, and the road ahead. *Journal of Veterinary Behavior*. 5 (5): 226-234.
- Siegel, J.M. (2011). Pet ownership and health. En Blazina, C., Boyraz, G. & Shen-Miller, D. (eds.), *The Psychology of the Human-Animal Bond* (pp. 167-177). Nashville, Tennessee: Springer.
- Sánchez, R. & Echeverry, J. (2004). Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud Pública*. 6 (3): 302-318.
- Walsh F. (2009). Human-Animal Bonds I: The Relational Significance of Companion Animals. *Family Process*, 48 (4): 462-480.
- Winefield, H., Black, A. & Chur-Hansen, A. (2008). Health effects of ownership of and attachment to companion animals in an older population. *International Journal of Behavioral Medicine*. 15: 303-310.

AUTORES/AUTHORS:

Isabel Feria Raposo, M^a Carmen Vilchez Estevez, Ferran Gil Guiñón, Isabel Del Amo Fernández, Jordi González Jiménez, Mónica Pastor Ramos, Eva Vilchez Estevez, Miriam Broncano Bolzoni, Isabel García Piernas

TÍTULO/TITLE:

Acciones de mejora implantadas en una unidad de salud mental para disminuir la incidencia de caídas y sus consecuencias

Objetivo:

Evaluar la eficacia de las acciones de mejora implantadas por la comisión de riesgo de caídas en la unidad de agudos de salud mental de Benito Menni CASM para la disminución de las caídas y sus consecuencias.

Método:

Estudio cuasi experimental pre-test post-test.

La población estudiada son todos los pacientes ingresados en la unidad de agudos de Benito Menni CASM durante el periodo de estudio. La muestra la componen todos los pacientes ingresados y que sufren una caída en los dos periodos en los que se recogen los datos.

Tras realizar un análisis de las causas de incidencia de caídas y sus barreras, en las caídas producidas durante el primer periodo (segundo semestre año 2015), se estableció un plan de tratamiento del riesgo con acciones de mejora: formativas, estructurales, funcionales y organizativas.

Las acciones de mejora implantadas fueron:

- Sustitución de bañeras por duchas, colocación de suelo antideslizante y agarraderas.
- Realización de talleres formativos de 2h de duración en prevención de caídas para los profesionales de la unidad, con casos prácticos para su reflexión.
- Valoración del riesgo de caídas con una escala, en el momento del ingreso y cuando la situación del paciente lo requiere.
- Vinculación de los potenciales riesgos del paciente, entre ellos el de caídas, en el plan de cuidados de enfermería.
- Implicación del paciente y familia en el proceso de cuidados, y atención al riesgo de caídas.
- Identificación de la persona con riesgo de caídas mediante una pulsera de color y una pegatina identificadora en cabezal de la cama.
- Ubicación del paciente con riesgo en zonas próximas a control de enfermería y/o asegurar accesibilidad a timbre de llamada.
- Valoración de forma individual del uso de barandillas durante el descanso nocturno.
- Coordinación periódica del enfermero referente de caídas de la unidad con la comisión de caídas, para valorar las causas de las caídas producidas y determinar acciones preventivas.
- Supervisión por parte de la comisión de la implantación y el seguimiento de las medidas preventivas establecidas.
- Revisión y modificación de los Indicadores de calidad de caídas para la evaluación de resultados

Se realiza una segunda recogida de datos de todos los incidentes acontecidos en el segundo semestre del 2016 y se analizan los resultados.

Conflicto de intereses:

No existe conflicto de intereses.

Resultados:

Durante el primer periodo de estudio se producen 73 caídas; 43,83% durante la noche. El 68,40% eran pacientes autónomos en la marcha y estaban desorientados y/o confusos en un 20,54% de los casos. El lugar más prevalente donde se cayeron los pacientes fue la habitación con un 42,46%, seguidos por el baño con un 13,69%. El 57,53% se produjo una contusión y/o herida que no

precisó sutura, no hubo fracturas. Prácticamente el 100% de los pacientes tenía prescrito más de 3 fármacos entre ellos antipsicóticos, ansiolíticos y/o antidepressivos. Casi un 60% tenía prescritos hipotensores y/o diuréticos.

Durante el segundo periodo de estudio (segundo semestre año 2016) se produjeron 36 caídas; lo que supuso una reducción del 50%.

Disminuyeron las caídas durante la noche (pasando de 32 a 13 caídas), manteniéndose estables los porcentajes de pacientes autónomos en la marcha (50%) y de estado cognitivo desorientado y/o confuso (22,22%). El 44% se produjo en la caída contusión y/o herida que no precisó sutura y hubo una fractura. Continúa siendo el lugar más frecuente la habitación, aunque en menor proporción con un 30,55%.

Discusión:

Como las poblaciones atendidas durante los dos periodos de estudio eran comparables entre sí y las demás condiciones en la unidad de agudos se mantuvieron estables, a pesar de que los resultados no se han obtenido con un estudio experimental, en gran medida podemos atribuir la disminución de las caídas a las medidas preventivas de mejora implantadas.

El estudio y análisis de los datos (causas, barreras, criticidad del riesgo...) nos ha permitido implantar buenas prácticas para la prevención de caídas en pacientes con fase aguda en una unidad de salud mental. La identificación de los factores de riesgo y la posterior implantación de medidas preventivas ha demostrado ser eficaz para la disminución de las caídas y sus consecuencias aumentando así la seguridad del paciente hospitalizado.

Esperamos confirmar los datos con la tendencia mantenida a lo largo de este año 2017.

Implicación en la práctica clínica:

El personal sanitario debe realizar una correcta valoración inicial y periódica, para identificar a los pacientes con riesgo de caídas, ya que una implantación de medidas preventivas pueden evitarlas y mejorar la calidad de vida de éstos, así como reducir los elevados costes que se generan a consecuencia de éstas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Aranaz Andrés JM. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; febrero 2006.
2. Healey, F. et al. Slips, trips and falls in hospital. The third report from the Patient Safety Observatory. National Patient Safety Agency.2007. Disponible en: www.npsa.nhs.uk
3. Díaz GJ, Gil C, Andrade V, Alonso R, Álvarez S, Reinoso S. Factores asociados con la aparición de caídas en ancianos institucionalizados: un estudio de cohortes. Rev Esp Geriatr Gerontol 2009; 44(6):301-304.
4. Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing. Caídas en hospitales. Best Practice 1998, 2:1-6. (Actualizada: 15-3-2007)

AUTORES/AUTHORS:

Eduardo Candel Parra, Pilar Córcoles Jiménez, Milagros Molina Alarcón, M^a Delirio Jiménez Sánchez

TÍTULO/TITLE:

Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con Enfermedad de Parkinson en el Área de Salud de Albacete

OBJETIVO: Determinar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en las distintas etapas de la Enfermedad de Parkinson (EP) en pacientes de la Unidad de Trastornos del Movimiento (UTM) del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

MÉTODOS: Estudio de cohortes.

Población: pacientes con EP en etapa inicial, intermedia y avanzada, atendidos en la UTM durante los años 2014-2016.

Criterios de exclusión: Rechazar la participación en estudio. No tener posibilidad de contactar por teléfono o no comprender el castellano.

MUESTRA: 155 pacientes consecutivos.

Variables: sociodemográficas, tiempo evolución EP, estadio según Hoehn-Yahr (HY), complicaciones motoras y no motoras, tratamiento farmacológico y no farmacológico, CVRS medida con PDQ-39 (instrumento validado con 39 ítems (0-4): 10 en movilidad, 6 AVD, 6 bienestar emocional, 4 estigma, 3 apoyo social, 4 estado cognitivo, 3 comunicación y 3 malestar corporal, Summary Index (0-100), necesidad de cuidador principal, nivel dependencia, mortalidad.

Se realizan tres mediciones, basal (T0), al año (T1) y dos años (T2); mediante historia clínica y entrevista presencial o telefónica.

Análisis estadístico: descriptivo, frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y dispersión. Intervalo confianza (IC) 95%. Análisis bivariante: asociaciones de CVRS y factores relacionados; correlación, t Student y ANOVA, Chi-cuadrado, según tipo de variables.

RESULTADOS: 155 pacientes, 59,4% (92) hombres, edad media 69,51 (dt=8,63), casados 75,5% (117), conviven en familia 85,8%; jubilados 73,5% (114), nivel de estudios primarios 82,6% (128); conviven con enfermedad 9,71 años (dt=6,46). La mayor parte se encuentran en Estadio II 41,93% (65). Un 48% tienen cuidador. Los síntomas motores están presentes en todas las etapas de la enfermedad: lentitud de movimientos (86,23%), inestabilidad postural (55,5%), en ambos casos baja ligeramente al año y los dos años. Entre los síntomas no motores, se presentan: fatiga 67%, dolor 58%, somnolencia 55%, incontinencia urinaria 51%, depresión-apatía 49%, estreñimiento 48%, insomnio 41%, disfagia 35%. El nivel de dependencia aumenta progresivamente T0 Grado I (GI) (3,2%); T1 GII (7,9%); T2 GII (14,5%). Tienen reconocida invalidez un 55% y reciben pensión un 82,6%. En cuanto a CVRS la puntuación media es de 26% (T0), 28% (T1) y 28 (T2); las dimensiones que más influyen son: movilidad (39,26), bienestar emocional (36,39) y malestar corporal (33).

DISCUSIÓN: Como en otros estudios, la mayoría de pacientes se encuentran en los estadios II y III, lo que implica presencia de síntomas motores que influyen directamente sobre movilidad y actividades de la vida diaria, que son percibidos como deterioro de la CVRS. De igual forma muestran mayor impacto sobre ella, las discinesias que afectan no solo a la movilidad sino también al bienestar emocional, comunicación y dolor o malestar corporal. Los síntomas no motores son percibidos por los pacientes como peor CVRS, deterioran más la percepción de salud que los síntomas motores. La percepción de CVRS no se modifica de forma sustancial a partir del Estadio III, a pesar de encontrarse en el IV o V.

Implicaciones prácticas: Determinar los aspectos que más influyen en la percepción de la CVRS en pacientes con EP permitirá crear programas específicos de formación o diseñar intervenciones educativas para prevenir su deterioro.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (EPDA) EPDA. La vida con Parkinson. Síntomas no motores Bruselas: European Parkinson's Disease Association (EPDA); 2011.
- González Gil J, González Benítez J, Castro López J. Actuación de Enfermería en el Parkinson. In. Madrid: Bubok Publishing S.L; 2012.
- López del Val L. Enfermedad de parkinson. In López del Val LJ, Linazasoro Cristobal G. Parkinson y discinesias. Abordaje diagnóstico y terapéutico. Madrid: Médica Panamericana, S.A.; 2012. p. 215-268.
- Martínez Martín P. Calidad de vida relacionada con la salud en la Enfermedad de Parkinson. Barcelona: Medicina stm Editores, S.L.; 2002.
- Mitra T, Naudu Y, Martínez Martín P, et al. &th international congress on mental dysfunctions and other non motor features in Parkinson's disease and related disorders. In The non declaration of no motor symptoms of Parkinson's disease to healthcare professionals; 2008; Dresden. p. POII.
- Rahman S, Hall J, Griffin A, al e. Quality of life in Parkinson's disease: The relative importance of the symptoms. Movement Disorders. 2008 23; 10(1428-1434).
- Ruiz-García M, Gómez-Hontanilla M, Ruiz-García A, Ruiz-García J, Ruiz-García A, Herráez-Izquierdo V. Calidad de vida de los enfermos de Parkinson tras tratamiento quirúrgico. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2011;(33): p. 10-5.

AUTORES/AUTHORS:

M^a DOLORES GARCÍA RAYA, CATALINA ROSA MUNAR MIR, VERONICA LLUCH GARVI, M^a JOSEFA RODRÍGUEZ MORENO

TÍTULO/TITLE:

PROYECTO SINCA "SIN CAÍDAS HOSPITALARIAS". ANÁLISIS SITUACIONAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define caída como "acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga". Considera las caídas como uno de los mayores problemas con los que nos encontramos en la salud pública ya que es la segunda causa de muerte por lesiones no intencionadas. Afectan sobre todo a las personas mayores, produciéndose tanto a nivel comunitario como a nivel intrahospitalario. Conllevan un aumento de la morbimortalidad, una prolongación de la estancia hospitalaria y un aumento del coste sanitario. Entre sus consecuencias encontramos diferentes tipos de lesiones físicas (heridas, fracturas, contusiones, lesiones de cabeza y traumatismos cráneo-encefálicos) y psíquicos (síndrome post-caída, pérdida de autoestima, pérdida de autonomía).

La seguridad del paciente es uno de los pilares en los que se debe apoyar la práctica clínica tanto desde una perspectiva ética como desde la mejora de la calidad asistencial en los hospitales.

En una primera fase el proyecto SINCA permitirá conocer la magnitud de las caídas; causas, consecuencias en el ámbito hospitalario.

OBJETIVOS

Conocer las caídas comunicadas en el Hospital Son Llàtzer desde el 21/07/2008 al 31/07/2015 y sus características en cuanto a: variables sociodemográficas, áreas asistenciales, riesgo de caída del paciente, factores de riesgo (estructurales, fisiopatológicos, tratamiento farmacológico y GRD), descripción del evento (lugar, horario, actividad realizada por el paciente y consecuencias de la caída).

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo. Ámbito: Unidades asistenciales ambulatorias y de hospitalización. Población a estudiar: todos los pacientes en cualquier rango de edad que sufren una caída. Las variables de estudio son: caída del paciente, variables sociodemográficas, riesgo de caída (según escala Downton), lugar, actividad, factores estructurales y factores del paciente, unidad asistencial, turno de trabajo y consecuencias de las caídas. Las variables se recogieron mediante el sistema de notificación de caídas.

Se utilizó el paquete Statistcal pacakage for Social Sciences [SPSS] para los cálculos estadísticos.

RESULTADOS

Se comunicaron 1.043 caídas, el 59,2% (819) fueron hombres, por edad el 68,2% (957) mayores de 65 años. Identificados como pacientes con riesgo de caída el 59,2% (831), con GRD de Insuficiencia Cardíaca el 13,8% (194) y Neoplasias el 11,8% (165), en tratamiento con Hipotensores el 28,0% (393), Benzodicepinas el 23,2% (325) y diuréticos el 22,4% (314). Las caídas tienen lugar en unidades de hospitalización el 91,3% (1281) y de éstas en unidades asistenciales médicas el 73% (1024), durante el turno de noche el 45,2% (634). El espacio físico donde se producen es en la habitación del paciente el 59,5% (835) y en el baño el 32,0% (449), estando el paciente en bipedestación el 32,6% (458), en cama el 28,9% (405) y el WC el 16,3% (228). La actividad realizada por el paciente en el momento de la caída era; movilización el 46,8% (656), higiene el 8,4%(118). Condicionaron la caída factores del paciente el 81,0% (3037) y factores estructurales el 19,0% (703). Tras la caída mantienen el nivel de conciencia de alerta el 86,3% (1211), presentan lesiones el 30,4% (426), siendo la contusión /hematoma el 56,1% (302), localizadas en la cabeza el 40,0% (215),

precisaron cura simple el 38,8% (219) y sutura el 33,4% (189).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la edad, condición física, tratamiento farmacológico y las especialidades médicas son factores determinantes en las caídas. Además, existe un porcentaje muy elevado de pacientes que han sido valorados como pacientes sin riesgo de caída y que sufren una caída, por lo que una escala de valoración con mayor especificidad que la que utilizamos en la actualidad ayudaría a identificar mejor a pacientes de riesgo. En nuestra serie de casos, la acción que predispone a la caída es la movilización voluntaria del paciente.

Las implicaciones para la práctica más importante derivadas de este estudio son la educación sanitaria al paciente y cuidadores para evitar la caída durante el ingreso y la elaboración de planes de cuidados individualizados en los que se identifiquen el deterioro de la movilidad física, los objetivos y las intervenciones a realizar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. OMS. Caídas. Nota descriptiva nº 344. Septiembre 2016. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en (Consultado el 19/10/2016).
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Boletín informativo: prevención de las caídas en las personas de edad avanzada. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: www.msssigob.es/profesionales/asludpublica/prevPromocion/docs/caidas.pdf (consultado el 19/10/2016).
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidades de enfermería en hospitalización polivalente de agudos. Estándares y recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad y Política social.2009
4. Joint Commission. Sentinel Alert Event. Joint Commission Issue 55. Septiembre 28. 2015. Disponible en: www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA.55. (Consultado el 19/10/2016)
5. Healey F, Darowski A, Lamont T, Panesar S, Poulton S, Trembl J, et al. Essential care after an inpatient fall: summary of a safety report from the national patient safety agency. *BMJ BR MED J (OVERSEAS & RETIRED DOCTORS ED)* 2011 02/12; 342(7793):382-383 2p.
6. Halfens RJG, Meesterberends E, Nie-Visser N, Lohrmann C, Schönherr S, Meijers JMM, et al. International prevalence measurement of care problems: results. *J Adv Nurs* 2013 09;69(9):e5-e17 1p.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca. Informe técnico Diciembre 2008. Informes, Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad y Política social.2009
8. García-Huete M, Sebastián-Viana T, Lema-Lorenzo I, Granados-Martín M, Buitrago-Lobo N, Heredia-Reina MP et al. Las caídas hospitalarias, estrategia de mejora para disminuir su incidencia. *Enferm. Clin.* 2016; 26(2): 96-101.
9. Hilbe J, Schulz E, Linder B, Them C. Development and alarm threshold evaluation of a side rail integrated sensor technology for the prevention of falls. *INT J MED INFORM* 2010 03;79(3):173-180 8p.
10. Barker A, Brand C, Haines T, Hill K, Brauer S, Jolley D, et al. The 6-PACK programme to decrease fall-related injuries in acute hospitals: protocol for a cluster randomised controlled trial. *Inj Prev* 2011 08; 17(4):1-6 6p.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves I

Session of Oral Brief Presentations I

AUTORES/AUTHORS:

Cecilia Tapia Casellas, Beatriz Sanchez Gonzalez, Pamela Rodriguez Latorre, Jessica Merchan Naranjo, Jose Romo Villa, Mara Parellada Redondo

TÍTULO/TITLE:

Nuestros cien primeros pacientes

Introducción

Los pacientes con trastornos del espectro autista (TEA) presentan una mayor morbilidad y mortalidad que la población general. Por lo tanto, además de los programas generales de promoción de la salud (como vacunaciones, controles ginecológicos, revisiones odontológicas, etc.), estos pacientes necesitan protocolos de atención especiales que tengan en cuenta sus peculiaridades y la frecuencia de condiciones médicas subyacentes(1,2,3).

Actualmente el TEA continúa siendo considerado una enfermedad desconocida y unido a su baja prevalencia hace que muchos profesionales sanitarios no tengan experiencia en el manejo de estos pacientes, cuyas dificultades de base condicionan de forma importante su relación con los demás.

Objetivo

El Programa AMI-TEA, para la Atención Médica centralizada e Integral de los pacientes con TEA, se constituyó para facilitar el acceso a los servicios sanitarios y los procesos dependientes o derivados de ellos (pruebas complementarias, ayudas técnicas especiales, etc.) a estas personas, así como para mejorar la coordinación con los recursos no sanitarios en la atención a la salud de las personas con TEA.

Desde la consulta de enfermería nos surge la necesidad de adaptarnos y adecuar nuestros cuidados al tipo de pacientes que atendemos, por eso nos planteamos:

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de los primeros pacientes que acuden a la consulta AMI-TEA.
2. Evaluar su estado de salud mediante una analítica completa y medidas antropométricas.
3. Conocer las características de los pacientes de la Unidad: comorbilidades médicas, motivo de consulta y tratamiento administrado.
4. Programar intervenciones de enfermería que cubran las necesidades de estos pacientes.

Método

Estudio descriptivo, observacional, de muestras consecutivas.

Para la consecución de estos objetivos se planteó reclutar a los 100 primeros pacientes que acudieron al programa AMI-TEA (desde enero de 2010) del Departamento de Psiquiatría Infantil del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Se realizó una analítica a los pacientes que la necesitaban y se registraron datos clínicos (diagnóstico, tratamiento actual, motivo de consulta y comorbilidades médicas) y antropométricos.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables de forma global utilizando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se utilizó media y desviación típica si tenían una distribución normal.

Resultado

Se reclutaron 129 pacientes (8.9 años de media y 84% varones). El diagnóstico principal fue TEA (79.8%). El 72% de los pacientes se encontraba en tratamiento farmacológico (50% tomaban antipsicóticos, el 17.8% antiepilépticos y el 14% psicoestimulantes). El principal motivo de consulta fue alteraciones de conducta (62.8%), estereotipias (27.9%) y alteraciones del lenguaje (13.2%). Las comorbilidades médicas asociadas se encuentran dentro de las especialidades de Neurología, Otorrinolaringología y Dermatología. La analítica sanguínea se encuentra dentro de los límites normales, excepto en Vitamina D, donde la mayoría de pacientes presenta insuficiencia. El Índice de Masa Corporal medio es normal (normopeso).

Discusión, implicaciones práctica clínica

Creemos que el programa AMI-TEA se ha convertido en un modelo de desarrollo de un servicio útil y necesario, se ha convertido en un observatorio ideal para detectar las necesidades y las carencias en la asistencia a personas con autismo.

Las personas con TEA presentan determinadas patologías médicas con mayor frecuencia que la población general.

La enfermera gestora de casos de la unidad debe facilitar el acceso (reducción de esperas y trámites burocráticos) a los servicios sanitarios y los procesos derivados de ellos (pruebas complementarias, ayudas técnicas especiales, etc.) así como a la coordinación con recursos no sanitarios para estos pacientes. Debe adaptarse a las necesidades básicas de estos pacientes: nivel de lenguaje, comunicación, dificultades sensoriales, fobias, necesidades especiales y peculiaridades conductuales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Álvarez R., Lobatón S. and Rojano M. (2005). Las personas con autismo en el ámbito sanitario: una guía para profesionales, familiares y personas con TEA. Federación Autismo Andalucía. Federación Autismo Andalucía.
- 2.Belinchón, M., Hernández, J., Martos, J.; Morgade, M.; Murillo, E., Rodríguez F.; Palomo, R.; Prieto, A. and Tamarit J. (2001). Situación y necesidades de las personas con trastornos del espectro autista en la Comunidad de Madrid. Obra Social Caja Madrid. Madrid. Ediciones Martín & Macías.
- 3.Cuervo A, Idiazábal-Aletxa MA, Mulas F, S. Palacios S, Tamarit J, Martos-Pérez J, Posada-De la Paz M, (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista, Revista de Neurología, 43: 425-438.

AUTORES/AUTHORS:

Daniel Pérez Valdecantos, Georgina Cano Herrero, Sergio Soto Soria

TÍTULO/TITLE:

ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL EN PERSONAS REFUGIADAS EN ESPAÑA

OBJETIVOS:

Evaluar la salud mental de una muestra significativa de personas refugiadas asentadas en nuestro país.

MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo transversal a las personas refugiadas asentadas en las provincias de Soria, Madrid y Guipúzcoa, usuarios de diversas fundaciones e instituciones desde enero hasta mayo de 2017 utilizando el cuestionario Refugee Health Screener (RHS-15). Los participantes han sido un total de 53 personas siendo criterio de inclusión poseer la condición de refugiado en nuestro país y ser mayor de edad.

Para la recogida de datos se contactó vía email y telefónicamente con las asociaciones anteriormente mencionadas. A todas ellas se les remitió una solicitud de participación así como copias de los cuestionarios. Tras su valoración y visto bueno, la mayoría advirtió de la vulnerabilidad de esta población y de la preferencia de su realización con la colaboración de los psicólogos de las propias organizaciones para que el proceso de recogida de datos resultará menos invasivo.

RESULTADOS:

Durante ese periodo se consiguió una participación de un total de 53 refugiados de entre 18 y 48 años de ocho países diferentes, siendo los más numerosos los participantes de origen sirio (37,7%), seguidos de los de origen venezolano (24,53%).

Igualmente se observó mayor cantidad de mujeres (60,38%) con respecto a hombres (39,62%).

El porcentaje más alto de resultados positivos en el test RHS-15 fue de los refugiados provenientes de Siria (n=20), con una puntuación media de 23,8 puntos, siendo superior a la media total (17 puntos) de todos los participantes (n=53). La puntuación media del termómetro del estrés de la población siria (7,2) fue superior a la del grupo (5,02).

Del total de los participantes, la mayoría al administrarles el cuestionario y analizar los resultados se obtuvo una puntuación positiva en al menos uno de los dos criterios de cribaje positivo, siendo ambos negativos tan solo en 3 casos (5.66%). Asimismo ningún participante se negó a participar en el estudio.

DISCUSIÓN:

Se ha apreciado la existencia de estigmas y reticencias a la hora de trabajar sobre la salud mental entre los refugiados, condicionado principalmente a la situación que han o están viviendo (verse obligados a abandonar su país, a sus seres queridos, adaptarse a un nuevo entorno, a una nueva lengua...).

Asimismo, se ha detectado una elevada cantidad de resultados positivos (94,34%) que indican que existen muchos casos en los que se ha producido una alteración de la salud mental, sin que ello signifique fehacientemente que exista la presencia de una patología. Los profesionales sanitarios deben conocer la elevada incidencia de alteraciones de salud mental en la población refugiada y estar preparados para afrontar este desafío realizando un despistaje adecuado detectando posibles signos/síntomas que indiquen patología mental y proveyendo cuidados de calidad que mejoren su situación. Diversos servicios de salud ya han implantado protocolos específicos de actuación, que deberían ser adaptados y redactados para la totalidad de los servicios sanitarios de nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. La Determinación del Estatuto de Refugiado. Ginebra: UNHCR/ACNUR; 2005. Módulo autoformativo N°2. Disponible en:
<http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/Publicaciones/2010/7962>

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Tendencias Globales: Desplazamiento Forzado en 2015. Ginebra: UNHCR/ACNUR; 2016. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2016/10627.pdf>

- Comisión Española de Ayuda al Refugiado. Informe 2016: Las personas refugiadas en España y Europa. Madrid: CEAR; 2016. Disponible en: https://www.cear.es/wp-content/uploads/2016/06/Informe_CEAR_2016.pdf

- Hollander A-C, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ* [revista en Internet] 2016 [acceso 15 de marzo de 2017]; 352:i1030. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/352/bmj.i1030>

- Lutheran Community Services Northwest. The Refugee Health Screener (RHS-15): Replication packet. Seattle: LCSNW; 2013. Disponible en: <http://www.lcsnw.org/pathways/pdf/RefugeeHealthScreener.pdf>

- Hollifield M, Verbillis-Kolp S, Farmer B, Toolson EC, Woldehaimanot T, Yamazaki J, et al. The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *Gen Hosp Psychiatry* [revista en Internet]. 2013 [acceso 5 de mayo de 2017]; 35 (2):202-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23347455>

- Robert Wood Johnson Foundation. Evaluating and responding to the mental health needs of refugees. Princeton: RWJF; 2014. Disponible en: http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2014/rwjf410065

- Dirección General de Planificación en Salud. Protocolo para la atención en salud mental de las personas refugiadas en Cataluña. Barcelona: Generalidad de Cataluña; 2016. Disponible en: <https://www.comb.cat/Upload/Documents/7112.PDF>

- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, Clínica Universitaria de Psicología, Universidad de Sevilla, Fundación Psicología Sin Fronteras. Guía para la Intervención Psicológica con Inmigrantes y Refugiados. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; 2016. Disponible en: https://www.ucm.es/data/cont/docs/315-2016-06-02-g.refugiados_PDF.pdf

AUTORES/AUTHORS:

SERGIO SANCHEZ ROMERO, JOSE CARLOS PELAEZ ALVAREZ, MARIA ESTRELLA GARCIA-OCHOA MARIN, DIANA GONZALEZ GALVEZ, MARIA ESTHER SANCHEZ ROMERO, SILVIA CRISTINA EGEA GONZALEZ, JUDITH FONTANET GAY, LAURA RODRIGUEZ MOYA

TÍTULO/TITLE:

CAMBIOS PSICOLÓGICOS TRAS UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN PACIENTES CON UNA CARDIOPATIA AGUDA

Introducción:

La enfermedad coronaria es una de las principales causas de mortalidad de los países más avanzados. Se asocia con un aumento significativo de la morbilidad y reducción de la calidad de vida. La rehabilitación cardiaca se contempla desde un enfoque multidisciplinario y han de incluir el entrenamiento físico, pautas de actuación psicológica y control de los factores de riesgo. Las enfermeras juegan un papel destacado desarrollando estos programas de educación para la salud y cambios de estilos de vida.

Objetivos:

- Evaluar cambios en los factores de riesgo cardiovascular: estado de ánimo y ansiedad de los pacientes tras participar en un programa de educación psicológica grupal.
- Evaluar los cambios en la calidad de vida percibida por los pacientes.

Metodología:

Nuestro programa de rehabilitación cardiaca (PRC) contempla medidas basadas en el entrenamiento físico, educación sobre el control de los factores de riesgo y la intervención psicoterapéutica sobre los factores psicológicos que implican un mayor riesgo coronario (ansiedad, depresión y patrón de personalidad). Entre los pacientes que han sufrido una enfermedad coronaria obstructiva aguda en nuestro hospital, seleccionamos a todos aquellos que participaron y completaron el programa de psicoeducación en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016.

Se realiza un programa de psicoeducación grupal durante 8 semanas consecutivas (1 sesión/semana) realizado por 2 enfermeras (una enfermera de cardiología y una enfermera especialista de salud mental). Cada sesión consta de una exposición teórica y debate sobre diversos temas (de 45 minutos y posteriormente una práctica de relajación de 30 minutos. Los temas sobre los que se estructuran las 8 sesiones son: el duelo por la pérdida de salud ante un evento cardiovascular, el estrés, estilos de afrontamiento ante los problemas, manejo de las emociones, la re-estructuración cognitiva, técnicas de resolución de conflictos, estilos de comunicación, la tristeza y la ira. A estas sesiones también asisten familiares de los pacientes para instruir sobre estrategias de afrontamiento de la enfermedad y el miedo al reinfarcto. Se analiza la presencia de factores de riesgo (físicos y psíquicos), constantes vitales, variables físicas y psicosociales antes del programa así como los cambios producidos tras la intervención, especialmente el estado de ánimo y el nivel de ansiedad. Los cambios se evalúan mediante 3 escalas autoadministradas por los propios pacientes antes y después del programa. Estos cuestionarios son: el índice de Depresión de Beck-II (BDI-II), el Inventario de Expresión de Ira estado-Rasgo (STAI) y el Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (SF-36).

Resultados:

Se evaluaron 93 pacientes a lo largo de 12 meses, con una pérdida de 16 pacientes en la muestra post. En el análisis descriptivo, la mediana de la edad se situó en 65,69 años (percentil 25-percentil 75: 57,19-70,16). Por sexo, un 22% de la muestra fueron mujeres. Se realiza una comparación de medias (con SPSS) entre la muestra pre y post. Se realiza la prueba no paramétrica de Wilcoxon

para buscar diferencias entre las medianas debido a que la muestra no presenta una distribución normal. Se aprecian cambios estadísticamente significativos en prácticamente todas las escalas (y sub-escalas) analizadas en la muestra post, expresado mediante una importante reducción de las puntuaciones en las escalas sintomatología ansioso-depresiva (BDI-II, STAI) y un incremento en la puntuación sobre calidad de vida en el SF-36

Discusión:

En consonancia con la hipótesis planteada, tras la participación de los pacientes en el programa de rehabilitación cardiaca, disminuyen notablemente las puntuaciones en las escalas de depresión y ansiedad. De forma inversa, mejoran y aumentan las puntuaciones en la escala de calidad de vida percibida.

Los programas de rehabilitación cardiaca se pueden considerar como una herramienta imprescindible para reducir los factores de riesgo asociados a la enfermedad cardiovascular, especialmente la ansiedad y la depresión, producir cambios psicológicos, cambios en los estilos de vida y aumentar la calidad de vida percibida de los pacientes con enfermedad cardiovascular. Igualmente logran un descenso significativo de las complicaciones y la mortalidad.

Los sujetos que modificaron su conducta habitual por otras más saludables redujeron los factores de riesgo y la probabilidad de sufrir una recaída de su enfermedad cardiovascular.

Conclusiones:

Se aconseja realizar de sesiones grupales de recuerdo de forma periódica para fortalecer y consolidar los cambios de estilos de vida logrados con nuestra intervención.

Todos los autores de este trabajo declaran no tener ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Tan MP, Morgan K. Psychological interventions in cardiovascular disease: an update. *Curr Opin Psychiatry* 2015 Sep;28(5):371-377.
2. Cano de la Cuerda R, Alguacil Diego IM, Alonso Martin JJ, Molero Sánchez A, Miangolarra Page JC. Cardiac rehabilitation programs and health-related quality of life. State of the art. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2012 Jan;65(1):72-79.
3. Shepherd CW, While AE. Cardiac rehabilitation and quality of life: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2012 Jun;49(6):755-771.
4. Anderson L, Taylor RS. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Dec 12;(12):CD011273. doi(12):CD011273.
5. Allgulander C. Anxiety as a risk factor in cardiovascular disease. *Curr Opin Psychiatry* 2016 Jan;29(1):13-17.
6. Cao X, Wong EM, Chow Choi K, Cheng L, Ying Chair S. Interventions for Cardiovascular Patients with Type D Personality: A Systematic Review. *Worldviews Evid Based Nurs* 2016 Mar 22.

AUTORES/AUTHORS:

María del Mar Martí-Ejarque, María Gemma Miranda-Díaz, Albert Amat-Gómez, Marta Soler-Cantoni, Eva Vinyallonga-Flores, Eva Fernández-Martínez, Joaquín Tomás-Sábado

TÍTULO/TITLE:

Traducción y validación de la versión española de la Perceived Life Significance Scale (PLSS)

Objetivos.

Los objetivos de este trabajo son determinar las propiedades psicométricas de la forma española de la Escala del Significado Percibido de la Vida (Perceived Life Significance Scale) y estimar su relación positiva o negativa con otras medidas de evaluación relacionadas con las capacidades percibidas, como la satisfacción con la vida, la autoestima, la felicidad y la ansiedad y depresión, en una muestra de enfermeras.

Método

Sujetos. Participaron 109 profesionales de enfermería, 97 mujeres (89%) y 12 hombres (11%), con una edad media de 41'35 años (DT=11'65) y un rango de 23 a 62.

Instrumentos. Los participantes respondieron un cuestionario anónimo y autoadministrado que además de los datos sociodemográficos como el sexo, la edad y lugar de trabajo contenían las formas españolas de los siguientes instrumentos de medida:

- 1- Escala del significado de la vida (Perceived Life Significance Scale: PLSS). La escala evalúa la percepción que el sujeto tiene del significado de la vida y el valor que le atribuye, indicando las puntuaciones más altas una percepción más positiva de sus experiencias vitales.
- 2- Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES). La RSES es un cuestionario que consta de 10 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, desde total desacuerdo a total acuerdo.
- 3- Escala de satisfacción con la vida (Satisfaction With Life Scale: SWLS), consta de cinco ítems con respuesta tipo Likert de cinco puntos (1=Totalmente en desacuerdo a 5=Totalmente de acuerdo).
- 4- Escala de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS). Instrumento de autoevaluación para detectar estados de depresión y ansiedad en un entorno hospitalario.
- 5- Cuestionario de Felicidad de Oxford (Oxford Happiness Questionnaire: OHQ)(31). Es un cuestionario de 8 ítems que se puntúan mediante una escala tipo Likert de seis puntos, desde "totalmente en desacuerdo" (1) a "totalmente de acuerdo" (6).

Procedimiento. El estudio se ajustó a un diseño observacional, transversal, correlacional. Las enfermeras respondieron al cuestionario de forma individual, en sus áreas de trabajo. Previamente se les advirtió que la participación era voluntaria y se garantizó el anonimato y confidencialidad de los datos. Para la tabulación y análisis de los datos se utilizó el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versión 21.0) para Windows, calculando índices descriptivos, análisis factorial exploratorio y coeficientes de correlación de Pearson.

Resultados

Se obtuvo un coeficiente de alfa de cronbach de 0.820 para los 19 ítems de la forma española de la PLSS.

La prueba de Kolmogorov-Smirnov determinó la normalidad de la distribución de las puntuaciones de la escala y, en consecuencia, se decidió aplicar pruebas paramétricas de contraste de hipótesis en el análisis de los datos.

La escala de satisfacción de la vida (PLSS) correlaciona de forma positiva y significativa ($p < 0.01$) con la escala de autoestima y la

escala de felicidad percibida (hq) y de forma también significativa pero negativa con la escala de ansiedad (<0.01) y con la escala de depresión ($p<0.01$).

Análisis factorial. En primer lugar, se comprobó la adecuación de los datos para el análisis, mediante la prueba de Kaiser Meyer Olkin (KMO = 0,787) y el test de esfericidad de Bartlett ($P<0.01$). Seguidamente, se realizó un análisis de componentes principales con rotación Varimax, identificándose una estructura factorial formada por 3 factores significativos, que, conjuntamente, explican el 45,05% de la varianza común y se etiquetaron como 1. Valor de la vida; 2. Vida activa; y 3. Experiencias.

Retest: Dos semanas después de la primera administración 49 de los sujetos volvieron a contestar la escala PLSS obteniéndose un coeficiente de correlación producto-momento de 0.782, garantizando así la estabilidad temporal.

Discusión

Los resultados obtenidos en el presente estudio son, en general satisfactorios y similares a los obtenidos por otros autores. Como se esperaba las correlaciones son elevadas y significativas con los instrumentos de autoestima, satisfacción y felicidad. La estructura factorial resultante coincide con el planteamiento teórico y da soporte a la validez de constructo de la herramienta. Asimismo los coeficientes de validez interna son aceptables y adecuados. Este trabajo presenta algunas limitaciones. La primera de ellas se relaciona con la muestra utilizada, formada exclusivamente por profesionales de enfermería, lo que limita la capacidad de extrapolación de los resultados a otros colectivos. Trabajos posteriores deberían dedicarse al estudio de las propiedades métricas de la escala en muestras heterogéneas y de mayor tamaño.

Se puede concluir que la versión española de la PLSS, es una herramienta válida y fiable para el estudio del significado de la vida entre los profesionales de enfermería españoles, que puede ser útil para la evaluación de la salud mental y la adaptación de los profesionales a los diferentes entornos de trabajo, especialmente aquellos relacionados con el final de la vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Hibberd R. Meaning Reconstruction in Bereavement: Sense and Significance. *Death Stud.* 2013;37(7):670–92.
- Hibberd R, Vandenberg B. Development and Validation of the Perceived Life Significance Scale. *Death Stud.* 2015;39(6):369–83.
- Hurley JR, Cattell RB. The procrustes program: Producing direct rotation to test a hypothesized factor structure. *Behav Sci.* 2007;7(2):258–62.
- Kashdan TB, Mcknight PE. Origins of Purpose in Life: Refining our Understanding of a Life Well Lived. *Psychol Top.* 2009;18(2):303–16.
- King LA, Hicks JA, Krull JL, Del Gaiso AK. Positive affect and the experience of meaning in life. *J Pers Soc Psychol.* 2006;90(1):179–96.
- Park CL. Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychol Bull.* 2010;136(2):257–301.
- King LA, Napa CK. What makes a life good? *J Pers Soc Psychol.* 1998;75(1):156–65.
- Monforte-Royo C, Tomás-Sábado J, Villavicencio-Chávez C, Balaguer A. Psychometric properties of the Spanish form of the schedule for meaning in life evaluation (SMiLE). *Qual Life Res.* 2011;20(5):759–62.
- Peterson C, Park N, Seligman MEP. Orientations to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life. *J Happiness Stud.* Kluwer Academic Publishers; 2005;6(1):25–41.
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* Blackwell Publishing Ltd; 1983;67(6):361–70.
- Zika S, Chamberlain K. On the relation between meaning in life and psychological well-being. *Br J Psychol.* 1992;83 (Pt 1):133–45.

AUTORES/AUTHORS:

Lorena Acea López

TÍTULO/TITLE:

Intervención psicoeducativa audiovisual en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y otros Trastornos (según DSM IV T

Objetivos:

Demostrar que la intervención psicoeducativa audiovisual mejora la adherencia terapéutica y mejorar la satisfacción de los usuarios con los servicios de Salud Mental.

Método:

Estudio cuasi experimental realizado en las Unidades de Salud Mental, Hospital de día de Psiquiatría y Asociación para Enfermos de Salud Mental (APEM) de A Coruña. Participan 63 usuarios con el diagnóstico de Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos (según DSM IV-TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta revisión). Se utiliza un vídeo psicoeducativo de creación propia que expone los beneficios que aporta la toma de tratamiento y la importancia de adquirir hábitos de vida saludables. Se les facilita el cuestionario Medication Adherence Rating Scale, MARS, para la psicosis pre y post proyección del vídeo, un cuestionario de satisfacción con los profesionales de salud mental y otro de evaluación de la utilidad del vídeo.

Resultados: Se estudiaron a 39 hombres y 24 mujeres. La edad media fue de 42.65 ± 11.28 años. El 85.7 % de los usuarios presentaban una buena adherencia terapéutica previa a la intervención psicoeducativa.

La puntuación media en la escala MARS pre intervención fue en hombres de 7.56 ± 1.93 y en mujeres de 7.16 ± 2.25 . Mientras que la puntuación media post intervención fue en hombres 7.70 ± 1.95 ($p 0.18$) y en mujeres 7.5 ± 1.93 ($p 0.47$).

En la encuesta de satisfacción 96.23% de los usuarios estaba satisfecho con las consultas de enfermería, psiquiatría y psicología. El 98.41 % de los mismos calificaron el vídeo de útil para sus vidas

Discusión:

La situación actual es que usuarios con este tipo de diagnóstico siguen irregularmente los tratamientos y las recomendaciones por los profesionales.

Los estudios de seguimiento han demostrado que con cada recaída aparece un progresivo deterioro que es más difícil recuperar. Otros estudios sobre factores asociados a la aparición de recaídas han mostrado que el abandono total o parcial de tratamiento es el factor predictivo más importante y se asocia con un incremento de riesgo de recaída, hasta 5 veces superior con respecto a los pacientes que siguen correctamente el tratamiento.

Tras realizar este estudio observamos que los pacientes con baja adherencia parecen ser susceptibles de mejora con este tipo de intervención (vídeo psicoeducativo).

Se considera que sería necesario intervenciones de seguimiento posterior a la visualización del vídeo para poder reforzar los resultados.

La mejora de la adherencia también depende de nuestra capacidad como profesionales de una "negociación" continua en la cual tenemos que renovar y revisar periódicamente la forma y el contenido de la información.

Al obtener este buen acogimiento del vídeo por parte del usuario hace que nos planteemos que se pueda utilizar como en la práctica asistencial junto con otras intervenciones psicoeducativas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Pekkala E, Merinder L. Psicoeducación para la equizofrenia (RevisiónCochrane traducida).En: La Biblioteca Cochane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3.Chichester,UK: Jhon Wiley& Sons, Ltd.).
- (2) De la Higuera J. Psicoeducación familiar en la esquizofrenia: de los datos empíricos a la realidad clínica. Apuntes de Psicología.2005; vol(23), número 3:275-292.
- (3) Granada JM, Ariño R, Benedí L, Buratas MJ, Colomer A, García ME, Gonzalez H, Horna C, Llagostera S, Martínez I, Morales AN, De Pedro B, Roda S, Rubio V, Santacruz MJ, Sanz A, Soláns A, Tomeo M. Manual de Enfermería psiquiátrica. Barcelona: Editorial Glosa; 2009.
- (4) Sabate E. WHO. Adherence Meeting report. WorldHealth Organitation.2000.

AUTORES/AUTHORS:M^ª Henar García Pascual**TÍTULO/TITLE:**

Cuestionario IDEA: valoración del desarrollo psicológico de personas con Trastorno del Espectro Autista.

Objetivo: analizar disfunciones en el desarrollo psicológico de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Método: Participantes: cuidadoras principales de niños de 0-21 años con Trastorno Generalizado del Desarrollo (CIE-10) que acudan/hayan acudido a Salud Mental Infante Juvenil desde enero de 2010 a diciembre de 2014. Procedimiento: se administra consentimiento informado a los progenitores/tutores legales del niño. Se notifica al Comité de Ética e Investigación Regional del Principado de Asturias y a la Fiscalía de Menores. Se obtiene una muestra de 78 cuidadoras: 96,16% está representado por las madres de niños con TEA, el 2, 56% por los padres y el 1,28% por una abuela materna. Variables e instrumentos: se analiza el nivel de disfunción de diferentes dimensiones que caracterizan el desarrollo psicológico de niños con TEA. Se utiliza el cuestionario IDEA (Inventario del Espectro Autista) (Riviére,1997), instrumento de valoración cualitativa de la menor o mayor severidad de los rasgos de autismo. Consta de 12 dimensiones que se organizan en 4 grandes escalas, basado en la conocida Triada de L. Wing (1988): a) Trastorno en las capacidades de comunicación social (verbal y/o no verbal), b) Trastorno en las capacidades de reconocimiento social y c) Trastorno de las destrezas de imaginación y comprensión social. Además esta autora englobaba aspectos psicológicos relativos al área del lenguaje, las respuestas a estímulos sensoriales, la coordinación motora y las capacidades cognitivas (Wing,1988). El autor describe doce dimensiones del desarrollo que estaban alteradas en mayor o menor grado en las personas con TEA: Trastorno de desarrollo social o escala SOCIAL (dimensiones 1+2+3): 1. Trastorno de la relación social. 2. Trastorno de la referencia conjunta. 3. Trastorno intersubjetivo y mentalista. Trastorno de la COMUNICACIÓN Y LENGUAJE (dimensiones 4+5+6): 4. Trastorno de las funciones comunicativas. 5. Trastorno del lenguaje expresivo. 6. Trastorno del lenguaje receptivo. Trastorno de la ANTICIPACIÓN Y FLEXIBILIDAD (dimensiones 7+8+9): 7. Trastorno de la anticipación. 8. Trastorno de la flexibilidad. 9. Trastorno del sentido de la actividad. Trastorno de la SIMBOLIZACIÓN (dimensiones 10+11+12): 10. Trastorno de la ficción. 11. Trastorno de la imitación. 12. Trastorno de la suspensión. Cada dimensión proporciona una puntuación en un rango de [0-8]. 0 = no hay trastorno cualitativo del área específica que se trate y 8 = máximo nivel de disfunción. Cada escala proporciona una puntuación en un rango de [0-24] (sumatorio de las dimensiones que la componen). Proporciona una puntuación global de nivel de disfunción en un rango de [0-96]. Diseño: estudio descriptivo-observacional. Análisis de datos: se emplea la estadística descriptiva. Resultados: El 14,10 % de la muestra (n = 11) obtiene puntuaciones mayor o igual a 48. Se toma la puntuación 12 (media de 24) para establecer los criterios de disfunción en cada escala. Una puntuación mayor o igual de 24 se considera indicativo de riesgo de disfunción. Escala SOCIAL: 21,79 % (n = 17). Escala COMUNICACIÓN Y LENGUAJE: 12,82 % (n=10). Escala ANTICIPACIÓN Y FLEXIBILIDAD: 26,92 % (n=21). Escala SIMBOLIZACIÓN: 24,35 % (n = 19). Las que presentan mayor disfunción son la escala de ANTICIPACIÓN-FLEXIBILIDAD (26,92%) y la de SIMBOLIZACIÓN (24,35%). Discusión: Las personas afectadas de autismo constituyen uno de los grupos de población con discapacidad, con escasa autonomía personal, y en el que las familias sufren un desgaste más importante desde los primeros años de la vida del hijo y durante toda su vida. Esto se debe a que los niños con TEA presentan alteraciones a nivel cognitivo, trastornos graves de las relaciones interpersonales y la comunicación y problemas de conducta, con lo que su autonomía personal se ve, en todo momento muy afectada (Martínez, Bilbao,2008). La mayor afectación se encuentra en las áreas de ANTICIPACIÓN-FLEXIBILIDAD y SIMBOLIZACIÓN. IDEA es un instrumento sencillo y útil de aplicar. Valora la severidad de las áreas de desarrollo del TEA, ayuda a potenciar la implicación de la familia en el proceso de valoración-intervención y a ajustar las estrategias terapéuticas, mejorando la calidad de vida del niño y familiar (Verdugo, 2006). El IDEA, es sin duda, uno de los mejores inventarios para evaluar a niños y/o personas con autismo. A nivel profesional, este cuestionario es una herramienta que ayuda a la enfermera especialista en salud mental a identificar la severidad de los rasgos

autistas que presenta la persona, dentro de cada una de las dimensiones descritas: identificar las áreas más afectadas y a potenciar los recursos personales de la persona con TEA. Esto hace que facilite y afine la formulación de objetivos específicos dentro de un Plan Individualizado de Intervención para la persona con TEA, en función del puntaje que obtenga en cada área de valoración. Esto hace que podamos tener un seguimiento continuado en la fase de intervención y la posibilidad de ir implementando cambios a medio-largo plazo en función de la respuesta de la persona con TEA durante el tratamiento. Potencia la realización de un trabajo multidisciplinar dentro del equipo terapéutico de intervención de los profesionales del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Martínez Martín M.A., Bilbao León, M.C. Acercamiento a la realidad de las personas con autismo. *Psychosocial Intervention*, 17 (2); 2008.
- Riviére A. Inventario del Espectro Autista (I.D.E.A.). FUNDEC, 2002.
- Verdugo Alonso MA. Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual. Instrumentos y estrategias de evaluación. Salamanca: Amarú, 2006.
- Wing, L. El autismo en niños y adultos. Barcelona: Paidós, 1998.

AUTORES/AUTHORS:

MARÍA JOSÉ SIMÓN SAIZ, ROSA MARÍA FUENTES CHACÓN, MARÍA JOSÉ DÍAZ VALENTÍN, MARGARITA GARRIDO ABEJAR, MARÍA DOLORES SERRANO PARRA

TÍTULO/TITLE:

RELACIÓN ENTRE RESILIENCIA Y BULLYING EN UNA POBLACIÓN ADOLESCENTE

Introducción

La adolescencia es un periodo vital de transición caracterizado por numerosos cambios a nivel físico, cognitivo y psicológico. En ocasiones, se convierte en una etapa difícil en la que determinadas circunstancias interfieren en el proceso de desarrollo, dando lugar a situaciones estresantes y problemas emocionales (1). Entre los adolescentes, la relación con los pares y el sentirse aceptado en el entorno escolar tienen una enorme importancia.

La violencia juvenil en las aulas, se está convirtiendo en un problema social alarmante que conlleva un importante sufrimiento de las víctimas. El bullying hace referencia a cualquier conducta intencional que provoca daño o agresión, realizada de forma reiterada a una persona y que puede manifestarse de forma verbal, física o psicológica(2,3).

Actualmente se está investigando la influencia de factores como la resiliencia. Este constructo se refiere a la capacidad que poseen las personas de recuperarse con éxito ante situaciones adversas (4), incluye además consideraciones sobre el proceso de adaptación a la adversidad, trauma, tragedia, miedos e incluso fuentes significativas de estrés (5).

Existen numerosas investigaciones que analizan el efecto del bullying sobre la calidad de vida en población adolescente de diferentes entornos, detectando que por lo general las víctimas de bullying tienen niveles inferiores de calidad de vida relacionada con la salud (2,3,6-8). Por otro lado, otros estudios destacan la resiliencia como factor protector del bienestar psicológico y la calidad de vida (9). Sin embargo la relación entre resiliencia y bullying está menos explorada. Nuestra hipótesis se centra en considerar que hay una asociación inversa entre ambos conceptos, los individuos más resilientes son menos víctimas de bullying.

Objetivo

Nuestro objetivo es analizar si existe alguna asociación entre resiliencia y bullying.

Método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, multicéntrico en cinco centros de secundaria de Cuenca capital. Del total de alumnos de entre 15 y 18 años matriculados en el curso académico 2014-2015, se seleccionaron aleatoriamente los grupos a los que se les administró el cuestionario. Se recogió el consentimiento informado de los padres y de ellos mismos si tenían 18 años.

Además de las variables socioeconómicas se administraron las escalas de resiliencia CD-RISC 10 (10) y de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) KIDSCREEN-52 (dimensión de aceptación social (bullying)) (11).

Para valorar si los adolescentes eran víctimas bullying se utilizó la escala de aceptación social (bullying) del cuestionario KIDSCREEN (2-3). Esta escala considera que un alumno sufre bullying cuando uno o varios compañeros se burlan de él o le amenazan o maltratan física o psicológicamente de forma reiterada. Al formar parte del cuestionario de calidad de vida, las puntuaciones más bajas indican mayor percepción de ser víctima de bullying.

La escala CD-RISC 10, se centra en la adaptación y análisis de la resistencia al estrés.

Se utilizó el paquete estadístico IBM (SPSS) versión 22 y se testó la asociación entre ambas variables mediante la prueba de ANOVA.

Resultados

De los 844 adolescentes participantes el 44,3% eran varones, la media de edad fue de 16,36. La prevalencia de víctimas de bullying en la muestra fue de 29,6%(29,1% en chicas y 29,9% en chicos aunque sin diferencias significativas). Respecto a la resiliencia, los valores medios encontrados en chicos fueron significativamente superiores a los encontrados en chicas ($p < 0.05$ IC=95%). Al establecer la comparación mediante Anova se comprobó que los adolescentes con niveles de resiliencia más altos, tanto chicos como chicas, fueron menos víctimas de bullying (percibieron mejor aceptación social). Los tamaños de efecto mayores se observaron al comparar el grupo con valores de resiliencia más bajo con los más elevados, sobre todo en chicas.

Discusión

Nuestros resultados indican que en nuestro entorno escolar, ser víctima de bullying tiene una elevada prevalencia (29,6%), cifra alta similar a la encontrada en Reino Unido y superior a la hallada en España (23,7%) en el estudio previo realizado en 11 países europeos (2).

El acoso escolar puede tener efectos en la salud que pueden perdurar e influir en la vida adulta. Por esta razón es importante investigar sobre los factores de riesgo de ser víctima y los que los protegerían. En esta línea, la resiliencia como muestran estudios previos con los que coincidimos (12) es un factor protector de la salud psicológica. Los adolescentes más resilientes tienen mayor fortaleza personal ante el estrés y tienen más posibilidades de superar con éxito circunstancias adversas (9).

El desarrollo de programas de promoción de resiliencia en el entorno escolar, junto con otras medidas educacionales y de detección precoz en el ámbito familiar y social, permitiría potenciar un desarrollo global positivo en los adolescente (6,13).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Páramo MA. Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica* 2011, 29, 1: 85-95.
- (2) Analitis F, Klein M, Ravens-Sieberer R, Detmar S, Erhart M, Herdman M, et al and the European KIDSCREEN Group. Being Bullied: Associated factors in children and adolescents 8 to 18 years old in 11 European countries. *Pediatrics*. 2009;123:569-77.
- (3) Hidalgo C, Molina T, Molina R, Sepúlveda R, Martínez V, Montaña R, et al. Bullying y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolares chilenos. *Rev Med Chile* 2015; 143:716-723.
- (4) González NI, Valdez JL, Zavala YC. Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología* 2008,13

(1): 41-52.

(5) Southwick, SM; Bonanno, GA; Masten AS; Panter-Brick, C; Yehuda, R. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology* 2014;5:25338

(6) Flaspohler PD, Elfstrom JL, Vanderzee KL, Sink HE. Stand by me: The effects of peer and teacher support in mitigating the impact of bullying on quality of life. *Psychology in the schools*, 2009;46(7): 636-49.

(7) Frisen A, Bjamelind S. Health-related quality of life and bullying in adolescence. *Acta pediátrica* 2010,99:597-603.

(8) Wilkins A, O'Callaghan MJ, Najman JM, Bor W, Williams GM, Anderson MJ. Association of bullying with adolescent health-related quality of life. *J Paediatrics and child health* 2003;39(6):436-41.

(9) Steinhardt M, Dolbier C. Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology. *J Am Coll Heal.* 2008;56(4):445-53.

(10) Serrano MD, Garrido M, Notario B, Bartolomé R, Solera M, Martínez V. Validez de la escalade resiliencia de Connor-Davidson (10 ítems) en una población de mayores no institucionalizados. *Enfermería Clínica*; 2013;23(1):14-21.

(11) Tebe C, Berra S, Herdman M, Aymerich M, Alonso J, Rajmil L. Fiabilidad y validez de la versión española del KIDSCREEN-52 para población infantil y adolescente. *Med Clin.* 2008;130(17):650-4.

(12) Restrepo C, Vinaccia S, Quinceno JM. Resiliencia y Depresión: Un estudio exploratorio desde la Calidad de vida en la Adolescencia. *Rev Suma Psicológica* 2011;18(2):41-8.

(13) Leppin AL, Bora PR, Tilburt JC, Gionfriddo MR, Zeballos C, Duloherly MM, et al. The efficacy of resiliency training programs: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PLoS One.* 2014;9(10).

AUTORES/AUTHORS:

Javier Montes-Hidalgo, Joaquín Tomás-Sábado, Cecilia Brando-Garrido, Isabel Félez-Galve, Yessica Marqueño-Prada, Esther Sala-Barat, Ana María Marchal-Torrallbo, Meritxell Sastre-Rus

TÍTULO/TITLE:

Religiosidad y suicidio

Objetivo: Los objetivos de este trabajo fueron cuantificar y caracterizar el riesgo suicida en una muestra de estudiantes de enfermería y analizar sus relaciones con sus creencias y prácticas religiosas.

Métodos: Participaron en el estudio 124 estudiantes de enfermería, 98 mujeres y 26 hombres, con una edad media de 22,38 [DT = 5,66] y un rango de 18 a 44 años. Los estudiantes respondieron un cuestionario anónimo que, además de datos sobre edad y sexo, contenía la forma española de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Asimismo, se incluía dos preguntas referidas a sus creencias y prácticas religiosas, con el texto: 1. ¿Crees en alguna religión? y 2. ¿Practicas alguna religión? En ambas preguntas los estudiantes tenían dos opciones de respuesta: sí o no.

Se realizó un estudio observacional transversal. Los estudiantes respondieron al cuestionario en horario lectivo en sus propias aulas de clase, siendo advertidos previamente que la participación era voluntaria y garantizando el anonimato y la confidencialidad. Los datos fueron tabulados y analizados con el paquete estadístico SPSS 24.0 para Windows, calculándose índices descriptivos y prueba t de Student para muestras independientes.

Resultados: Un total de 8 estudiantes [6,5%] presentan puntuaciones de riesgo suicida iguales o superiores a 6, indicativo de riesgo de suicidio. A la pregunta ¿crees en alguna religión?, respondieron afirmativamente 48 alumnos [38,7%], mientras que los restantes 76 [61,3%] lo hicieron de forma negativa. Los alumnos que manifestaron no creer en ninguna religión presentan puntuaciones de riesgo suicida significativamente superiores [$p < 0,01$] a las de aquellos que se declaran creyentes.

Por lo que respecta a la pregunta ¿practicas alguna religión?, la respuesta fue afirmativa en 24 alumnos [18,9%] y negativa en 99 [80%], mientras que un alumno [1,24%] no respondió a la pregunta. También en este caso, los estudiantes que declaran practicar algún tipo de religión presentan puntuaciones de riesgo suicida significativamente inferiores a los que se manifiestan no practicantes [$p < 0,01$]. También aquí, las medidas de posición en aquellos alumnos que practican alguna religión son considerablemente inferiores a las de los no practicantes.

Discusión: Algunos autores sugieren la inclusión de la religiosidad entre las herramientas de evaluación para determinar los factores potencialmente protectores en los individuos con riesgo suicida. No obstante, en la actualidad, no está claramente establecida la postura de la psiquiatría/psicología oficial acerca del papel que la religión o la espiritualidad puede jugar tanto en el suicidio como en trastornos mentales en general. Por otra parte, aunque existen algunas recomendaciones o protocolos que intentan fijar un código de buenas prácticas en este aspecto no se dispone de estudios con el diseño adecuado, que hayan evaluado el efecto de terapias que incluyan esta dimensión.

En consecuencia, parece necesario profundizar en la investigación dedicada a analizar el papel de la religión sobre la conducta y el riesgo suicida, que puedan ayudar a diseñar instrumentos e intervenciones en aquellas personas de especial vulnerabilidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Conejero, I., Lopez-Castroman, J., Giner, L., & Baca-Garcia, E. (2016). Sociodemographic Antecedent Validators of Suicidal Behavior: A Review of Recent Literature. *Curr Psychiatry Rep*, 18(10), 94. doi:10.1007/s11920-016-0732-z

Crabtree, S. (2010). Religiosity highest in world's poorest nations. Gallup global reports, 31.

Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K., & Mann, J. J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry*, 161(12), 2303-2308. doi:10.1176/appi.ajp.161.12.2303

Durkheim, E. (1992). *El suicidio* (Vol. 37). Madrid: Ediciones Akal.

Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. (2016). Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Arch Suicide Res*, 20(1), 1-21. doi:10.1080/13811118.2015.1004494

Tomás-Sábado, J. (2016). Miedo y ansiedad ante la muerte. Aproximación conceptual, factores relacionados e instrumentos de evaluación. Barcelona: Herder.

VanderWeele, T. J., Li, S., Tsai, A. C., & Kawachi, I. (2016). Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women. *JAMA psychiatry (formerly Archives of General Psychiatry)*, June, 29.

AUTORES/AUTHORS:

María del Carmen Vallejo Curto, Laura Jardón Golmar, María blanco Formoso, Tania Rivera Baltanás, Carlos Spuch Calvar, Daniela Rodrigues Amorin, Miriam Mariño Guede, Roberto Carlos Agís Balboa, Jose Manuel Olivares

TÍTULO/TITLE:

Cambios en el perfil metabólico de pacientes psiquiátricos tras programa de ejercicio físico con enfermería

Objetivos

Las enfermedades psiquiátricas crónicas, como la esquizofrenia, suelen acompañarse de trastornos metabólicos (síndrome metabólico, diabetes, riesgo cardiovascular y obesidad)¹. La identificación, prevención y modificación de los factores de riesgo del síndrome metabólico es uno de los objetivos terapéuticos². El origen de estos cambios metabólicos es el uso de antipsicóticos³ y el estilo de vida de estos pacientes⁴, pero también, se postuló que la alteración metabólica puede ser proporcionada por daño hipotalámico debido a la esquizofrenia en sí.

Las personas con enfermedades psiquiátricas acompañan su enfermedad con estos trastornos metabólicos, donde el personal de enfermería adquiere un papel muy importante. Las consultas rutinarias de enfermería deberían ser el primer sistema de detección de estos problemas metabólicos para su derivación a las consultas de otras especialidades⁵. Además de la identificación, la enfermería tiene funciones en la prevención y modificación de los factores de riesgo⁶.

Objetivo principal identificar si con un programa de ejercicio físico de 6 meses de duración, podemos conseguir modificar el perfil metabólico de los pacientes crónicos diagnosticados de esquizofrenia.

Objetivo secundario caracterizar el perfil proteómico de estos pacientes antes y después de realizar el programa de ejercicio físico. Estudiar los cambios que se producen para poder entablar mecanismos de identificación basados en estudios moleculares.

Métodos

Se realizó programa de ejercicio físico con pacientes psiquiátricos a seguimiento con enfermería. Criterios de inclusión: mayores de edad, estabilizada clínica, ausencia de gestación, diagnóstico NANDA 0068 "Estilo de vida sedentario", voluntariedad y firma de consentimiento.

Durante 6 meses se salió en grupo caminando de lunes a viernes 1 hora y 5 km diarios. A los participantes se les extrajo una muestra de sangre antes y después del programa y se tomaron datos de índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, tensión arterial, colesterol, glucemia, HDL y triglicéridos. Además, los sueros se analizaron en el laboratorio de investigación del IIS-Galicia Sur mediante espectrometría de masas LC-MS/MS. Los datos se analizaron mediante los programas bioinformáticos Proteome Discoverer, PEAKS, STRING y Reactome.

Resultados

Analizando los datos clínicos de la consulta de enfermería comparamos los dos grupos de pacientes que obtuvimos al finalizar el programa: 1) Grupo de pacientes que realizaron el programa de actividad físico completo de 6 meses donde comparamos los resultados antes y después del programa. Observamos como todos los pacientes obtuvieron una mejoría significativa en cuanto al síndrome metabólico en todos los parámetros (IMC, perímetro abdominal, glucemia, colesterol, HDL, TAS, TAD y triglicéridos) y sin necesidad de cambiar el antipsicótico. Cuando analizamos los cambios proteómicos en estos pacientes antes y después se observan cambios muy interesantes, de cada muestra obtenemos perfiles de 70,000 proteínas, pero de estas solo con el programa de ejercicio físico obtenemos los principales cambios estadísticamente significativos en 4657 proteínas, de estas la mayor parte son proteínas implicadas en funciones metabólicas y catalíticas, además, dentro de los cambios moleculares encontrados son a nivel de binding proteins y proteínas catalíticas.

Dentro de estos análisis nos surgió un grupo de interés que se trata del grupo de pacientes que empezaron el programa pero lo abandonaron. A estos pacientes los denominamos como grupo con apatía a la espera de pasarles la escala SAAS para evaluar si

presentan anhedonia o no. A nivel de enfermería es un grupo que habitualmente se presenta en las consultas y genera problemas para mantener sus condiciones metabólicas correctas. Analizando estos pacientes a nivel molecular encontramos resultados muy interesantes, porque son molecularmente muy diferentes este grupo del grupo que se metió en el programa pero aún no lo empezó. Entre estos grupos hay 595 proteínas únicas en el grupo de "apatía", 190 proteínas únicas en el grupo de ejercicio antes de empezar el programa y 118 proteínas que son exclusivas de ambos grupos.

Discusión

Nuestros datos describen el perfil molecular de dos diferentes grupos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Uno es el paciente que solo modificando sus hábitos de vida y realizando ejercicio físico modifica positivamente sus sistemas metabólicos y bioquímicos involucrados en la patobiología de la esquizofrenia, y sugiere algunos biomarcadores potenciales para combinar la actividad física con la terapia farmacológica a la esquizofrenia.

La apatía es habitual en estos pacientes, contra lo que luchan las enfermeras de salud mental, los datos describen como es posible modificar el estilo de vida mejorando su salud física y como el ejercicio físico induce cambios en el perfil proteómico. Estos datos muestran que ambos tipos de pacientes son molecularmente diferentes sin hacer ejercicio físico. Los resultados abren una vía de investigación para conocer la esquizofrenia y entender la cronicidad de estos pacientes

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Heald, A., Pendlebury, J., Anderson, S., Narayan, V., Guy, M., Gibson, M., Haddad, P., Livingston, M. 2017. Lifestyle factors and the metabolic syndrome in Schizophrenia: a cross-sectional study. *Ann Gen Psychiatry*. 16:12.
2. Andrade, C. 2016. Cardiometabolic Risks in Schizophrenia and Directions for Intervention, 2: Nonpharmacological Interventions. *J Clin Psychiatry*. 77(8): e964-7.
3. Zimbron, J., Khandaker, G.M., Toschi, C., Jones, P.B., Fernandez-Egea, E. 2016. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of treatments for clozapine-induced obesity and metabolic syndrome. *Eur Neuropsychopharmacol*. 26(9):1353-65.
4. Yang, C.Y., Lo, S.C., Peng, Y.C. 2016. Prevalence and Predictors of Metabolic Syndrome in People With Schizophrenia in Inpatient Rehabilitation Wards. *Biol Res Nurs*. 18(5):5
5. Elola, P. L. (2017). Resultados de la implantación del Programa Cuidado de la Salud Física para pacientes con Trastorno Mental Grave. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 1(1).
6. Lopera Arroyo, M. J., Pérez Brenes, L., & Utrera Caballero, E. (2013). Eficacia de la intervención enfermera en la prevención del síndrome metabólico en pacientes con esquizofrenia. *Revista Paraninfo digital [revista en Internet]*, 19.

AUTORES/AUTHORS:

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

TÍTULO/TITLE:

BIENESTAR EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es la enfermedad oncológica más común entre las mujeres en todo el mundo, y corresponde a la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer (RORENO, 2013). En la Unión Europea se diagnostican cada año dos millones y medio de casos de cáncer (Ferlay et al., 2013 y en Portugal 70 nuevos casos por cada 100.000 mujeres (Oliveira, 2013). El concepto de bienestar psicológico surge en la década de los 80 del siglo pasado, es un constructo basado en la teoría psicológica, integrando conocimientos de otras áreas con relación al funcionamiento positivo u óptimo. (Ryff, 1989, 2003), se refirió al bienestar psicológico como la capacidad que cada persona tiene de responder y enfrentar eficazmente las exigencias externas, evaluar de forma positiva su vida ya sí misma, así como como un sentimiento de desarrollo continuado como persona. Según Siqueira y Padovam (2008) las concepciones teóricas del bienestar psicológico son construidas sobre formulaciones psicológicas acerca del desarrollo humano y traducidas en capacidades para enfrentar los desafíos de la vida (Novo, 2003). El presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas y el bienestar emocional de las mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de mama. Método: Es un estudio transversal, correlacional con un enfoque cuantitativo. La población fue constituida por todas las mujeres recientemente diagnosticadas con Cáncer de Mama en el último trimestre de 2015, en una Unidad de la Patología de Mama, con edad superior a 18 años e inferior a 69 años, y que aceptaron participar en el estudio tras consentimiento informado. La recoja de datos fue realizada a través de la aplicación del cuestionario Bienestar psicológico QBEP-R (Rainho et al., 2012), constituido por seis ítems cuya amplitud de la escala de respuesta a cada ítem varía entre 0 y 5, siendo que la respuesta se obtiene a través de una escala tipo Likert en una escala de frecuencia que varía "Nunca" hasta "Siempre", o en una escala de intensidad cuya respuesta varía entre "Me sentía lleno de energía" a "Sentía que no tenía ninguna energía o vitalidad en a todo ". La suma de los valores de la escala puede variar entre 0 y 30, las puntuaciones elevadas corresponden a niveles superiores de Bienestar Psicológico. Resultados: Las 100 mujeres que contestaron tenían una media edad de $52,2 \pm 8,9$ años, la mayoría (84,0%) estaba casada y (78,4%) tenían hijos. Se encontró que el 21,0% eran titulares de educación superior y el 26,0% tenían educación secundaria obligatoria. El 52% de las mujeres estaban empleadas, mientras que el 32% eran domésticas. El QBEP-R presentó un alfa de Cronbach = 0,84 que es un valor similar al de otros autores: $\alpha = 0,83$ (Rainho et al.) y $\alpha = 0,06$ (Grossi et al., 2006). El alfa de Cronbach del QBEP-R para la muestra en estudio permite concluir que el instrumento presenta una buena consistencia interna. Cuanto al bienestar psicológico fueron observados los siguientes resultados: la puntuación más baja registrada fue de 2 y la más alta de 30. El valor medio de las respuestas fue de 16,9, con la desviación estándar de 5,6 y la más frecuente (moda) fue de 16. Así, y teniendo en cuenta que la media del bienestar psicológico fue de 16,9, se considera que las mujeres presentan niveles medios de bienestar. Cuando relacionamos edad con bienestar psicológico se observó que disminuía con la edad ($r = -0,283$; $p < 0,01$). Discusión: En el presente estudio, los resultados muestran que las mujeres presentan niveles medios de bienestar psicológico. Los estudios han mostrado que la mayoría de las mujeres cuando diagnosticadas de cáncer de mama, a menudo experimentan reacciones emocionales negativas como tristeza, ansiedad, culpa, rabia, sentimiento de pérdida de control sobre el futuro (Silva, 2011, Trill, 2013 Hewitt et al., 2004). El bienestar de estas mujeres es afectado, pues debido a la palabra "cáncer" que se asocia a "muerte", afectando de esta forma el equilibrio físico y emocional de la mujer que vive esta experiencia (Patrón, Leal & Maroco 2012, Lotti Barra, Dias & Makluf, 2008). Así, el impacto negativo de la enfermedad en la mujer, requiere una red social de apoyo, bien asó como la equipo de salud, para poder encontrar ayuda en el proceso de adaptación a la enfermedad (Trudeau-Hern & Doneshpaur, 2012). El diagnóstico es una experiencia emocional vivida de manera diferente por cada mujer, aunque puede constituir una amenaza a la vida con la que tienen que lidiar. En esta fase es importante promover el bienestar psicológico para que sienta

estabilidad emocional, para enfrentar de forma positiva la enfermedad. En este sentido, la fase de diagnóstico merece especial atención por parte del equipo de salud multidisciplinario, que integra al enfermero, para desarrollar intervenciones de promoción del bienestar psicológico de la mujer y contribuir a su estabilidad emocional, para que enfrente positivamente la experiencia de enfermedad oncológica de la mama recientemente diagnosticada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W. W., Comber, H., & Bray, F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer*, 49 (6), 1374-1403.

doi:10.1016/j.ejca.2012.12.027

Hewitt, M., Herdman, R. & Holland, J. (Eds.). (2004). Meeting psychosocial needs of women with breast cancer. Washington: The National Academies Press.

Lotti, R., Barra, A., Dias, R. & Makluf, A. (2008). Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(4), 367-371

Novo, R. F. (2003). Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Patrão, I., Leal, I. & Maroco, J. (2012). Modelos de equações estruturais: Estudo do impacto do ciclo psico-oncológico do cancro mama (diagnóstico, cirurgia e tratamentos). *Psychology, Community & Health*, 1(1), 33-35. Retirado de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1759>

Rainho, M. C., Antunes, M. C., Carvalho, A., Barroso, I., Monteiro, M. J. & Mateus, S. (2012). Bem-estar psicológico e percepção de saúde geral em estudantes do ensino superior. *Referência*, 3(6), 344 (Sup. Atas III Congresso de Investigação em Enfermagem).

RORENO (2013). Registo oncológico nacional 2007. Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069

Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: O papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto fatores de risco/proteção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 64-76. doi: 10.1016/S0870-9025(11)70009-8

Siqueira, M. & Padovam, V. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209.

Trill, M. D. (2013). Anxiety and sleep disorders in cancer patients. The European Cancer Organisation. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcsup.2013.07.009>

Trudeau-Hern, S. & Daneshpaur, M. (2012). Cancer's impact on spousal caregiver health: A qualitative analysis in grounded theory. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 34 (4), 534.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves II

Session of Oral Brief Presentations II

AUTORES/AUTHORS:

Enrique Delgado Rodríguez, José María Costa Mateo, Manuel Vaquero Abellán

TÍTULO/TITLE:

Hábitos de uso del teléfono móvil entre el personal de enfermería en el contexto de un hospital de tercer nivel

El uso de dispositivos móviles permite reaccionar de forma clara y concisa en situaciones de emergencia, como una intoxicación aguda; así como en aquellas otras que requieran de especial precisión como el cálculo de dosis y ritmos de infusión en pediatría. Por otro lado, también pueden ser clave en la organización de tareas en los hospitales, ya que el profesional puede implementar fácilmente metodologías modernas de trabajo y de gestión del tiempo. Además, viviendo en plena transición informática, ofrecen el entorno adecuado a los nuevos recursos, cada vez más abundantes y relevantes, de gestión de historias clínicas y monitorización de constantes.

No obstante, al introducir este elemento en el entorno hospitalario es correcto afirmar que pueden constituir un fómite, un objeto inanimado que potencialmente puede actuar de vehículo de microorganismos patógenos entre individuos. De la misma forma que un bolígrafo, el teclado del ordenador, una carpeta o la propia indumentaria del profesional sanitario, los dispositivos móviles son potencialmente una forma de provocar transmisiones cruzadas, con una importante particularidad: el móvil entra y sale del centro hospitalario con el profesional, participando así en su ambiente cotidiano y posiblemente entrando en contacto con las personas que lo rodean. Esto puede tener una repercusión particularmente grave en personas inmunocomprometidas, como niños o ancianos. En nuestro diseño, nos marcamos como objetivo la determinación de los hábitos de uso del teléfono móvil. Distinguimos entre hábitos relacionados con la práctica, es decir, aquellos enfocados al uso del dispositivo; e higiénicos, es decir, aquellos que reduzcan su potencial como fómite. Se trata de un estudio descriptivo trasversal en el que, mediante una encuesta autocumplimentada, recogemos la información esperada. Como hábitos prácticos consideramos la frecuencia de uso, la finalidad y los medios consultados. Como hábitos higiénicos, entendemos la frecuencia de lavado de manos antes y después de usar el dispositivo y las medidas higiénicas a adoptar tras el final del turno, si existieran. Paralelamente, se recavan asimismo datos como el lugar de almacenamiento del mismo durante el turno.

Se parte de una muestra aleatoria de 31 enfermeras voluntarias del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba: tras obtener consentimiento informado verbal, se les facilita la encuesta descrita para su cumplimentación. Mediante una tabla de frecuencias se describen las variables cualitativas, y se obtienen medidas de posición central (media, desviación típica y moda) para las cuantitativas. Se emplea para estos fines el paquete estadístico de software libre R.

Tras su análisis, se determina una medida de edad de 44.67 ± 8.8 años, con una moda de 45. Por otro lado, la amplia mayoría (84%) de los profesionales encuestados son mujeres, así como también (un 77,42%) afirma llevar el dispositivo en la casaca del pijama. Una mayoría más moderada (67.4%) usa funda protectora para su dispositivo.

En cuanto a los hábitos de uso, un 74.19% afirma no emplear el móvil con asiduidad, mientras que el resto lo hace con más frecuencia. Un 93.55% lo emplea con fines personales, y un 38.71% con fines profesionales. Un 54.48% afirma no conocer aplicaciones específicas de enfermería; el resto refiere emplear aplicaciones como GuiaSalud, Vademecum y gestores de tareas de enfermería.

En lo referente a hábitos higiénicos, el 70.97% lava sus manos antes de usar el dispositivo siempre o casi siempre; mientras que un 12.90% afirma no hacerlo nunca. Un 51.60% lava sus manos tras usar el dispositivo siempre o casi siempre; mientras que un 22.58% afirma no hacerlo nunca. El 58.06% además afirma descontaminar de alguna manera sus dispositivos al término del turno. La frecuencia del lavado de manos no es la esperada tras tocar un elemento potencialmente contaminado como es el teléfono móvil. La posibilidad de trasladar microorganismos al dispositivo, o de éste a nuestras manos mediante su uso es alta. Esto podría llegar a poner en riesgo la salud de los pacientes.

Pese a su aparentemente baja frecuencia de uso, su presencia en la indumentaria de la enfermera puede poner de manifiesto su papel como fómite. Destaca el escaso uso profesional en comparación al uso personal.

El teléfono móvil debe ser considerado un fómite. El profesional de enfermería debería de mejorar su práctica de lavado de manos tras tocar elementos susceptibles de transmitir patógenos, y los centros sanitarios deberían disponer medidas para la descontaminación de los dispositivos móviles. Además, el móvil debería quedar relegado únicamente a un uso estrictamente

profesional, limitando todo riesgo de contaminación derivado del uso personal del mismo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

MORIOKA I, TABUCHI Y, TAKAHASHI Y, ODA Y, NAKAI M, YANASE A et al. Bacterial Contamination of Mobile Phones Shared in Hospital Wards and the Consciousness and Behavior of Nurses about Biological Cleanliness. *Nippon Eiseigaku Zasshi (Japanese Journal of Hygiene)*. 2011;66(1):115-121.

Sánchez-Payá J, Bischofberger C, Lizan M, Lozano J, Platón E, Navarro J et al. Nosocomial infection surveillance and control: current situation in Spanish hospitals. *Journal of Hospital Infection*. 2009;72(1):50-56.

Erasmus V, Daha T, Brug H, Richardus J, Behrendt M, Vos M et al. Systematic Review of Studies on Compliance with Hand Hygiene Guidelines in Hospital Care. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2010;31(03):283-294.

Blake H. Innovation in practice: mobile phone technology in patient care. *British Journal of Community Nursing*. 2008;13(4):160-165.

Ulger F, Esen S, Dilek A, Yanik K, Gunaydin M, Leblebicioglu H. Are we aware how contaminated our mobile phones with nosocomial pathogens?. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*. 2009;8(1):7.

AUTORES/AUTHORS:

MARIA DOLORES JÓDAR SALAS, MANUELA SALAS LARIO, MARIA DEL MAR RUIZ GARCÍA, JOSE ANTONIO GARCÍA RODRÍGUEZ, ROCÍO JÓDAR SALAS, LAURA SANCHEZ GARCÍA

TÍTULO/TITLE:

PERSPECTIVA DE LOS ADOLESCENTES ANTE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

1. Objetivos: Conocer y describir los hábitos de manejo de las nuevas tecnologías en los alumnos de cuarto curso de la ESO del Instituto Príncipe de Asturias de Lorca .

2. Metodología: Se trata de un estudio cuantitativo descriptivo y de corte transversal, realizado durante el mes de junio de 2014, cuyo tamaño muestral está compuesto por 78 alumnos de cuatro clases de la ESO del instituto príncipe de Asturias de Lorca. Para la recogida de datos se elaboró un cuestionario de elaboración propia donde se recogían tanto datos de tipo socio-demográficos como de manejo de nuevas tecnologías.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos mediante frecuencias y porcentajes.

3. Resultados:

Se obtuvo una muestra de 78 alumnos, de los cuales el 58%(n=46) eran mujeres y el resto eran hombres, con una media de edad de 13 años , y un rango de 12-15 años .

El 50%(n=39) de los alumnos llevaba el móvil diariamente al instituto.

En cuanto a las horas al día que durante los fines de semana se encuentran conectados a Internet, móvil o videojuegos se desprende que un 28% de los alumnos se conecta durante menos de dos horas, mientras que un 33% se encuentra conectado entre dos y tres horas y un 37% más de cinco horas. Del total de alumnos el 32% tenía la percepción de hacer un uso excesivo/abusivo de las nuevas tecnologías, siendo los chicos los que mayor percepción de eso tienen.

Tan solo el 8% pediría ayuda a un profesional en caso de necesitarlo.

El 80% de los alumnos tienen la creencia de que algún compañero suyo "está enganchado " .

El 5% de los chicos asegura que si le prohibieran el uso de las nuevas tecnologías sería lo peor que le podría pasar, frente al un 12% de las chicas.

Un 47% refiere que ha perdido la noción del tiempo cuando ha estado conectado.

Y por último, un dato preocupante es que un 9% de los alumnos ha realizado en alguna ocasión apuestas por Internet.

4. Discusión:

Los resultados obtenidos muestran un perfil típico de los adolescentes y jóvenes en cuanto al uso de las tecnologías.

Llama la atención que son las chicas hacen un uso más prolongado de las tecnologías durante los fines de semana, mientras que los chicos se conectan más durante la semana.

Parece que les es más fácil ver en los compañeros el más uso sobre las nuevas tecnologías pero no se ve de manera objetiva el propio.

En cuanto a la pérdida de la noción del tiempo, puede repercutir a nivel laboral, académico o social.

El realizar apuestas en esa edad podría relacionarse en la edad adulta con alteraciones de conducta como el juego patológico.

Implicaciones para la práctica clínica:

El uso de las nuevas tecnologías puede llegar a convertirse en un comportamiento disfuncional, siendo los adolescentes el grupo poblacional más vulnerable y susceptible.

La inexistencia de un consenso en la conceptualización de la adicción a estas tecnologías dificulta la delimitación del problema y su estudio, por tanto habría que educar y concienciar al joven, la familia y sus profesores de las graves consecuencias psicológicas que puede conllevar el mal uso de las TICs, siendo conveniente realizar guías de intervención de enfermería o protocolos de actuación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-Torrente E, Piqueras J, Orgilés M, Espada J. Asociación de la adicción a Internet con la ansiedad social y la falta de habilidades sociales en adolescentes españoles. *Terapia psicológica*. 2014;3(32):175-84.

-Navarro Á, Rueda G. Adicción a Internet: revisión crítica de la literatura. *Rev. Colomb. Psiquiat*. 25 Apr 2010;4(36): 691-700

-Rodríguez E, Denis P, Melo G, Siliceo J, Jiménez C, Aguirre A et al. Alteraciones Psicosociales y agresividad en individuos con dependencia al teléfono móvil. *Rev Mex Anal Conducta*. 2016;2(2).

-American Psychiatric Association. *DSM-5 Diagnostic Classification*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing. 2013.

-Torrente E, Piqueras J, Orgilés M, Espada J. Asociación de la adicción a Internet con la ansiedad social y la falta de habilidades sociales en adolescentes españoles. *Terapia psicológica*. 2014;3(32):175-84.

AUTORES/AUTHORS:

RAÚL SOTO CÁMARA, MARÍA CONSUELO RODRÍGUEZ GARCIA, BEGOÑA MARÍA GONZÁLEZ PÉREZ, ESTHER MARÍA REYES DIEZ, MIRIAM ESTHER BLANCO REYES

TÍTULO/TITLE:

INVESTIGAR EN ENFERMERÍA: DIFICULTADES EN LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

INTRODUCCIÓN

La práctica basada en la evidencia (PBE) usa el método científico para conocer la realidad y expresarla de forma sintética e inteligible, siendo reconocida como el "Gold Standard" para alcanzar una atención sanitaria segura y de calidad. Pero la realidad actual es bien distinta ya que diversos estudios concluyen que solamente un reducido porcentaje de enfermeros realizan sus intervenciones y actividades dentro del marco de la evidencia.

OBJETIVO

Identificar las principales barreras y elementos facilitadores para integrar los resultados de investigación a la práctica habitual en los profesionales de enfermería del área de Salud de Burgos, analizando los principales factores que se afectan a la percepción de las mismas.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, observacional, transversal cuya población de estudio fueron todos los enfermeros colegiados en la provincia de Burgos, que a fecha 1 de septiembre de 2.016 ascendía a 2.535.

Como criterios de exclusión se consideraron la no aceptación a participar en el estudio, el estar en periodo de formación sanitaria especializada ó la no cumplimentación del cuestionarios en su totalidad.

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta on-line compuesta por un cuestionario de datos generales, con el que se recogieron variables de tipo socio-demográfico, profesional y relacionadas con el perfil académico e investigador y por el cuestionario validado The Barriers, con el que se identificaron las principales dificultades en la implementación de la investigación a la práctica habitual.

Se usó estadística descriptiva para la caracterización de la muestra, la t de student para muestras independientes, el Anova y la correlación bivariada de Pearson para el análisis de asociación entre variables mediante el uso del programa IBM SPSS Statistics 24.00. Para la interpretación de los resultados se asumió un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se obtuvo una tasa de respuesta del 14,68%, siendo el perfil de los participantes el de mujer, con una edad media de 39,69 años, que vive en pareja, trabaja en atención especializada realizando funciones asistenciales, con contrato fijo y una antigüedad media de 15,62 años.

Las características de la organización y del profesional fueron las dimensiones que mayor puntuación media obtuvieron. La correlación entre las distintas categorías del cuestionario The Barriers fue estadísticamente significativa y negativa entre las características del profesional y la presentación/accesibilidad de la investigación.

La falta de tiempo en el trabajo, la no colaboración de directivos ó médicos en la implementación de nuevas ideas ó la falta de autoridad suficiente como para cambiar los cuidados del paciente fueron las principales barreras identificadas, destacando que todos ellos son factores relacionados con las características de la organización.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación global en función de la edad, el nivel académico ó los años de profesión.

DISCUSIÓN

La comparación de estos resultados con los obtenidos por Moreno-Casbas et al, Guadarrama Ortega et al ó Ciadoncha-Moreno ponen de manifiesto la existencia de diferencias en las puntuaciones medias de cada factor, observándose en la muestra estudiada menos barreras a nivel profesional.

La no colaboración de otros profesionales o el tiempo insuficiente son las principales dificultades en las que coinciden todos los estudios, lo cual permite afirmar que las barreras identificadas por los enfermeros presentan un cierto grado de estabilidad, al repetirse en contextos diferentes.

La edad más avanzada y la mayor experiencia profesional se mostraron como factores que intervienen en la percepción de barreras, lo cual puede estar relacionado con el máximo nivel de estudios realizado, ya que los enfermeros que cursaron estudios de Diplomatura, en los que la investigación y la PBE no formaban parte de sus líneas curriculares, también identificaron mayor número de obstáculos.

El enfermero muestra una actitud positiva y proactiva a la hora de integrar y aplicar la PBE, si bien la falta de conocimientos, de liderazgo, de tiempo o de colaboración continúan siendo los obstáculos a los que debe hacer frente para su implementación.

Es necesario establecer estrategias organizacionales que fomenten la incorporación de la investigación a la práctica así como la sensibilización del profesional en la importancia de su uso y formación

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

•Bernal-Celestino RJ, Rodríguez-Almagro JJ, Lagos-Pantoja E, Cabezas-Vallejo L, Domínguez-Alonso MT, Moreno-Chocano C. Barreras para la investigación en enfermería. Estudio comparativo en un área integrada de salud. Rev Rol Enferm. 2014; 37(7-8): 520-26

- Cidoncha-Moreno MA, Alegría-Fernández de Retama B. Percepción de barreras para la utilización de la investigación en enfermeras de Osakidetza. *Enferm Clin.* 2017; 27: 286-93
- Guadarrama-Ortega D. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería en un hospital de Sudoeste de Madrid. *Enferm Global.* 2016; 43: 261-74
- Lima-Serrano M, Gómez-Salgado J, Camacho-Bejarano R, Rodríguez-Gómez S, Pandín López S. Una enfermería que crece, sigamos construyendo el camino. *Enferm Clin.* 2017; 27(1): 1-2
- Moreno-Casbas MT, 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): 153-64
- Rumbo-Prieto JM, Martínez-Ques AA, Sobrido-Prieto M, Raña-Lama CD, Vázquez-Campo M et al. Implementar evidencias e investigar en implementación: dos realidades prioritarias. *Enferm Clin.* 2016; 26(6): 381-386

AUTORES/AUTHORS:

gema garcia fernandez, angeles ordas pacios, begoña feito cano, carlos alvarez coro, jorge de la vega garcia, ruben martin payo

TÍTULO/TITLE:

DETERMINAR EL USO REAL DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO EN CIRUGIAS PROSTÁTICAS PERMITE SU MAXIMA OPTIMIZACIÓN

OBJETIVOS

Identificar el uso del instrumental quirúrgico implicado en cirugías prostáticas realizadas en el Hospital Universitario Central de Asturias, determinando piezas nunca utilizadas y otras cuyo uso sea inferior al 5% de los casos.

Proponer un contenedor de instrumental quirúrgico con el mínimo contenido de piezas

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo trasversal realizado en el Hospital Universitario Central de Asturias durante 2016

Enfermeros quirúrgicos expertos, con más de 3 años de participación en la especialidad, registraron los instrumentos realmente utilizados en intervenciones de cirugía prostática mediante una base de recogida de datos creada para tal uso.

Se utilizó SPSS v23.0 para el análisis estadístico.

RESULTADOS

87 intervenciones de cirugía prostática (54.37% del total): 35 Prostatectomías radicales (55.55%) y 52 retropúbicas (53.6%)

De los 97 instrumentos disponibles por contenedor, 16 no fueron utilizados en ninguna intervención (16,49%). Fueron portaagujas de Finochietto, pinzas de Duval y Farol, clamp de Satinsky y separadores de Farabeuf y Doyen.

Además de las piezas nunca utilizadas, se observaron otras con un uso inferior al 5%, (17 piezas, 17,52%) (portaagujas de Stratte, separador de Mathieu, mangos de bisturí), y se comprobó que dicho uso estaba asociado al cirujano que realizaba la intervención.

En total, un 34,01% de piezas fueron infrautilizadas.

También se confirmó que hay piezas con una frecuencia de uso diferente, en función de una u otra cirugía (mosquitos, pinzas de Millin, separadores de Hiss, cuello vesical y Goset) pero indispensables si se contemplan ambas intervenciones conjuntamente

En ninguna ocasión fueron necesarias piezas no incluidas en el contenedor.

DISCUSION

En base de los resultados obtenidos es factible realizar una propuesta de optimización del instrumental quirúrgico implicado en las cirugías prostáticas con un menor número de piezas por contenedor.

En la práctica clínica, podría suponer un incremento en la seguridad del paciente al disminuir el riesgo de pérdida de elementos y la simplificación en la instrumentación, lo cual facilitaría el aprendizaje de personal de nueva incorporación. Así mismo, desde el punto de vista de la Gestión, se podría considerar un ahorro, dado el menor consumo de recursos en el reprocesamiento del material. Todo ello se traduciría en un incremento de la seguridad y la eficiencia en la práctica enfermera.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ministerio de Sanidad y Política Social. Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. Madrid: Agencia de Calidad del SNS.

Ministerio de Sanidad y Política Social;2009.

AUTORES/AUTHORS:

Claudio-Alberto Rodríguez-Suárez, María-Naira Hernández-y de Luis, María-Isabel Mariscal-Crespo

TÍTULO/TITLE:

Revisión sistemática cualitativa sobre las taxonomías diagnósticas específicas de Enfermería.

Introducción: La etapa diagnóstica permite identificar problemas de salud. North American Nursing Diagnosis Association-International (NANDA-I) define Diagnóstico de Enfermería (DdE) como "juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia, grupo o comunidad frente a problemas o procesos vitales reales o potenciales...de los que la enfermera es responsable"(1). American Nurses Association reconoce terminologías para estandarizar la atención con perspectiva autónoma(2), siendo NANDA-I la más utilizada y de mayor repercusión internacional. Los enfermeros invierten 40% de tiempo en documentar cuidados en papel y 9% en sistemas electrónicos; de éstos, el 70% se alinea con lenguaje controlado. Inconvenientes: difíciles de usar, comunicación ineficaz, restrictivos e incompletos(3). Pudiendo conducir a una "talla única"(4), con un plan de cuidados "des-individualizado", sin juicio clínico, que limita el crecimiento y desarrollo profesional(5). Existen percepciones discrepantes sobre la funcionalidad de los DdE; aunque proporcionan consistencia, se ha considerado que les falta exhaustividad y utilidad; por carecer de descriptividad, fomentar imprecisiones(3) y restringir evidencias(6); siendo útiles cuando coinciden con las habilidades cognitivas de los usuarios(7). Objetivo: Examinar y describir la percepción de los enfermeros sobre el uso de DdE para conocer las implicaciones de su utilización. Método: Meta-síntesis cualitativa. PICO: "¿Cuál es la percepción que tienen los enfermeros sobre los DdE para su utilización en la práctica diaria?". Descriptores: Diagnóstico de Enfermería y Percepción. Criterios de inclusión: estudios cualitativos de cualquier tipología en enfermeros titulados que utilizaron DdE en cualquier ámbito laboral. Se excluyeron estudios en estudiantes. Estrategia de búsqueda: fuentes secundarias y terciarias, acudiendo cuando fue necesario a primarias y literatura gris. Distintas estrategias de búsqueda, octubre-noviembre 2016, cualquier idioma, operadores booleanos (AND y OR); explotando la búsqueda cuando fue preciso; sin truncamiento. Bases de datos: PubMed, SCOPUS, Web of Science, ScienceDirect, BVS, BDNF, CUIDEN, CINAHL, ProQUEST, DART Europe, TESEO y Open Access Theses and Dissertations. Criterios de selección: Tras remoción de duplicados se identificaron 173 estudios; dos revisores cegados verificaron 11 cualitativos; tras lectura crítica con el instrumento CASPe®, se verificaron 7 ajustados a criterios de selección. Extracción de datos: se establece nivel de confianza usando la herramienta ConQual®, que determina nivel de confianza (NC). Para 5 con hallazgos identificados se realiza meta-síntesis. Resultados: 10 categorías conceptuales: NC alto: "El uso de lenguajes estandarizados para etiquetar los DdE limita la identificación de los problemas de salud". NC moderado: "El registro de informaciones irrelevantes por parte de los enfermeros es elevado"; "El uso de los DdE suele estar fomentado desde las instituciones"; "Existen dificultades de aprendizaje por parte de los profesionales cuando se inician en el uso de los DdE"; "El uso de los DdE se favorece involucrando a los profesionales en el desarrollo de herramientas que permitan sistematizar su aplicación". NC bajo: "La sistematización del PAE mediante el uso de DdE aumenta la fiabilidad de la información"; "Los sistemas informáticos presentan limitaciones para usar los lenguajes estandarizados"; "Los contenidos de la clasificación diagnóstica NANDA-I proporcionan pautas de actuación a los profesionales"; "Con el uso de DdE se mejora la planificación de los cuidados y aumenta la disponibilidad de tiempo de los enfermeros". NC bajo/muy bajo: "Es necesario disponer de lenguajes específicos para establecer adecuadamente la atención de Enfermería". Discusión: La etapa diagnóstica es compleja, genera divergencias y discrepancias(8). La opinión de los profesionales es fundamental para mejorar las taxonomías(9), pero hay pocas referencias sobre sugerencias funcionales. Registrar problemas independientes en un contexto de interdependencia refuerza la idea de autonomía, con clasificaciones que identifiquen el universo conceptual específico(10); los DdE más relacionados con los conceptos centrales son los que más se entienden, más desarrollados y utilizados; la falta de claridad en muchos implica percepción de que no son específicos, con limitación conceptual que los hace difíciles de entender(3); reforzando la condición de ayudantes(7). Para algunos presentan ventajas y son útiles, para otros imprecisos y limitantes(3). El uso de clasificaciones no mejora la

planificación de los cuidados, ni proporciona pautas de actuación, y mucho menos aumenta la disponibilidad de tiempo para dedicarse al cuidado. Se ha generalizado la idea de que su uso es conveniente, si bien favorecen un razonamiento lineal que limita el pensamiento crítico y suprime habilidades. En este sentido, la atención se vuelve rígida y estereotipada, focalizada en la lista de DdE y no en el paciente(5). NANDA-I ha sido confeccionada desde el contexto norteamericano(5) para un uso global, pero sin aplicabilidad cultural(5,11). NANDA-I no es óptima por no ceñirse al universo conceptual específico. Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Herdman T. Nursing Diagnoses 2012-14: Definitions and Classification. 2011.
2. Garcia-Tafolla G, Muñoz-Canche KA, Alamilla-Barahona MJ, García-García JC, Montejo-González OO. Aportaciones de las Taxonomías al Proceso de Enfermería. *Desarro Cientif Enferm*. 2006;14(3):92–8.
3. Carrington JM. The effectiveness of electronic health record with standardized nursing languages for communicating patient status related to a clinical event. [Internet]. University of Arizona; 2008 [cited 2016 Feb 12]. Available from: <http://oatd.org/oatd/record?record=%22handle:10150/195397%22>
4. Darbyshire P. “Rage against the machine?": nurses' and midwives' experiences of using Computerized Patient Information Systems for clinical information. *J Clin Nurs* [Internet]. 2004 Jan [cited 2017 Mar 19];13(1):17–25. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2702.2003.00823.x>
5. Lai W-SW-S, Chao C-SC, Yang W-PW-P, Liu H-CH-C, Chen C-HC-H. “Does One Size Fit All?” Exploring the Cultural Applicability of NANDA Nursing Diagnoses to Chinese Nursing Practice. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2013 Jan 1 [cited 2016 Nov 2];24(1):43–50. Available from: <http://tcn.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1043659612462403>
6. Powers P. A discourse analysis of nursing diagnosis. *Qual Health Res* [Internet]. 2002 [cited 2016 Nov 2];12(7):945–65. Available from: <http://qhr.sagepub.com/content/12/7/945.short>
7. Cho I, Park H. Evaluation of the expressiveness of an ICNP-based nursing data dictionary in a computerized nursing record system. *J Am Med Informatics* [Internet]. 2006 [cited 2016 Nov 18]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1067502706000545>
8. Queiroz O, Sant'Ana R, Oliveira S. Nurse's perception in front of the implementation of nursing diagnosis and prescription. *J Nurs* [Internet]. 2012 [cited 2016 Oct 31];6(6):1346–51. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2617>
9. Elizalde A, Almeida M. Percepções de enfermeiras de um hospital universitário sobre a implantação dos diagnósticos de enfermagem. *Rev gaúcha Enferm* [Internet]. 2006 [cited 2016 Oct 31];27(4):564–74. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23572>
10. Carpenito LJ. Diagnóstico de enfermería. Aplicación a la práctica clínica. 2002.
11. Hogston R. Nursing diagnosis and classification systems: a position paper. *J Adv Nurs* [Internet]. 1997;26(3):496–500. Available from: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-8-00999.x>

AUTORES/AUTHORS:

Denise Ferro, Ione Carvalho Pinto, Fabiana Costa Machado Zacharias, Brisa Polyana Gonçalves Figueira

TÍTULO/TITLE:

El Absentismo en el equipo de enfermería y las implicaciones en la asistencia ofrecida en las unidades de urgencias *

Objetivo: Analizar la percepción del equipo de enfermería acerca de las condiciones generadoras del absentismo y las implicaciones asistenciales en las unidades de urgencias (UE) en las cinco regiones sanitarias en una ciudad del interior de São Paulo, Brasil.

Métodos: Estudio descriptivo y exploratorio, con abordaje cualitativo de los datos. Los sujetos fueron profesionales del equipo de enfermería (enfermero, auxiliar y técnico de enfermería) actuantes en estas unidades, teniendo en cuenta los criterios de inclusión en el estudio, con dos profesionales de cada categoría, sin considerar sexo, grupo de edad y tiempo de trabajo en el servicio, totalizando 30 profesionales participantes. Los datos fueron recogidos de marzo a junio de 2014, producidos por citas individuales semiestructuradas, realizadas con un guion compuesto por las variables (Proceso de Gestión de Recursos Humanos (RH); Condiciones Laborales de Trabajo en Equipo y Calidad de la Asistencia Realizada) abordadas en el estudio. Para el análisis de los datos se utilizó análisis de contenido, modalidad temática.

Resultados: Todos los entrevistados sugieren que la comunicación es fundamental para el desarrollo del trabajo y es a través de ella que los conflictos pueden ser resueltos. Se percibe en las hablas, que la comunicación es distinta entre las unidades y, por lo tanto, existen niveles diferentes de conflictos. La ciudad no tiene un plan de carrera, por lo tanto los entrevistados demuestran desmotivación para buscar nuevos conocimientos. En cuanto al sueldo, estos tienen la visión de que es razonable y elevado en relación a las demás instituciones de salud de la ciudad, sin embargo, desfasado en relación a la categoría profesional. Los profesionales interinos relatan una insatisfacción por trabajar de la misma forma que los profesionales de carrera, recibiendo sueldo más pequeño sin los mismos beneficios, lo que nos lleva a la categoría vínculo de empleo, donde la estabilidad es abordada con visiones positivas y negativas. Al tratarse de la visión negativa, los entrevistados sugieren que muchos compañeros no saben manejar ese beneficio, ausentándose del trabajo o trabajando de una forma no adecuada, perjudicando el atendimento. Todos los entrevistados consideran que la estructura física, materiales y equipamientos interfieren directamente en el cuidado. En relación a la evaluación del cuidado prestado, ellos lo consideran bueno, pudiendo ser mejor se hubiera disponibles condiciones de trabajo más adecuadas.

Discusión: La comunicación es esencial para el desarrollo del trabajo en equipo con efectos positivos o negativos en el proceso de relación interpersonal. Es esencial para el cuidado, posibilita la creación de vínculo con el usuario y el servicio. Los profesionales experimentan, diariamente, problemas relacionados con la mala comunicación, como dificultad en crear vínculo, ausencia de cooperación entre trabajadores, con perjuicio en la continuidad y calidad del cuidado prestado. Estos problemas deben abordarse de forma que el acceso a la salud esté garantizado a los usuarios. El plan de carrera apunta a la valorización del profesional, destacando aquellos trabajadores que buscaron cualificación y se especializaron para la prestación de una asistencia mejor; como el municipio no lo posee, se identifica la necesidad de implementación, con el fin de estimular y calificar a los trabajadores. Los sueldos desfasados generan insatisfacción y llevan a los trabajadores a obtener más de un empleo, generando sobrecarga de trabajo, estrés y impacto negativo en la calidad de vida. Los funcionarios de carrera tienen más garantías y beneficios laborales, están menos expuestos a precarización del trabajo, se sienten seguros cuando ingresan en la carrera, pues la estabilidad es considerada uno de los principales atractivos para convertirse en funcionario de carrera, pues genera tranquilidad en la vida financiera y social. La estructura física, materiales y equipamientos de buena calidad sumados a profesionales calificados y motivados producen salud, proporcionando una mejor calidad de vida. En cambio, una estructura física inadecuada, ausencia de materiales y equipamientos, déficit de personal y ausencia de estímulo institucional reducen la calidad de la asistencia prestada. Por fin, el estudio se muestra como un posible instrumento de evaluación de los servicios prestados en unidad de UE, además de las condiciones laborales ofrecidas al trabajador y su satisfacción profesional.

Palabras-clave: Enfermería; Evaluación de los Servicios de Salud; Servicios Médicos de Urgencia.

* Financiación: Programa de Investigación para el Sistema Único de Salud (SUS): gestión compartida en Salud, PPSUS/SP, FAPESP/SES-SP/MS/CNPq, proceso: 2012/51236-1, vigencia 2013-2015; proceso: 2017/12609-0, vigencia 2017.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Binder MCP, Cordeiro R. Sub-registro de accidentes do trabalho em localidade do Estado de São Paulo, 1997. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2003 [Cited 2016 set 05];37(1):409-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16774.pdf>

Chiavenato I. Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

Núcleo de educação em saúde coletiva (NESCON). Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. Belo Horizonte: Nescon, 2007. [Cited 2016 set 04]. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0942.pdf>

Ministério da Saúde (MS). Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia de saúde da família: documento técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 [Cited 2016 set 04]. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10001019925.pdf>

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

Lacaz FAC, Vieira NP, Cortizo CT, Junqueira V, Santos APL, Santos FS. Quality of life, work management, and career planning as a primary care technology in the Unified National Health System in São Paulo State, Brazil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 253-63, fev. 2010.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves III

Session of Oral Brief Presentations III

AUTORES/AUTHORS:

AZUCENA GONZALEZ SANZ, YOLANDA MARTIN VAQUERO, MAR CASASOLA FUENTESAUCO, M^a ANGELES LUCAS PASTOR, INMACULADA DOMINGUEZ JUAN, M^a ANTONIA MARTIN FRANCISCO

TÍTULO/TITLE:

ANALISIS DEL RIESGO DE CAÍDAS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE ADULTOS

La OMS define las caídas como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Aunque las caídas conllevan un riesgo de lesión en todas las personas, su edad, sexo y estado de salud pueden influir en el tipo de lesión y su gravedad. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas (1). Aproximadamente un tercio de las personas mayores que viven en la comunidad se caen cada año y cerca de la mitad de ellas se caen más de una vez. En las personas hospitalizadas y en instituciones la incidencia y prevalencia de caídas es mayor (2,3). Las caídas tienen una etiología multifactorial y la identificación de sus factores de riesgo en un 95% de los casos puede realizarse mediante la historia clínica y la exploración física. El riesgo de caída se incrementa a medida que aumentan los factores de riesgo. Entre los factores de riesgo encontramos:

Edad, a mayor edad mayor número de caídas.

Factores extrínsecos: barreras arquitectónicas, suelos resbaladizos, iluminación inadecuada y la negativa a utilizar los medios auxiliares para el desplazamiento (bastones y andadores), ropas y zapatos mal ajustados, y mobiliario no accesible o descolocado.

Factores intrínsecos: limitaciones físicas, consumo de fármacos, alteraciones visuales, comorbilidad

Otros: hipotensión ortostática, caídas y hospitalizaciones previas. (4-8)

OBJETIVOS:

Analizar las características demográficas de los pacientes hospitalizados y las caídas. Valorar los factores extrínsecos de las caídas. Describir la situación de la valoración y del registro en la historia paciente. Identificar los puntos débiles.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal y retrospectivo. Se realiza auditoría de las infraestructuras e inspección de todas las habitaciones de las Unidades de hospitalización (10) se excluyen las unidades pediátricas y cuidados intensivos- y un análisis de los registros del Sistema de información de cuidados desde 2011 a 2017.

Se diseñó la hoja de recogida de datos con las medidas extrínsecas (Altura de la cama, cama frenada, sillón frenado, barandillas levantadas, correcta iluminación, timbre de llamada accesible, desorden en la habitación, suelo mojado/deslizante, señalización de suelo mojado, calzado, medidas de sujeción), datos demográficos (edad y sexo) y la valoración del riesgo de caídas (Escala Downton). Previamente se realiza reunión del equipo para unificar criterios. La observación fue el 10 de noviembre de 2016. No se recogen datos de identificación de pacientes.

RESULTADOS:

Se evalúan 287 pacientes ingresados. La edad media es 71,5 años (17-100), DE (7,4). En 2 unidades la media es mayor de 75 y en 6 unidades mayor de 70. La moda es 89 años. El 57,8% son hombres.

El 85,4% se encontraban en la cama, tras valorar la altura de la misma, un 18,8% tenía la cama alta, el 29,4% a una altura media (altura inadecuada en el 48,2%) y 51,8% de las camas estaban en posición baja.

La cama permanece frenada en 98,2 % y el 45,7 % de los sillones están frenados. El 33,4 % (n=96) de las camas tienen las barandillas totalmente elevadas.

En cuanto al entorno de la habitación, la iluminación es insuficiente en el 19,9 % de los casos y el 93,4% de las habitaciones se encontraban libres de obstáculos y en orden. Solo en el 1,4 % de los casos el suelo estaba mojado (señalizado 100%). El timbre no está accesible en el 56,4%.

El calzado resulta inadecuado en el 49,8% (zapatillas abiertas), los familiares desconocían que calzado cerrado era lo recomendable.

Se observa que el 3,8 % (n=11) de los pacientes tienen sujeción mecánica, únicamente están prescritas el 27,3%(n=3).

La valoración del riesgo caídas se realiza en dos unidades (Cardiología y Medicina Interna) en un 11,8 % (n=34). Se detecta riesgo en un 26,5% (n=9). Desde enero 2011 a 29 mayo 2017 se han realizado un total de 216 registros de caídas (el 80,09% de las

mismas son en unidades generales) de las cuales el 46,15% conllevan lesión. El 65,74% de caídas se producen en hombres que representan el 47,89% de los ingresos.

CONCLUSIONES: La edad avanzada de la mayoría de los pacientes hospitalizados justifica implantar medidas de mejora y adopción de recomendaciones multidisciplinares que aumenten la seguridad de nuestros pacientes. Es preciso modificar los factores extrínsecos para lo que es necesitamos concienciar e implicar tanto al personal sanitario como no sanitario, familiares y pacientes. Se propondrá a la Dirección la aportación de medios para la difusión de las recomendaciones a adoptar descritas en distintas guías (9, 10). Las medidas a transmitir son: sillón y cama siempre frenados y en posición más baja posible, subir las barandillas en caso necesario y dejar los timbres accesibles a los pacientes en ausencia de familia. Recomendar el uso calzado cerrado, y con suela antideslizante. Se deberá revisar el procedimiento de sujeción a pacientes y eliminar el mismo si no hay prescripción médica. Además de lo anteriormente descrito consideramos que es preciso aumentar la valoración del riesgo de caídas y el registro de caídas, para analizar los resultados y continuar mejorando. Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización Mundial de la salud (OMS). Caídas. [Internet] [acceso 19 de octubre de 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
2. Rubenstein L Z, Josephson K R. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40(Supl 2):45-53
3. Lázaro del Nogal M, González-Ramírez A, Palomo-Iloro A. Evaluación del riesgo de caídas. *Protocolos de valoración clínica. Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40(Supl 2):54-63
4. Laguna-Parras JM, Carrascosa-Corral RR, Zafra López F, Carrascosa-García M, Luque Martínez FM, Esteban A, et al. Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Gerokomos.* 2010;21(3):97-107.
5. Morales Rodríguez MC. Resumen de factores que contribuyen a las caídas en adultos mayores e implicaciones para enfermería. *Enfermería Clínica.* 2016;26(4):258-60.
6. Saiz-Vinuesa MD, Muñoz-Mansilla E, Muñoz-Serrano T, Córcoles-Jiménez MP, Ruiz-García MV, Fernández-Pallarés P, et al. Implantación de una guía de buenas prácticas para la prevención de caídas: percepción de los pacientes hospitalizados y sus cuidadores. *Revista de Calidad Asistencial.* 2016; 31(6):329-37.
7. Tamayo CT, de Cordero GA, Ochoa RV, Lee GRM, González JMS, Gamboa LEH, et al. Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. *Revista CONAMED.* 2006; 11(5):18-26.
8. Minaya-Sáiz J, Lozano-Menor A, Salazar-de la Guerra RM. Abordaje multidisciplinar de las caídas en un hospital de media estancia. *Revista de Calidad Asistencial.* 2010; 25(2):106-11.
9. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores. [Internet]. RNAO; 2011 [acceso 20 de octubre de 2016]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_PrevencionCaidas_022014_-_with_supplement.pdf
10. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Falls: assessment and prevention of falls in older people. [Internet]. NICE; 2013 [acceso 20 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG161>

AUTORES/AUTHORS:

Vanesa Cruces Miranda, Nerea Fernández Sánchez, Blanca Rodríguez García, María Auxiliadora Caraballo Expósito, Gemma Prieto de Lamo, Rosa Isabel Sánchez Alonso, Rosa María López Martín, María Elena Jaén Sánchez, Beatriz Represas Oya

TÍTULO/TITLE:

Grado de adherencia terapéutica de los pacientes crónicos complejos y su relación con variables clínicas y demográficas

OBJETIVO

La falta de adherencia es un obstáculo para mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes. En países desarrollados la tasa de adherencia en enfermedades crónicas es del 50%, calificándola la OMS como “un problema mundial de gran magnitud”.^{1,2} Por ello nos proponemos conocer el grado de adherencia de los pacientes clasificados como G2 y G3 incluidos en receta electrónica del área urbana de Ávila, así como la asociación con otras variables clínicas y demográficas.

MÉTODO

Diseño: estudio descriptivo transversal multicéntrico. Población de estudio: 325 pacientes G2 y G3, incluidos en receta electrónica y sus cuidadores de los centros de salud urbanos de Ávila. Variables: Dependientes: adherencia (buena: $\geq 75\%$ y mala: $< 75\%$), valorada mediante el cuestionario de adherencia de Habilidades y Conocimientos de Sistema de Salud de Castilla y León (Sacyl). Independientes: sexo, edad, inmovilización, responsable de adherencia, grado de cronicidad, nº de patologías crónicas, nº de hospitalizaciones en el último año y en los seis meses previos, nº de fármacos crónicos prescritos, principio activo y grupo terapéutico. Análisis de datos: Se realizó un análisis descriptivo univariante (proporciones, media, mediana y rango intercuartil (RI)) y bivariante mediante los test: Chi Cuadrado, U de Mann-Whitney y T-de Student. Nivel de confianza del 95% a nivel bilateral. Análisis con paquete estadístico IMP SPSS Statics 15.

Fases:

1. Establecimiento del protocolo de investigación, objetivos y definición de criterios de inclusión y exclusión.
2. Creación del cuaderno de recogida de datos en (M.Excel®2010).
3. Contacto y captación de los individuos incluidos.
4. Realización del test de adherencia en la consulta de enfermería y evaluación de resultados. Refuerzo terapéutico independientemente del resultado obtenido, haciendo mayor hincapié en la intervención en aquellos sujetos cuyo resultado en el test fue NO adherente. (Enero–Marzo de 2017).
5. Cierre de la recogida de datos y control de la calidad de la base de datos.
6. Análisis e interpretación de los datos.

RESULTADOS

La edad media fue 70,7 años (IC 95%: 69,3–72,1), el 50,5% mujeres. El 56% clasificados como G2, el 44% G3 y el 2,8% inmovilizados. La mediana del nº de patologías crónicas fue 4 (RI 3), de fármacos prescritos $P(50)=6$ (RI 4) y del nº de hospitalizaciones en los 6 y 12 meses previos $P(50)=0$ (RI 0).

El 97,8% de los participantes tuvo buena adherencia terapéutica. El 86,8% manejaban ellos mismos su medicación.

El ítem de mayor frecuencia de fallo fue identificación (18,6%) seguido de indicación (10,9%), modo de administración (1,8%) y posología (1,7%). Los grupos terapéuticos más prescritos fueron: antihipertensivos (21,7%), antidiabéticos (11,1%), hipolipemiantes (9,8%), psicofármacos (9,6%) y antiácidos y anti-ulcerosos (9%).

En el análisis bivariante, se observó asociación con significación estadística entre adherencia y edad: la media de edad en el grupo no adherente fue 75,4 años y en el grupo adherente 70,6 años ($p=0,016$).

DISCUSIÓN

Se obtuvo un % elevado de pacientes con buena adherencia, siendo los resultados superiores a la mayoría de estudios publicados.

Un metaanálisis de DiMatteo³ revela que la media de adherencia es del 75,2% y las tasas más bajas son en diabetes y trastornos del sueño.^{4,5} Estudios como los de Ibarra et al⁶ y Rojas et al⁷ manifiestan mejores resultados actuando sobre la adherencia junto con técnicas y actividades que utilizan los equipos de salud⁸. El uso de la entrevista motivacional o la educación sanitaria aumentan los niveles de adherencia,⁹ y una baja comprensión de la información contribuye a disminuirlos.¹⁰

Otros estudios consultados muestran que las causas principales de la falta de adherencia son: olvido, abandono por remisión de síntomas, conocimiento insuficiente, coste y acceso a los medicamentos y nivel de complejidad del tratamiento¹; influyendo negativamente la polifarmacia,¹¹ pero hay que individualizar estos motivos.⁶⁻⁸

El resultado obtenido en este estudio puede deberse a que la población estudiada son pacientes pluripatológicos (G2 y G3) con tratamientos crónicos, en seguimiento por su enfermera de Atención Primaria. Además, la inclusión de los mismos en el sistema de receta electrónica junto con el Programa de Adherencia Terapéutica desarrollado por Sacyl, podrían estar asociados a este resultado ya que conlleva un seguimiento exhaustivo de su medicación. Este Programa está inmerso en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico de Castilla y León, que pretende conseguir un mayor grado de autonomía y conocimiento en el paciente.¹²

Se encontró mayor dificultad para obtener buena adherencia en la población de más edad, coincidiendo con el resto de estudios revisados.

La implicación para la práctica que nos ofrece este estudio es que conocer el grado de adherencia del paciente nos permite identificar sus problemas para conseguir los resultados terapéuticos esperados, ayudando a la enfermera a trabajar de forma individualizada sobre las carencias. Los resultados muestran la efectividad de la Estrategia de Atención del Paciente Crónico en Castilla y León¹² para mejorar la adherencia terapéutica, pudiendo utilizarse como modelo de atención para mejorar los resultados. No tenemos conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Conthe P, Márquez E, Aliaga A, Barragán B, Fernández MN, González M et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Revista Clínica Española*. 2014; 214(6): 336-344.
2. Dilla T, Valladares A, Lizán L y Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009; 41(6): 42-348.
3. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*. 2004; 42(3): 200-209.
4. Ballester, R. Adhesión terapéutica: Revisión histórica y estado de la cuestión en la infección por VIH/SIDA. *Revista Psicopatología y Psicología Clínica*. Universidad Jaime I de Castellón. 2002; 7(3): 151-175.
5. Ortiz M, Ortiz, E, Gatica A, y Gómez D. Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. *Terapia Psicológica*. 2011; 29(1): 5-11.
6. Ibarra O, Morillo R, Rudi N, JVentura JM, Navarro H. Adherencia en pacientes en tratamiento crónico: resultados del "Día de la Adherencia" del 2013. *Farm Hosp*. 2015; 39(2):109-113.
7. Rojas MZ, Morales SY. Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo: ¿un reto o una realidad? *Revista Colombiana de Enfermería*. 2014; 9: 133-141.
8. La Caze A, Gujral G, Neil W. How do we better translate adherence research into improvements in patient care? *Int J Clin Pharm*. 2014; 36:10-14.
9. McMullen CK, Safford MM, Bosworth HB, Phansalkar S, Leong A, Fagan MB et al. Patient-centered priorities for improving medication management and adherence. *Patient Education and Counseling*. 2015; 98:102-110.
10. Mohan A, Riley MB, Schmotzer B, Boyington DR, Kripalani S, Improving Medication Understanding Among Latinos Through Illustrated Medication Lists. *Am J Manag Care*. 2014; 20(12):e547-e555.
11. Lorgunpai S, Grammas M, Lee DSH, McAvay G, Charpentier P, Tinetti ME. Potential Therapeutic Competition in

Community-Living Older Adults in the U.S.: Use of Medications That May Adversely Affect a Coexisting Condition. PloS one. 2014; 9(2):e89447.

12. Junta de Castilla y León. Proceso de Atención del Paciente Crónico Pluripatológico de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid. 2014.

AUTORES/AUTHORS:

Pedro Otones Reyes, Eva García Perea, Azucena Pedraz Marcos

TÍTULO/TITLE:

Dolor crónico, un factor pronóstico de fragilidad en los pacientes mayores.

Introducción: La fragilidad es una situación clínica en la que se ve incrementada la vulnerabilidad de una persona para desarrollar discapacidad y/o mortalidad ante un estresor. Esta situación, presente entre el 8% y 20% de los mayores españoles, supone para quienes la padecen un riesgo de mortalidad 5,5 veces mayor y de pérdida de movilidad 2,7 veces mayor. El problema social que supondrá el aumento de la población de la tercera edad en los próximos años hace que la prevención de la fragilidad y el fomento de una vejez saludable sean de suma importancia para la sostenibilidad de la asistencia sanitaria. El dolor crónico también es una condición frecuente en los mayores, 25-75% de los que viven en la comunidad, y algunas de sus consecuencias como la limitación de la actividad física, depresión e impacto sobre calidad de vida están directamente relacionadas con las causas de la fragilidad.

Objetivo: Estudiar la relación entre el dolor crónico y la fragilidad, observando si la prevalencia de dolor crónico es mayor en los pacientes frágiles y prefrágiles, si actúa como predictor de fragilidad y si la intensidad del dolor afecta al nivel de fragilidad.

Métodos: Se realizó una scoping review, siguiendo las normas del manual de revisiones de JBI, en PubMed, Cochrane, LILACS, JBI, Scielo, Science Direct y TESEO. La búsqueda de los artículos se limitó a los últimos 10 años y a los idiomas inglés y español. Los criterios de inclusión fueron estudios realizados sobre pacientes mayores, con dolor crónico no oncológico y residentes en la comunidad. Los datos se extrajeron para su análisis en una tabla en la que se clasificaron por fecha, autor, país, metodología, finalidad, duración de la intervención, resultados y otros hallazgos clave.

Resultados: La búsqueda arrojó un total de 548 títulos de los que se seleccionaron 23 trabajos. La mayoría de los trabajos incluye población de ambos sexos y están realizados en países de Europa o Norteamérica. La mayor parte de los trabajos estudiaban los determinantes de fragilidad en pacientes ancianos o las consecuencias del dolor crónico en mayores. La revisión mostró que, en la mayoría de los trabajos analizados, el dolor es una condición frecuente en pacientes frágiles, entorno a un 45% de los pacientes frágiles presentan DC. También se observó que la presencia de dolor en pacientes prefrágiles o robustos incrementaba el riesgo de desarrollar fragilidad, así como que la intensidad del dolor, y la presencia de más zonas de dolor incrementaba la puntuación en los índices de fragilidad.

Discusión: El dolor crónico es una condición frecuente en las personas mayores que puede incrementar su nivel de fragilidad. El manejo adecuado del dolor en los mayores puede ser importante para fomentar una vejez activa. Futuras investigaciones podrían focalizarse en determinar cuáles son las consecuencias directas del dolor crónico en los pacientes frágiles en cuanto a ingresos, institucionalización o discapacidad. **Implicaciones para la práctica:** El control del dolor en los pacientes mayores debe ser evaluado y tratado de forma correcta, desarrollando programas para manejar esta condición con el fin de disminuir el número de pacientes frágiles y la gravedad de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bandeen-Roche, K., Seplaki, C. L., Huang, J., Buta, B., Kalyani, R. R., Varadhan, R., ... Kasper, J. D. (2015). Frailty in Older Adults: A Nationally Representative Profile in the United States. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 70(11), 1427–1434. <https://doi.org/10.1093/gerona/glv133>

Bicket, M. C., & Mao, J. (2015, September). Chronic Pain in Older Adults. *Anesthesiology Clinics*. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2015.05.011>

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... Collabor, C. H. S. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology Series a-Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146–M156.

<https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>

Morley, J. E., Vellas, B., Abellan van Kan, G., Anker, S. D., Bauer, J. M., Bernabei, R., ... Walston, J. (2013). Frailty consensus: A call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), 392–397. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>

Kojima, G. (2015). Frailty as a Predictor of Future Falls Among Community-Dwelling Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1027–1033.

<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.018>

Lenardt, M. H., Carneiro, N. H. K., Binotto, M. A., Willig, M. H., Lourenço, T. M., & Albino, J. (2016). Frailty and quality of life in elderly primary health care users. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 478–83. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690309i>

Ministerio de Sanidad Igualdad y Servicios sociales. (2013). Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor: Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. *Informes Estudios E Investigación*, 1–85. Retrieved from http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf

Vaughan, L., Corbin, A. L., & Goveas, J. S. (2015, December). Depression and frailty in later life: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*. <https://doi.org/10.2147/CIA.S69632>

Wade, K. F., Marshall, A., Vanhoutte, B., Wu, F. C. W., O'Neill, T. W., & Lee, D. M. (2016). Does Pain Predict Frailty in Older Men and Women? Findings From the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 0(0), glw226. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw226>

AUTORES/AUTHORS:

Nerea García Granja, Virtudes Niño Martín, Sofía Pérez Niño, María Hernández Carrasco, Irene García Álvarez, Carlos Pérez Fernández

TÍTULO/TITLE:

PREVENCIÓN DE CAIDAS: VALORACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

Objetivos:

1. Identificar los factores de riesgo intrínsecos que influyen en la génesis de caídas
2. Valorar la capacidad funcional y cognitiva de los pacientes mayores de 65 años

Métodos:

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo de corte transversal en 52 pacientes, 26 varones y 26 mujeres mayores de 65 años pertenecientes a la zona básica de salud de La Victoria de Valladolid durante los meses de Marzo y Abril de 2017.

La valoración del riesgo de caídas se ha realizado mediante la prueba de levántate y anda cronometrada (test time up & go). En el momento de la realización de dicho test a todos los pacientes se les efectuó una valoración geriátrica determinándose la capacidad funcional a través del índice de Barthel y el deterioro cognitivo mediante la versión española del Minimental de Folstein en el cual se considera deterioro cognitivo las puntuaciones obtenidas por debajo de 24.

Para la fuerza de prensión o test de handgrip, se utilizó un dinamómetro.

En cuanto a los datos antropométricos se realizó la medición del perímetro braquial y los datos de peso, talla e IMC se obtuvieron de la historia clínica informatizada de cada paciente.

Resultados:

Puntuaciones medias obtenidas en las mujeres; Edad: 86,153; IMC: 27 kg/m²; Minimental: 24,80 (8 mujeres obtuvieron una puntuación 24); Barthel: 67,115(10 pacientes obtuvieron una puntuación 55); Time up & go: 20,884s (14 pacientes tardaron más de 20 segundos); Fuerza: 5,615kg; Perímetro braquial: 29,25 cm (4 mujeres presentaron un perímetro 24 cm);Nº de fármacos: 8,30. En cuanto al resto de parámetros valorados: 17 presentaban incontinencia, 4 presentaban hipotensión ortostática; 16 habían sufrido caídas previas en el ultimo año; 16 utilizaban algún tipo de ayuda técnica para la marcha y 25 utilizaban calzado apropiado.

Puntuaciones medias obtenidas en los varones; Edad: 79; IMC: 27,59 kg/m²; Minimental: 27,84 (1 paciente obtuvo una puntuación 24); Barthel: 96,538(ningún paciente obtuvo 55); Time up & go: 12,163s.(2 pacientes tardaron más de 20 segundos); Fuerza: 19,769 kg; Perímetro braquial: 29,025cm (1 hombre presentó 24 cm); N° de fármacos: 6,30. En cuanto al resto de parámetros valorados: 9 presentaban incontinencia, 7 presentaban hipotensión ortostática; 4 habían sufrido caídas previas en el ultimo año; 5 utilizaban algún tipo de ayuda técnica para la marcha y 26 utilizaban calzado apropiado.

Discusión:

La población estudiada presentó alto riesgo de caídas debido a su elevada edad que conlleva mayor deterioro físico y mental, alto

consumo de fármacos y consecuentemente, un aumento en la fragilidad. Los resultados confirman una clara diferencia en el riesgo de caídas de las mujeres con respecto al de los varones teniendo más alteración en los parámetros medidos que los varones. Tras estos resultados imprescindible establecer medidas preventivas y realizar un control exhaustivo e individualizado de cada paciente para evitar que éstas se produzcan, valorando además su entorno domiciliario, realizando con ellos charlas educativas de prevención de caídas y enseñándoles ejercicios de fortalecimiento muscular.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

European Network for Safety Among Elderly: Boletín informativo: prevención de las caídas en las personas de edad avanzada. ISBN: 978-960-89383-4-2

Grupo de trabajo de enfermería de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio: Guía del cuidador. SEHAD, 2013.SBN: 978-84-695-9719-4.

Tinetti ME. Preventing Falls in Elderly Persons. N Engl J Med. 2003;348:42-9.

Navarro C, Lázaro M, Cuesta F, Vitoria A, Roiz H. Métodos clínicos de evaluación de los trastornos del equilibrio y la marcha. En: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, editores. Grupo de trabajo de caídas de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología: Evaluación del anciano con caídas de repetición. Madrid: Ed. Mapfre; 2001. p. 101-22.

AUTORES/AUTHORS:

Alicia Minaya Freire, Rosa Maria Muntal Verdaguer, Bàrbara Juvany Rubio, Laura Fàbrega Canas, Cristina Oliva Callén, Maria Fe Platas Maceiras, Núria Vivet Prat, Sílvia Casas Tió

TÍTULO/TITLE:

UTILIDAD DE LA ESCALA PAINAD PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN ANCIANOS DEMENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA AGUDA

OBJETIVOS: Evaluar la aplicación de la escala PAINAD-Sp para medir el dolor en los pacientes con demencia ingresados en la Unidad de Geriátrica Aguda (UGA).

MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal observacional de ámbito hospitalario de los pacientes mayores de 65 años con demencia ingresados en la UGA de un hospital comarcal de la provincia de Barcelona (febrero 2017). Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, las relacionadas con el dolor y con las enfermeras del grupo observación (GO). Para evaluar el dolor se utilizaron las escalas EVA, PAINAD-Sp y el índice de Barthel para la valoración funcional. El dolor fue evaluado mediante las dos escalas, en el mismo momento por dos observadores distintos. Las variables se obtuvieron de la historia clínica informatizada, del gestor de cuidados GACELA y a través de la observación directa. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 21.

RESULTADOS: Se incluyeron 22 pacientes, 10(45,5%) hombres y 12(54,55%) mujeres, con una media de edad de 85,86(±5,15) años y una media de Barthel de 56,59(±32,27) sobre 100. Los diagnósticos de demencia fueron: deterioro cognitivo no filiado o en estudio [13(59,1%)], Alzheimer [5(22,7%)], demencia vascular [3(13,6%)] y demencia degenerativa [1(4,5%)]. Se encontraban en fase moderada-grave 14(63,64%) de las demencias. Los motivos de ingreso fueron agrupados en categorías siendo las más frecuentes la patología respiratoria 7(31,8%) y las fracturas 7(31,8%), seguidas de la patología cardíaca 5(22,7%). En el momento de la recogida de datos habían sido sometidos a cirugía 6(27,27%) de los pacientes diagnosticados de fractura y tenían tratamiento analgésico prescrito: fijo 12(54,5%) y si dolor 9(40,9%) de los pacientes. La escala EVA permitió valorar el dolor en 7(31,8%) pacientes y la PAINAD-Sp se aplicó a todos. Según la escala PAINAD-Sp, se obtuvo una media de dolor de 1,27(±1,77), en reposo en 21(95,5%) de los pacientes y sin intervención enfermera previa en 17(77,3%) y se detectó dolor (leve, moderado y/o severo) en 10(45,5%) pacientes.

De los 15(68,2%) pacientes que no pudieron ser evaluados mediante la escala EVA, no presentaron dolor 9(60%), 5(33,3%) dolor leve y 1(6,7%) paciente presentaba dolor moderado según PAINAD-Sp. Ambas escalas detectaron dolor severo en el mismo paciente y coincidieron también, en la evaluación de tres pacientes sin dolor.

El tiempo de administración para la dos escalas fue <1 minuto, aunque para la PAINAD-Sp aumenta a entre 1 a 2 minutos con presencia de dolor. Las enfermeras del GO valoraron la utilidad de la escala entre 3 y 4 (siendo 0 nada útil y 4 muy útil).

DISCUSIÓN: El presente estudio muestra que la escala EVA no es adecuada para la valoración del dolor en pacientes con demencia, a pesar de que éstos conserven la capacidad de comunicación en demencias leves-moderadas. La bibliografía recomienda el uso del autoinforme (1,2) como método más fiable para la evaluación del síntoma, al pasar las escalas, se observó que la mayoría de pacientes no son capaces de cuantificar el dolor, algunos de ellos niegan el síntoma pero expresan valores numerales que indicarían dolor moderado-severo. Los resultados de prevalencia de dolor son similares a los de otros estudios en hospitales de agudos (3-5) y la media de PAINAD-Sp inferior a los de estudios con pacientes institucionalizados (6), no se han podido comparar con los de otras UGA por la escasez de estudios. Prácticamente todos los pacientes tenían pauta de analgesia: fija en 12(54,5%) de los pacientes, correspondientes a los diagnosticados de fractura y patología abdominal y si dolor, para el resto de pacientes que, a priori deberían tener una incidencia de dolor agudo menor aunque no de crónico (más difícil de evaluar); sólo un paciente carecía de analgesia en su pauta habitual, frente al 80% referido por Rica y cols. (6). La intervención quirúrgica no significó,

a diferencia de otros estudios (7), un aumento de dolor respecto a los no intervenidos pero, todos ellos tenían pauta de analgesia fija con la combinación de más de un fármaco.

El manejo del dolor debe ser considerado un objetivo para garantizar la calidad de los cuidados y mejorar la calidad de vida del paciente, son necesarios equipos enfermeros estables y expertos, para poder detectar los síntomas en estos pacientes, mediante escalas validadas y, fomentar la participación de las familias y cuidadores en la planificación y ejecución de las intervenciones del plan de cuidados individualizado. Conclusiones: Existen numerosas escalas de valoración del dolor en demencias, pero no hay un consenso sobre cuál es el instrumento más adecuado. La escala observacional PAINAD-Sp usada en este estudio, es fácil y rápida de utilizar, ha sido valorada como útil por las enfermeras y ha permitido la valoración de todos los pacientes que hasta ahora no podían ser evaluados con EVA por ello, puede ser una buena herramienta para la práctica clínica, para la detección y manejo del dolor en este perfil de pacientes.

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Marín Carmona JM. Dolor y síntomas no expresados: la otra demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009 Nov 30;44(S2):9–14.
2. Álvaro González LC. El neurólogo frente al dolor en la demencia. *Neurología.* 2010 Jan;30(9):574–85.
3. Molina Linde J, Martínez Peláez S, Ruiz Aragón J. Prevalencia de dolor en pacientes ingresados en un hospital de atención terciaria. *Salud(i)Ciencia.* 2013;19(8):713–6.
4. Padrol A, Pérez Esquivá M, Francesch A, Olona M, Tomas I, Rull M. Estudio de prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Rev Soc Esp Dolor.* 2001 Dec;8:555–61.
5. Ruiz A, Iranzo J. Evaluación del dolor en pacientes con demencia ingresados en un hospital de agudos. *Rev Soc Esp Dolor.* 2001 Dec;6:392–6.
6. Rica Escuin M de la, González Vaca J. Valoración del dolor en pacientes con demencia avanzada institucionalizados. *Gerokomos.* 2014;25(1):3–8.
7. Carr ECJ, Meredith P, Chumbley G, Killen R, Prytherch DR, Smith GB. Pain: a quality of care issue during patients' admission to hospital. *J Adv Nurs.* 2014 Jun;70(6):1391–403.
8. Kruschinski C, Wiese B, Dierks M-L, Hummers-Pradier E, Schneider N, Junius-Walker U, et al. A geriatric assessment in general practice: prevalence, location, impact and doctor-patient perceptions of pain. *BMC Fam Pract.* 2016 Dec 28;17(1):8.
9. Shega J, Emanuel L, Vargish L, Levine SK, Bursch H, Herr K, et al. Pain in persons with dementia: complex, common, and challenging. *J Pain.* 2007 May;8(5):373–8.
10. Sirsch E, Gnass I, Fischer T. Diagnostics of pain in old age. Perspectives on a multidimensional phenomenon. *Schmerz.* 2015 Aug;29(4):339–48.

AUTORES/AUTHORS:

Lurdes Moure Romero, Silvia Pauls Prieto, Anna Grau Feliu, Andrea Fuente Vidal, Ramon Aiguade Aiguade

TÍTULO/TITLE:

Miniplatos inestables y mejora propioceptiva en ancianos institucionalizados con síndrome de desequilibrio posterior

OBJETIVO: Comprobar si el protocolo propuesto, basado en la utilización de miniplatos inestables, mejora el equilibrio en pacientes geriátricos institucionalizados y diagnosticados de síndrome de desequilibrio posterior (SDP).

El SDP implica una posteriorización del centro de gravedad del paciente, lo cual incrementa su predisposición a sufrir caídas, y por ende la morbilidad y mortalidad. En la actualidad, la línea de tratamiento está basada en la mejora de la conciencia posicional, la propiocepción y el equilibrio. Los miniplatos inestables constituyen un material novedoso, con cualidades potencialmente útiles para la rehabilitación propioceptiva.

MÉTODO: Ensayo clínico controlado aleatorizado, con ciego simple y dos grupos de estudio. El tamaño muestral se calculó mediante el programa Epidat y la técnica de muestreo fue probabilística aleatoria simple. La muestra contó con 77 sujetos, de 65 años o más, con diagnóstico de SDP, en régimen de institucionalización, provenientes de 11 centros asistenciales de Cataluña y Castilla y León. Del total de la muestra (n=77), el grupo de intervención albergó a 48 sujetos, y el grupo de control a 29. El grupo de control recibió tratamiento convencional. El grupo experimental recibió, adicionalmente a lo anterior, un protocolo de ejercicios de propiocepción y equilibrio, empleando miniplatos inestables, durante un plazo de 12 semanas, realizados bajo supervisión de un fisioterapeuta. La variable principal fue la variación en equilibrio y se evaluó mediante las escalas Timed Up and Go (TUG) y Tinetti, a las 6, 8 y 12 semanas. Los datos se recopilaron en Microsoft Excel y fueron posteriormente tratados y manipulados con el software SPSS 21.0, incluyendo un análisis por intención de tratar.

RESULTADOS: En el grupo de intervención con miniplatos se obtuvieron los siguientes resultados:

- Mejora de 1,77 puntos ($=0,70-3,54$) en la prueba de Tinetti total (estático + dinámico).
- Correlación positiva entre cada punto adicional de Tinetti estático (-0,50) y cada año de edad adicional (-0,08).
- Reducción media de 2,80 (1,70-6,40) segundos en la prueba TUG, así como su relación con la edad del paciente, mostrando cómo, por cada año adicional de edad, el resultado obtenido empeoraba en -0,05 (-0,08-0,03).

CONCLUSIONES: No se han encontrado estudios previos acerca de la utilización de miniplatos inestables en geriatría, aunque sí existen que apuntan a la conveniencia de la estimulación desde los pies para este tipo de pacientes investigaciones (Soraya Pirouzi et al., 2014; Bieryla KA et al., 2011; Salsabili H et al., 2011). En comparación con el tratamiento convencional, la intervención con miniplatos se mostró como un método más eficaz.

DISCUSIÓN: Como limitaciones, cabe destacar la desigual tasa de pérdidas entre los grupos de estudio (más afectado el grupo intervención), el hecho quizá de no haber medido suficientemente el equilibrio estático y la falta de datos de prevalencia e incidencia del SDP.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA: Los miniplatos inestables son pequeños, ligeros, económicos y seguros. El estudio demuestra que su uso es eficaz en la mejora del equilibrio, especialmente el dinámico, y sus características lo convierten en un material atractivo tanto para el profesional sanitario como para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Howe TE, Rochester L, Neil F, et al. Exercise for improving balance in older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2011:CD004963.
2. Salsabili H, Bahrpeyma F, Forogh B, et al. Dynamic stability training improves standing balance control in neuropathic patients with type 2 diabetes. *J Rehabil Res Dev* 2011;48:775–86.
3. Bieryla KA, Madigan ML. Proof of concept for perturbation-based balance training in older adults at a high risk for falls. *Arch Phys Med Rehabil* 2011;92:841–3.
4. Hewitt J, Refshauge KM, Goodall S, et al. Does progressive resistance and balance exercise reduce falls in residential aged care? Randomized controlled trial protocol for the SUNBEAM program. *Clin Interv Aging* 2014;9:369–76.

AUTORES/AUTHORS:

Laura Parra-Anguita, Margarita Pérez-Cruz, Inmaculada Sánchez-García, Nani Granero-Moya, Pedro L. Pancorbo-Hidalgo

TÍTULO/TITLE:

Conocimientos sobre la enfermedad de Alzheimer del personal de enfermería de residencias de mayores en Jaén

Objetivos:

- Determinar el grado de conocimiento del personal de enfermería de residencias de mayores sobre los cuidados a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- Analizar los factores sociodemográficos y profesionales que influyen sobre ese nivel de conocimiento.

Métodos:

Se ha realizado un estudio transversal descriptivo y analítico. Se desarrolló en residencias de personas mayores de la provincia de Jaén. La muestra estuvo formada por 361 profesionales de enfermería de 24 residencias. Las categorías profesionales incluidas fueron Enfermeras/os, Técnicos/Auxiliares de enfermería y gerocultoras/es. Los instrumentos utilizados para la recogida de la información fueron:

- Cuestionario de variables sociodemográficas y aspectos profesionales.
- La escala UJA Alzheimer-Care de conocimiento sobre cuidados a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, cuyo rango de puntuación va de 0 a 23. Consta de 23 ítems con tres opciones de respuesta (Si, No y No sabe). Previamente, esta escala ha sido validada y posee buenas propiedades psicométricas.

Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas de los participantes y de la puntuación de conocimientos, y posteriormente se realizó un análisis bivariante y multivariante con regresión lineal por pasos.

Resultados:

Para la realización del análisis descriptivo de las características del personal de Enfermería y de la puntuación del nivel de conocimiento se obtuvieron un total de 361 cuestionarios completados (tasa de respuesta 51,5%). Los datos se van a presentar separados en dos grupos (grupo 1 formado por las enfermeras y el grupo 2 formado por las auxiliares y gerocultoras). La media de edad del grupo de Enfermeras fue de 33,21 años. Siendo el 94,2% mujeres. El 88,4% había realizado algún curso de formación y el 39,1% han asistido a jornadas o congresos. Solo el 34,8% conoce alguna guía de práctica clínica (GPC) sobre la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Para el grupo de Auxiliares y Gerocultoras, solo el 5,1% fueron hombres. La edad media fue de 38,87 años. El 77,7% han realizado cursos de formación y solo el 19,9% conoce alguna GPC sobre EA.

En cuanto al análisis descriptivo del nivel de conocimiento. Se calculó la puntuación directa de aciertos y el índice de conocimiento que en el grupo de las enfermeras fue de 19,16 (83,30%), y en el grupo de las auxiliares y gerocultoras de 16,42 (71,38%). Las variables que en el análisis multivariante han demostrado asociación estadísticamente significativa y que influyen en el nivel de conocimiento: - En el caso de las enfermeras han sido los años de experiencia profesional y la asistencia a cursos en los últimos 3 años. - Y en el grupo de auxiliares y gerocultoras han sido la asistencia a cursos en los 3 últimos años y conocer alguna guía de práctica clínica sobre la enfermedad de Alzheimer.

Discusión:

Las enfermeras de las residencias de personas mayores de la provincia de Jaén tienen un nivel de conocimiento alto. Y que las auxiliares y gerocultoras presentan un nivel de conocimiento moderado. Estos resultados son similares a los presentados por otros autores (Annear et al., 2016; Robinson et al., 2014; Smyth et al., 2013). Los problemas de conocimiento sobre cuidados en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias se presentan en las siguientes áreas:

- Conocimiento erróneo en cuanto a la gestión de la situación de últimos días y la utilización de la contención mecánica como sustituta de vigilancia.

- Desconocimiento de los aspectos relacionados con la medición de la sobrecarga del cuidador, la realización del documento de voluntad vital anticipada y la reducción de la sobrecarga del cuidador.

Es importante señalar que si es posible identificar las lagunas de conocimiento, como se ha hecho, se puede programar la formación del personal, en función de estos resultados. Y como se ha demostrado que el nivel de conocimiento es mayor tras una formación especializada (Annear et al., 2016), se podría mejorar la atención a estos pacientes, mejorando la formación del personal. El poder identificar tanto las áreas de conocimiento erróneo, como las áreas con mayor desconocimiento puede tener distintas implicaciones en la práctica asistencial. Tener mayor conocimiento sobre los cuidados es uno de los factores que garantizan o mejoran la calidad a nivel asistencial.

No existe conflicto de intereses por parte de ninguna de las autoras.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Annear, M. J., Eccleston, C. E., McInerney, F. J., Elliott, K. J., Toye, C. M., Tranter, B. K., & Robinson, A. L. (2016). A new standard in dementia knowledge measurement: Comparative validation of the dementia knowledge assessment scale and the alzheimer's disease knowledge scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(6), 1329-1334.

Robinson, A., Eccleston, C., Annear, M., Elliott, K., Andrews, S., Stirling, C., . . . Toye, C. (2014). Who knows, who cares? dementia knowledge among nurses, care workers, and family members of people living with dementia. *Journal of Palliative Care*, 30(3), 158-165.

Smyth, W., Fielding, E., Beattie, E., Gardner, A., Moyle, W., Franklin, S., . . . MacAndrew, M. (2013). A survey-based study of knowledge of alzheimer's disease among health care staff. *BMC Geriatrics*, 13(1), 2.

AUTORES/AUTHORS:

VERONICA ESCUDERO RODRIGUEZ, VERONICA VELASCO GONZALEZ

TÍTULO/TITLE:**IMPACTO DE LA POLIMEDICACIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO TRATADO CON ANTIPSICÓTICOS**

Objetivos: Evaluar el tratamiento farmacológico real de una población mayor de 65 años en tratamiento con antipsicóticos en Castilla y León, describir las características sociodemográficas y antropométricas, conocer los antipsicóticos más consumidos por la población anciana del estudio, potenciar la investigación enfermera y conocer los sistemas de notificación de reacciones adversas a los medicamentos.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo desarrollado a través de los datos obtenidos del estudio Ícaro con una muestra de 77 pacientes mayores de 65 años. De los 77 pacientes, 52 son mujeres y 25 son hombres en tratamiento inicial con uno o varios antipsicóticos (1).

Criterios de inclusión: Mayores de 65 años, prescripción de uno o varios antipsicóticos comercializados en España, firma del consentimiento informado tras la lectura de la hoja informativa del estudio (2).

Criterios de exclusión: Pacientes con más de un mes en tratamiento antipsicótico e incumplimiento de los criterios de inclusión (2).

Procedimiento: Se ha establecido la división por edades basada en el último documento elaborado por el Instituto Nacional de Estadística sobre la esperanza de vida en España, donde se estima que en los hombres es de 80,1 años y en las mujeres de 85,6 años (3).

Específicamente se ha revisado el consumo de antipsicóticos atípicos y las fichas técnicas de los más consumidos debido a los efectos adversos que producen (4, 5, 6, 7).

Como medidas de valoración se han utilizado escalas como la catalogación de la obesidad abdominal europea considerando los criterios establecidos por la Federación Internacional de Diabetes (IDF), el índice de masa corporal, la categorización del índice de masa corporal en ancianos mayores de 65 años y el índice de comorbilidad de Charlson.

La base de datos se ha incluido en el programa estadístico SPSS v.20, siguiendo la ley orgánica 15/1995 de Protección de Datos de Carácter Personal. Los fármacos utilizados están codificados por el sistema ATC de la Organización Mundial de la Salud, estableciendo así una división por acción farmacológica y por grupos de medicamentos. Los resultados se presentan en forma de frecuencias y porcentajes.

Resultados: El rango de edad de la muestra es de 66 a 100 años, siendo la edad media total de 83,8 para el grupo de los hombres y 84,21 para el de mujeres. El 32,5% (n=25) fueron hombres y el 67,5% (n=52) mujeres.

El consumo más habitual en la muestra abarcó entre 7 y 12 medicamentos por persona, considerado polimedicación cuando se superan los cinco fármacos diarios (8). Un 67,3% (n=52) consumió más de 7 fármacos diarios, dentro de los cuáles se incluye al menos un antipsicótico, y llegando a ser la prescripción de 21 fármacos diarios en dos personas de la muestra. El antipsicótico de mayor consumo fue la risperidona con un 64,9% (n=50), seguido del haloperidol con un 18,2% (n=14).

De los 77 pacientes un 50,6% (n=39) presentaron enfermedades metabólicas como la obesidad y/o diabetes mellitus, y un 76,6% (n=59) enfermedades cardiovasculares.

Un 42,3% (n=33) estaba por encima de su peso ideal con un IMC mayor a 29,6kg/m², y el 19,2% (n=15) de éstos presentó obesidad. Con respecto a la hipertensión el 79,22% (n=61) consumía al menos un antihipertensivo y el 7,79% (n=6) más de cinco diarios. Los efectos de este consumo generaron que el 33,8% (n=26) presentara comorbilidad alta, aumentando el riesgo de éxitus en un periodo inferior a tres años de entre el 52% y el 85% de la población.

Discusión: El consumo de antipsicóticos atípicos se ha incrementado en las últimas décadas debido a la disminución de los efectos extrapiramidales con respecto a los efectos secundarios de los antipsicóticos típicos (10, 11, 12).

En ancianos se debería de controlar el consumo de fármacos antidiabéticos y antihipertensivos y su uso concomitante con los antipsicóticos atípicos ya que pueden aparecer efectos extrapiramidales, disfunción eréctil, incontinencia urinaria, etc.

La agrupación de estos problemas que, asociados a la edad y al consumo excesivo de medicación producen interacciones farmacológicas, efectos adversos no deseados, aumento de los ingresos hospitalarios y del coste sanitario general.

Conclusiones: El consumo de fármacos en la muestra es superior a 5 diarios y el antipsicótico. El antipsicótico utilizado con mayor frecuencia es la risperidona, que produce efectos adversos como el aumento de peso.

El desarrollo de estudios en la población anciana en materia de investigación es fundamental debido a la escasez de los mismos y la notificación de reacciones adversas es responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Implicaciones para la práctica: El papel de la enfermería es fundamental en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, educando al paciente en hábitos de vida saludables. Es necesaria la formación de profesionales sanitarios en el campo de investigación, dirigidos a la población anciana para la prestación de cuidados basados en la evidencia científica para garantizar una asistencia sanitaria segura y de calidad tanto en el anciano como en todas las edades. El estudio no posee ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) Estudio Ícaro, seguimiento de pacientes con antipsicóticos. [Online]. 2009; Disponible en: <https://www5.uva.es/estudioicaro/>.
- 2) Velasco V. Determinantes del aumento de peso producido por los antipsicóticos. Un estudio de Cohortes. [Tesis doctoral]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2015.
- 3) Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida al nacimiento según el sexo. INE; 2016.
- 4) Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS- CIMA. Risperidona: Ficha Técnica [Internet]; 2016. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/69623/69623_ft.pdf
- 5) Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS- CIMA. Haloperidol: Ficha Técnica [Internet]; 2016. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/ft/58343/FT_58343.pdf
- 6) Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS- CIMA. Olanzapina: Ficha Técnica [Internet]; 2016. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/68735/FT_69735.pdf
- 7) Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS- CIMA. Tiaprizal: Ficha Técnica [Internet]; 2016. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/54263/54263_ft.pdf
- 8) Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS- CIMA. Aripiprazol: Ficha Técnica [Internet]; 2016. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/79316/79316_ft.pdf
- 9) Gavilán E, Villafaina A, Jiménez L. Polimedicación en personas mayores. Los principales problemas de salud. 2012; 8 (8): 426-433.
- 10) Blasco F, Martínez J, Villares P, Jiménez A. El paciente anciano polimedicado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. 2005; 29 (6): 152-166.
- 11) Domingo E. Notificación enfermera en proyectos de investigación. [Trabajo Fin de Grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2016.
- 12) Martínez G, Peris J.F, Gomar J, Navarro M, Quintana I, Muelas J. Utilización de fármacos antipsicóticos en ancianos institucionalizados y prevalencia de alteraciones metabólicas. 2010; 34 (3): 139-147.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV

Session of Oral Brief Presentations IV

AUTORES/AUTHORS:

Clara Bendito Barber, Fernando Calvo-Rubio García, Gemma Martínez Pallí, Irene Cuevas Pons, Laura Pérez Fabre, María Rosa Marco Baos, Raquel Candil Vargas, Sonia Moreno Torres, Dolores González Iglesias

TÍTULO/TITLE:

Estrategias de Difusión de la Aplicación “Guía Terapia Intravenosa”.

Introducción

Con el uso de las nuevas tecnologías en el ámbito hospitalario en aumento (la informatización de las historias clínicas y los planes de cuidados) y la implantación de protocolos y guías clínicas (en constante actualización), enfermería dedica gran parte de su tiempo a realizar consultas con el fin de dar el mejor cuidado posible.

Ante el incremento de la carga asistencial y la escasez de tiempo del que dispone el personal de enfermería, surge la idea de agilizar el acceso a la gran cantidad de información de la que actualmente disponemos en el ámbito sanitario.

La aplicación (App) “Guía Terapia Intravenosa” fue creada y diseñada por un grupo de enfermeros-impulsores, como herramienta facilitadora para consultar, a pie de cama, una serie de documentos (algoritmos, protocolos, listado de perfusiones, circuitos internos de funcionamiento, enlaces de interés relacionados con la terapia intravenosa, etc...) elaborados por un equipo de trabajo en el marco de la implantación de la Guía de Buenas Prácticas “Valoración y Selección de Dispositivos de Acceso Vascular” avalada por la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO), en un Área de Salud seleccionada para formar parte del programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO).

Objetivo

Analizar el impacto de las estrategias de difusión de la App

Metodología

Estudio prospectivo descriptivo llevado a cabo durante durante 6 meses desde la publicación de la App en Noviembre 2016. Se diseñó una estrategia de difusión que consistía en:

Editar una noticia en la intranet del Área de Salud

Redactar una nota de prensa dirigida a los medios locales

Publicar un post presentación de la App en blogger y difundir a través de Facebook y Twitter

Elaborar un vídeo promocional publicado en Facebook y Youtube

Convocar una rueda de prensa

Divulgación científica

El impacto de las noticias se calculó mediante Twitter, Facebook y Google Analytics.

Se diseñó una hoja de recogida de datos donde se registraba: número de descargas y contenidos consultados por mes.

Reproducciones del video en Youtube y facebook e interacción en redes sociales. Facebook (nº de seguidores, alcance, ‘likes’, compartido, comentarios), Twitter (nº de seguidores, retweets, ‘likes’ y comentarios) y Blogger (visitas y comentarios).

Análisis estadístico descriptivo.

Resultados

La publicación en el blog tuvo 2970 visitas. Facebook (página 156 seguidores) obtuvo un alcance de 6009 personas, se compartió 56 veces, obtuvo 24 “likes” y 5 comentarios. En Twitter (perfil 318 seguidores): alcance de 1274, 18 retweets, 14 me gusta y 4 comentarios, y se “clicó” 99 veces en el enlace. El video obtuvo 1.205 reproducciones en Youtube y 385 en Facebook .

Medios de comunicación: La noticia se publicó en prensa local (versión escrita y digital) y en La Vanguardia (digital); apareció en el telediario autonómico. Se concedieron 3 entrevistas de Radio. Además 5 páginas webs específicas de enfermería publicaron la

noticia recomendando la aplicación.

El Colegio de Enfermería organizó una sesión informativa que se retransmitió vía streaming.

El número total de descargas fue 11.442. El total de contenidos consultados fue 136.613. Marzo fue el mes en que se produjeron más descargas (39,21%) y más contenidos fueron consultados (36,58%)

Divulgación científica: Se presentó como póster en el Congreso del Grupo Multidisciplinar de Accesos Vasculares (Grumav) y en el Congreso del Consejo Internacional de Enfermería de Barcelona. Recibió un distintivo en la III Jornada de Salud Autonómica y premio al mejor vídeo en el Congreso Grumav

Discusión

Las redes sociales han resultado ser una herramienta eficaz para la difusión de la App, ya que permite llegar a los usuarios potenciales. Es decir, aquellos profesionales que puedan tener interés en el tema. Siendo Facebook la red social con mayor alcance.

La estrategia de difusión fue diseñada para enfermeros de la propia Área de Salud, aunque su alcance ha sido mayor de lo esperado. El alto número de descargas, nos indica que la aplicación resulta una herramienta útil, y aplicable en otros centros hospitalarios.

Sin embargo, el descenso en las consultas nos hace pensar que debemos seguir mejorando la aplicación, aumentar y actualizar contenidos y redefinir las estrategias de difusión con el fin conseguir un mayor alcance.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Assessment and Device Selection for Vascular Access. Disponible en: <https://goo.gl/GeXkYN>
2. 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.

AUTORES/AUTHORS:

Isabel Domínguez-Sánchez, Joaquín Salvador Lima-Rodríguez, Marta Lima-Serrano

TÍTULO/TITLE:

Factores asociados a la hiperfrecuentación asistencial. Estudio transversal

OBJETIVOS

La hiperfrecuentación asistencial (HA) ha aumentado en los últimos años, haciendo peligrar la estabilidad del sistema sanitario, y representando a una sociedad cuyos factores predisponentes a esta situación no han sido bien estudiados aún. Este estudio se propone conocer los posibles factores relacionados con la HA.

MÉTODOS

Se desarrolló un estudio transversal correlacional, sobre 535 unidades familiares de selección por conveniencia en centros de atención primaria y hospitalaria de la provincia de Sevilla. Los datos fueron recogidos por entrevistadores previamente formados mediante cuestionarios guiados auto-administrados. Se recogieron variables familiares (tipo de familia, etapa del ciclo vital familiar, número de miembros, ámbito de vivienda –rural o urbano), del sistema conyugal (nivel de estudios y profesión más altos de la unidad, años de convivencia), hiperfrecuentación asistencial (>11 consultas médicas en el último año, o reingreso en los 30 días siguientes al alta hospitalaria), y aquellas referidas a la salud familiar (Autopercepción del estado de salud familiar –AESFA-), apoyo social (escala MOS de apoyo social) y agentes estresantes ocurridos en el último año (Escala de Reajuste Social –ERS-). Se realizaron análisis Chi cuadrado o T de Student según tipo de variable, para un nivel de significación $p < 0.05$.

Se informó a los participantes del tratamiento confidencial de sus datos, proporcionando un entorno privado para su participación, previamente a su firma de consentimiento informado. El comité ético de la Universidad de Sevilla aprobó el estudio. El análisis se desarrolló con el paquete estadístico SPSS v 20.0 para Windows.

RESULTADOS

Las familias fueron nucleares (78%) de 3.23 ± 1.08 miembros de media, en etapa del ciclo vital familiar con hijos escolares o adolescentes (52%) residentes en ámbito urbano (71%), y presentando HA el 30.7%. El nivel de estudios máximo del sistema conyugal fueron universitarios de ciclo largo (grado, licenciado, master o doctorado) (22.1%), desarrollando los esposos profesiones técnicas y científico-intelectuales (22.0%) y las esposas ocupaciones elementales (33.4%).

La autopercepción de la salud familia fue buena (AESFA 71.17 ± 7.8 puntos de media), así como el apoyo social percibido (MOS 85.16 ± 11.71 puntos de media). Destaca que un 46.1% de las familias se encontraban en riesgo medio o alto a presentar enfermedad o disfunción debido a la acumulación de agentes estresantes.

Mostraron relaciones estadísticamente significativas con la presencia de HA: el número de agentes estresantes ($t = -4.438$, $p < 0.001$), el riesgo alto a enfermar según ERS ($X^2 = 19.595$, $p < 0.001$), el apoyo de tipo instrumental ($t = -2.112$, $p < 0.05$), el número de años de relación conyugal ($t = -4.287$, $p < 0.001$), la profesión de la esposa ($X^2 = 19.647$, $p < 0.01$), la salud familiar ($t = 2.083$, $p < 0.05$) y el clima social familiar ($t = 2.222$, $p < 0.05$).

DISCUSION

Este estudio ha permitido analizar posibles factores relacionados con la hiperfrecuentación asistencial de las familias, tales como los agentes estresantes, el apoyo recibido, factores conyugales como los años de relación o profesión de la esposa, y familiares como la salud familiar y clima familiar.

Estos factores pudieran referirse a las capacidades familiares ante situaciones estresantes, entendidas como situaciones que ponen en riesgo la estabilidad del sistema, y cuya pobre o mala gestión pudieran llevar a la familia a demandar asistencia sanitaria en mayor medida. En este sentido las situaciones de crisis de las últimas etapas del ciclo vital familiar (emancipación de los hijos, jubilación y muerte de los cónyuges), representan grandes eventos a afrontar. Diversos autores apoyan la idea de que aquellas

familias que no manejan de manera efectiva las situaciones de crisis producirán mayores demandas de los sistemas de recursos sanitarios y sociales.

Los sistemas de apoyo familiar, en este sentido, juegan un papel crucial a la hora de enfrentar las dificultades que se planteen a lo largo del ciclo vital de la familia. Mejores sistemas de apoyo, dentro de los cuales se enmarcan las redes de amigos, vecinos o familia extensa, y otros agentes sociales, permitirán afrontar mejor las situaciones de estrés.

Habitualmente es la mujer la habitual cuidadora principal de la familia, de manera que su ocupación profesional podría determinar el potencial de desarrollo familiar y consecuentemente la salud familiar como capacidad para el desarrollo de sus miembros en un ambiente seguro.

Como limitaciones pudieran nombrarse el carácter transversal del estudio, que no permite conocer las implicaciones temporales de estos factores, así como el tipo de selección de la muestra. Se propone en futuras investigaciones analizar un modelo explicativo de factores asociados a la HA considerando estos y otros aspectos, así como aumentar la muestra.

Este estudio ha permitido un primer acercamiento a los posibles factores asociados a la HA, relacionados con la familia, pudiendo ser útil para los ámbitos clínico, docente, investigador y gestor de ámbitos sanitarios y afines, en especial el colectivo enfermero, de cara a proponer medidas preventivas y educativas destinadas a que las familias hagan un uso adecuado de los recursos sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- De la Revilla, L., Luna del Castillo, J., Bailón, E., Medina, I., 2005. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*. 6 (1), 10-18.
- Dinkel, A., Schneider, A., Schmutzer, G., Brähler, E., Häuser, W., 2016. Family physician-patient relationship and frequent attendance of primary and specialist health care: Results from a German population-based cohort study. *Patient Educ Couns*. 99(7):1213-1219. doi:10.1016/j.pec.2016.02.009
- Fernández Alonso, C., Aguilar Mulet, J.M., Romero Pareja, R., Rivas García, A., Fuentes Ferrer, M.E., González Armengol, J.J., 2017. Hiperfrecuentación en Atención Primaria e hiperfrecuentadores en Urgencias. *Atención Primaria*, In press. doi:10.1016/j.aprim.2017.02.011.
- Guerra de Hoyos, J.A., De Anca Contreras, I.A., 2007. Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales. *Aten Primaria*. 39,349-354.
- Hodgson, P., Smith, P., Brown, T., Dowrick, C., 2005. Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. *Ann Fam Med*. 3,318-323. doi:10.1370/afm.311
- Holmes, T. H. and Rahe, R. H. 1967. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res*. 11(2), 213-21.
- 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. *Rev Esp Salud Publica*. 86, 509-521. doi:10.1590/S1135-57272012000500005
- Lima-Rodríguez, J.S., Lima-Serrano, M., Sáez-Bueno, A., 2009. Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enferm Clin*. 19 (5), 280-283. doi:10.1016/j.enfcli.2009.05.001
- Norton, J., David, M., de Roquefeuil, G., Boulenger, J.P., Car, J., Ritchie, K., Mann, A., 2012. Frequent attendance in family practice and common mental disorders in an open access health care system. *J Psychosom Res*. 72(6):413-8. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.02.010
- Sandín, B., 2003. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Int J Clin Health Psychol*. 3 (1), 141-157.
- Sandín-Vázquez, M., Conde-Espejo, P., 2011. Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre la influencia de factores sociales y de organización del entorno sanitario. *Rev Calidad Asistencial*. 26:256-63. doi:10.1016/j.cali.2011.03.006
- Sherbourne, C.D., Stewart, A.L., 1991. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Med*. 32, 705-14

AUTORES/AUTHORS:

Carmen de la Cuesta Benjumea, Emilia Ramis Oetega, Claudia P. Arredondo Gónzales

TÍTULO/TITLE:

Gestionar la dependencia sobrevenida por una caída, la experiencia de los familiares

La bibliografía sobre cuidados familiares en la dependencia y la cronicidad es abundante, pero poco se conoce sobre los problemas a los que se enfrentan las personas cuidadoras y como los resuelven cuando un familiar mayor ha tenido una caída.

Objetivo: Este estudio cualitativo tiene por objetivo describir bajo el punto de vista de los familiares y allegados, la experiencia de hacer frente a las consecuencias de una caída de una persona mayor.

Métodos

Se utilizaron procedimientos de la teoría fundamentada para analizar los datos. De forma voluntaria e informada, participaron 22 familiares de personas mayores que habían sufrido una caída por lo que recibieron atención sanitaria. Fueron seleccionados por medio del muestreo teórico y en bola de nieve. Se localizaron a través de los registros hospitalarios y de los profesionales de un área de salud en la Comunidad Autónoma de Valencia. El estudio contó con la aprobación del comité de bioética de esta área de salud. Los datos se obtuvieron por medio de seis relatos escritos, cuatro grupos focales y cinco entrevistas semi-estructuradas. Los relatos escritos sirvieron para diseñar la guía de los grupos focales y la de las entrevistas semi-estructuradas. Una vez introducidos en el programa de análisis cualitativo Nvivo, se llevó a cabo la codificación abierta y focalizada. Las categorías emergieron de los datos y a través del muestreo teórico se buscó su saturación. Durante el proceso de codificación se realizaron diagramas para visualizar las relaciones entre las categorías emergentes y se elaboraron memos analíticos.

Resultados

La caída del familiar es un evento imprevisto y también traumático, como refirieron los participantes del estudio. Los familiares entran en el mundo de las "ayudas", de las trabajadoras sociales, de tocar puertas y de esperas, algunas de ellas en vano. Ponen todo su empeño en lograr que su familiar recupere la autonomía perdida, aunque no siempre lo consigan. Para hacer frente a esta situación, llevan a cabo una serie de actividades cuyo fin es gestionar la dependencia sobrevenida pero lo hacen solos y por su cuenta, es decir: con poca o ninguna orientación y ayuda por parte de instituciones y profesionales de la salud. Los familiares cuidadores viven en un contexto de cotidianeidad compleja debido a que las condiciones bajo las cuales hacen frente a esta dependencia son múltiples, diversas e interaccionan entre sí. Esta experiencia dista mucho de la de los profesionales con quien los familiares se encuentran, centrados casi exclusivamente en resolver la lesión producida por la caída.

Discusión

Cada vez está mas visibilizada la labor de los cuidadores familiares sobretudo en situaciones de la cronicidad y envejecimiento. El presente estudio revela la labor preventiva y el esfuerzo que llevan a cabo para lograr el máximo de autonomía del familiar después de una caída. Se muestra que los familiares hacen frente a la dependencia generada por la caída con poca orientación de los profesionales de la salud. Así, se suma a otros estudios que revelan la necesidad de ayuda e información a los familiares de un mayor que ha tenido una caída y la necesidad de que tengan un apoyo psicológico y práctico en el momento del alta.

Implicaciones para la práctica

Para los familiares, gestionar la dependencia sobrevenida es su mayor preocupación y el reto al que cotidianamente se enfrentan, no

pueden ni deben hacerlo solos y por su cuenta. Un apoyo adecuado por parte de los profesionales de la salud, puede marcar la diferencia, por ello se debe añadir a las actividades de prevención de las caídas, el apoyo a los familiares cuidadores. Las políticas públicas deben establecer mecanismos y dispositivos que fomenten la atención a los familiares que hacen frente a la dependencia originada por una caída.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Canary, H. E., & Wilkins, V. (2017). Beyond Hospital Discharge Mechanics: Managing the Discharge Paradox and Bridging the Care Chasm. *Qualitative Health Research*, 27, 1225-1235. doi:10.1177/1049732316679811

Carpentier, N., & Grenier, A. (2012). Successful linkage between formal and informal care systems: The mobilization of outside help by caregivers of persons with Alzheimer's Disease. *Qualitative Health Research*, 22, 1330-1344. doi:10.1177/1049732312451870

de la Cuesta-Benjumea, C. & Roe, B. (2015) Falls of older people living in the community-A critical review. *Revista CES Psicología* 8,1, 21–36.

Dickinson, A., Horton, K., Machen, I., Bunn, F., Cove, J., Jain, D., & Maddex, T. (2011). The role of health professionals in promoting the uptake of fall prevention interventions: a qualitative study of older people's views. *Age and ageing*, 40, 724-730. doi:10.1093/ageing/afr111

Glendinning, C. (2010). Continuous and Long-term Care: European Perspectives. In: D. Dannfer, & C. Philipson (Eds), *The SAGE Handbook of Social Gerontology* (pp. 551-572). Los Angeles: SAGE.

Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M. & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane summaries*. Published on line: November 14, 2012. Retrieved from: <http://summaries.cochrane.org/CD007146>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2005). *Cuidado a la dependencia e inmigración*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Plank, A., Masón, V. & Cavada, L. (2012). Becoming a caregiver: new family carer's experience during the transition from hospital to home. *Journal of Clinical Nursing* 21, 2072-2082. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04025.x

Roe, B., Howell, F., Riniotis, K., Beech, R., Crome, P. & Ong, B. N. (2008). Older people's experience of falls: understanding, interpretation and autonomy. *Journal of Advanced Nursing* 63, 586-596. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04735.x

Todd, C. & Skelton, D. (2004). What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report) Retrieved

from: <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>

World Health Organization. (WHO). (2007). Who Global report on falls prevention in older age. Geneva, Switzerland: WHO.

AUTORES/AUTHORS:

Salvador Pita Fernández, Laura Lema Verdía, Vanesa Balboa Barreiro, Estefanía Couceiro Sánchez, Teresa Seone Pillado, Sonia Pértega Díaz, Cristina González Martín

TÍTULO/TITLE:

Validez del cuestionario de Edimburgo para el diagnóstico de enfermedad arterial periférica en trasplantados renales

OBJETIVOS

Determinar en pacientes trasplantados renales la prevalencia de enfermedad arterial periférica y la validez de las manifestaciones clínicas de claudicación intermitente para establecer su diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito y período: servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC), mayo 2013- junio 2015.

Criterios inclusión: pacientes trasplantados de riñón con injerto funcionante, con consentimiento informado.

Justificación del tamaño muestral: Se estudiaron 371 pacientes. Este tamaño muestral permite estimar los parámetros de interés con una seguridad del 95 % y una precisión de $\pm 3,6$ %.

Mediciones: De cada paciente incluido en el estudio se determinaron las variables: edad a la exploración, edad al trasplante, sexo, tensión arterial, dislipemia, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo, diabetes mellitus, signo de Godget, edema perimaleolar. La valoración clínica de la enfermedad arterial periférica ha sido realizada mediante el cuestionario de Edimburgo (referencia) y el índice tobillo-brazo (ITB) (referencia).

RESULTADOS

La edad media al trasplante fue de $47,9 \pm 12,6$ años y la exploración fue de $56,4 \pm 11,5$ años, siendo el 65,5% hombres. El 74,4% de los pacientes estudiados presentaron un índice de masa corporal correspondiente a sobrepeso u obesidad. El 10,2% de los pacientes confirmaron ser fumadores activos y, un 24,3% presentan diabetes mellitus.

El porcentaje de pacientes que refieren manifestaciones clínicas de claudicación intermitente según el cuestionario de Edimburgo corresponde al 16,2%. Tras valorar la enfermedad arterial periférica mediante el índice tobillo brazo (ITB) observamos que el 76,4% presenta un ITB entre 0,90 y 1,30, el 14,9% un ITB $\geq 1,30$ y, el 8,7% de los pacientes estudiados presentan un ITB $< 0,90$. La concordancia entre ambas pruebas diagnósticas fue débil (índice Kappa=0,34). El cuestionario de Edimburgo mostró una sensibilidad del 59,38% para predecir un ITB $< 0,90$ y, una especificidad del 88,10%.

En el análisis de regresión logística bivariado, las variables asociadas a la presencia de la enfermedad arterial periférica son: la edad a la exploración, la edad al trasplante, el tabaquismo, la diabetes mellitus, la dislipemia y el índice de comorbilidad de Charlson. Encontrándose en el límite de la significación el sexo.

Tras realizar un modelo de regresión logística multivariado ajustando por aquellas variables que resultaron significativas en el análisis bivariado y aquellas con relevancia clínica, se objetiva que las variables que se asocian a la presencia de enfermedad arterial periférica son: la edad al trasplante, el tabaquismo y la dislipemia, encontrándose esta última en el límite de la significación. A medida que la edad de trasplante es más tardía aumenta el riesgo de sufrir dicha enfermedad (OR=1,07) y, aquellos pacientes fumadores tienen 6,17 veces más riesgo de presentar EAP que aquellos que no son fumadores activos. El hecho de presentar

dislipemia también aumenta el riesgo de sufrir dicha enfermedad (OR=2,59) aunque no lo hace de forma significativa.

CONCLUSIONES

La prevalencia de EAP en este estudio se encuentra dentro de los valores encontrados en otros estudios para población general.

La media de edad al trasplante es superior en los pacientes con arteriopatía periférica.

Los casos detectados con EAP presentan mayor proporción de hipertensión arterial y dislipemia.

El índice de comorbilidad de Charlson es superior en los pacientes con diagnóstico de EAP.

Las variables relacionadas con la probabilidad de padecer EAP, tras ajustar un modelo de regresión múltiple teniendo en cuenta sociodemográficas y de comorbilidad, son la edad en el momento del trasplante renal y el tabaquismo, como factores de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Coppola G, Novo S. Statins and peripheral arterial disease: effects on claudication, disease progression, and prevention of cardiovascular events. *Arch Med Res.* 38. United States 2007. P 479-88.
2. Vascular SEdAyC. Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul. 2007.
3. Conejero FJSHyAM. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. *Rev Esp Cardiol.* 2007; 60 (9):969-82.
4. Foley R PP, Sarnak M. Epidemiology of cardiovascular disease in chronic renal disease. *J Am Soc Nephrol.* 1998; 9 (12 Suppl): S 16-23.
5. Leskinen Y, Salenius JP, Lehtimäki T, Huhtala H, Saha H. The prevalence of peripheral arterial disease and medial arterial calcification in patients with chronic renal failure: requirements for diagnostics. *Am J Kidney Dis.* 2002; 40(3): 472-9.
6. Blanes JI, Cairols MA, Marrugat J. Prevalence of peripheral artery disease and its associated risk factors in Spain: The ESTIME Study. *Int Angiol.* 2009; 28 (1):20-5.
7. Feliz-Redondo FJ, Fernandez-Berges D, Grau M, Baena-Diez JM, Mostaza JM, Vila J. Prevalence and clinical characteristics of peripheral arterial disease in the study population. *Hermex. Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* 2012; 65 (8): 726-33.
8. Puras E. Claudicación: epidemiología e historia natural. SEACV. Mesa redonda: Tratamiento de la claudicación intermitente. *Angiología.* 2010; 62 (Esp Cong):52-56.
9. Forés R, Alzamora MT, Pera G, Torán P, Urrea M, Heras A. Concordancia entre tres métodos de medición del índice tobillo-brazo para el diagnóstico de arteriopatía periférica. *Med Clin (Barc).* 2014; 143 (8):335-340.
10. Alonso I, Valdivielso P, Zamudio MJ, Sánchez M.A, Pérez F, Ramos H et al. Rentabilidad del índice tobillo-brazo para la detección de enfermedad arterial periférica en población laboral de la Junta de Andalucía en Málaga. *Med Clin (Barc).* 2009; 132 (1): 7-11.
11. Vicente I, Lahoz C, Taboada M, García A, San Martín MA, Terol I, et al. Prevalencia de un índice tobillo-brazo patológico según el riesgo cardiovascular calculado mediante la función de Framingham. *Med Clin (Barc).* 2005; 124:641-4.
12. Carbayo JA, División JA, Escribano J, López-Abril J, López de Coca E, Artigao LM, Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete (GEVA), et al. Using ankle-brachial index to detect peripheral arterial disease: prevalence and associated risk factors in a random population sample. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2007; 17:41-9.

AUTORES/AUTHORS:

Lucía Pérez Pérez, Mónica Sofía Bombín Canal, Rosa Isabel Pilar Gomez, Federico Montero Cuadrado, Noemi Díaz Nieto, Teodora Encinas Martín, Miguel Angel Madrigal Fernández, Patricia Sanz Capdepont, Beatriz Del Olmo García

TÍTULO/TITLE:

CONTROL DE LA EPOC MEDIANTE LA COMPARACIÓN DE DOS CUESTIONARIOS

OBJETIVOS

• General:

- Evaluar el impacto de la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) por parte de los pacientes mediante la comparación de dos cuestionarios de control de la enfermedad: El COPD Assessment Test (CAT) y el Clinical COPD Questionnaire (CCQ).

• Específicos:

- Relacionar FEV1 (volumen máximo de aire espirado en el primer segundo) con ambos cuestionarios.
- Estudiar la correlación entre ambos cuestionarios y oxigenoterapia domiciliaria.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal y diseño muestral intencional realizado a 80 pacientes en la consulta externa de neumología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, entre enero y diciembre de 2016. Se administraron ambos cuestionarios a los 80 pacientes diagnosticados de EPOC, en fase estable y libres de exacerbaciones en los últimos 6 meses. Se excluyeron pacientes con cardiopatía, neoplasias u otras enfermedades graves e invalidantes. Se compararon las puntuaciones obtenidas en ambos cuestionarios. Se relacionó el grado de control percibido con el valor del FEV1. Para el análisis de datos se utilizaron medidas de tendencia central y tablas de frecuencia a través de hoja de cálculo Excel.

RESULTADOS

Se incluyeron 80 pacientes (53 varones, 27 mujeres). Edad media 58 años (52-81). FEV1 medio (% respecto al valor de referencia) $50 \pm 19\%$. 44 pacientes presentaban un $FEV1 \leq 50\%$ y 36 un $FEV1 > 50\%$. 24 pacientes tenían prescrita oxigenoterapia domiciliaria. La puntuación media del CAT fue 17 ± 10 (Impacto medio de la enfermedad). La puntuación media del CCQ fue $2 \pm 1,25$ (enfermedad bien controlada). En pacientes con $FEV1 \leq 50\%$ la puntuación del CAT fue 19 ± 10 (impacto medio) y la del CCQ $2,75 \pm 0,50$ (enfermedad moderadamente controlada). Los pacientes con $FEV1 > 50\%$ arrojaron una puntuación en el CAT de $13,5 \pm 6$ (impacto medio) y de $1,55 \pm 1,2$ en el CCQ (enfermedad bien controlada).

DISCUSIÓN

1. En nuestros pacientes no ha habido buena correlación entre los resultados de ambos cuestionarios.
2. El CAT muestra un mayor impacto de la enfermedad sobre el paciente que el CCQ.
3. La correlación entre ambos cuestionarios es mejor en los pacientes con peor función pulmonar y oxigenoterapia domiciliaria, y peor en pacientes con una mejor función pulmonar.
4. A través de estos cuestionarios hemos podido valorar la percepción de los síntomas, las actitudes y la capacidad de control de la enfermedad por el paciente y ver cómo les afecta para su calidad de vida, teniendo en cuenta que es muy importante hacer una buena educación sanitaria en pacientes con EPOC.

Este estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Vestbo J, Hurd SS, Agusti AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et-al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013; 187:347-65.
- 2- Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014. *Arch Bronconeumol.* 2014; 50: 1-16.
- 3- Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- 4- Marín Trigo JM, Sánchez Barón A. Valoración funcional del paciente con EPOC. *Arch Bronconeumol.* 2005; 41:18-23.
- 5- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2011. Disponible en: <http://www.goldcopd.org>.

AUTORES/AUTHORS:

SONSOLES DE LA VEGA MONTES-JOVELLAR, M^a JOSÉ AYUSO SÁNCHEZ, PABLO JOSÉ OLTRA LÓPEZ, M^a VICTORIA RUIZ GARCÍA, ALICIA GÓMEZ TOMÁS, M^a TERESA HUÉLAMO RUIZ, M^a PILAR CÓRCOLES JIMÉNEZ, BEATRIZ CERVERA MONTEAGUDO, GRUPO DE TRABAJO DEL PROYECTO SINDOLOR_CLM

TÍTULO/TITLE:

Satisfacción del paciente hospitalizado con el control del dolor postquirúrgico. Pilotaje de estudio multicéntrico

El dolor postoperatorio es un problema de alta prevalencia que oscila según la bibliografía entre el 46 y el 54%. La prevención y control del dolor postquirúrgico es fundamental para evitar el sufrimiento en los pacientes, disminuir la morbilidad postoperatoria y los costes asistenciales asociados.

Conocer las expectativas y la satisfacción del paciente con el control y manejo del dolor es importante para entender sus necesidades y así poder responder a las mismas, siendo un indicador de la calidad de la atención sanitaria.

OBJETIVO: Describir la satisfacción del paciente con el control y manejo del dolor postquirúrgico. Conocer la prevalencia e intensidad del dolor. Analizar posibles factores relacionados.

MÉTODO: Estudio descriptivo multicéntrico. Población: Adultos ingresados en las Unidades del Área Quirúrgica de los hospitales de Cuenca, Hellín y Albacete; que hayan sido operados y consientan colaborar. Se excluyen ingresos de duración inferior a 24h, que presenten déficit cognitivo o mental, analfabetismo o desconocimiento del lenguaje castellano que impidan leer y comprender adecuadamente la encuesta. Muestra: 1118 pacientes seleccionados consecutivamente. Pilotaje 15%. Variables: sociodemográficas, estancia hospitalaria, dolor previo y postquirúrgico (sí/no), intensidad (Escala Numérica Verbal 0-10) en reposo, movimiento y tras analgesia, día de ingreso en el que experimentó máxima intensidad de dolor, información recibida sobre el dolor (sí/no), expectativas y satisfacción con la atención recibida en el tratamiento del dolor postoperatorio (escala tipo Likert). Instrumentos: Cuestionario adaptado de la Sociedad Americana del Dolor. Recogida datos: encuesta anónima, autoadministrada al alta y depositada en un buzón situado en cada Unidad. Aspectos éticos: aprobado por Comité de Ética de Investigación Clínica de las Áreas de Salud de Albacete y Cuenca. Análisis estadístico (Programa SPSS versión 19). Estudio descriptivo: medidas de tendencia central y dispersión para parámetros cuantitativos y mediante frecuencias absolutas y porcentajes para variables cualitativas. Cálculo de los intervalos de confianza (IC) al 95%. Análisis bivariante: pruebas paramétricas (T de Student, ANOVA) para comparación de variables cuantitativas y Chi-cuadrado o test exacto de Fisher para variables cualitativas. Comprobación de la normalidad de la distribución de variables cuantitativas mediante test de Kolmogorov-Smirnov. Nivel de significación estadística $p < 0.05$

RESULTADOS PILOTAJE. Fueron evaluados un total de 188 pacientes. Un 59% (108) eran mujeres. Edad media 58.85 años (d.t.=17.3 IC [56,34-61,36]). La estancia media fue de 6.4 días (d.t.=4.7; IC [5.68-7.12]). Un 51.1% (92) tenían dolor habitual y 43.6% recibieron información sobre el dolor antes de la intervención quirúrgica. Refirieron tener dolor postquirúrgico el 74.6% (138) de los pacientes, presentando la máxima intensidad de dolor el primer (56%) y segundo día post intervención (26%). La media de máxima intensidad de dolor en reposo fue de 5.21 (d.t.=2.9; IC95% [4.75-5.67]) y en movimiento 5.85 (d.t.=2.9; IC95% [5.39-6.31]), presentando un 45.7% y 57.2% respectivamente dolor intenso (mayor de 5). La media de dolor tras recibir analgesia fue de 1.96 (d.t.=1.8; IC95% [1.66-2.25]) siendo intenso en un 4.5% de los pacientes. Un 49.4% precisaron analgesia de rescate. Se encontró relación estadísticamente significativa entre presentar mayor dolor postquirúrgico y tener dolor habitual. En cuanto a las expectativas, un 45.7% de los pacientes tuvieron menos dolor de lo esperado; igual 21.1% y más del esperado un 33.4%. Un 67.3% de los pacientes encuestados creen que puede aliviarse el dolor totalmente o mucho y están satisfechos con el manejo del dolor el 87.8%,

encontrando relación estadísticamente significativa con recibir información previa (70.4% vs 45.1%) pero no con las expectativas ni con el alivio esperado. Los mayores de 65 años presentaban dolor habitual previo 65.8% vs 41.5% ($p=0.001$); mayor dolor en reposo (6.2 vs 4.7; $p=0.011$), en movimiento (6.9 vs 5.6; $p=0.018$) y menor alivio tras analgesia (2.5 vs 1.8; $p=0.028$). La edad se correlaciona con la estancia hospitalaria (Pearson=0.326; $p<0.0001$). Los mayores de 65 años tuvieron menos dolor del esperado (29.4% vs 26.9%; $p=0.09$) mostrándose muy satisfechos con tratamiento del dolor recibido 66.3% vs 44.8% ($p=0.009$).

DISCUSIÓN. La prevalencia del dolor postquirúrgico es mayor respecto a otros estudios, pero los pacientes están satisfechos con el manejo, especialmente los mayores de 65 años y los que recibieron información previa intervención quirúrgica. Los mayores de 65 años presentan más dolor habitual y postquirúrgico. La mayor prevalencia se da el primer y segundo día de postoperatorio. Casi la mitad de los pacientes precisaron analgesia de rescate, no siendo efectiva siempre. Más de la mitad de los pacientes no recibieron información sobre el dolor.

Implicaciones prácticas. Conocer la satisfacción del paciente con el manejo del dolor postoperatorio permite identificar áreas de mejora (necesidad de revisión pautas analgésicas, ofrecer información previa, prestar especial atención a grupos de pacientes con mayor dolor) y establecer estrategias que permitan mayor satisfacción de los usuarios

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Balibrea JL, López-Timoneda F, Acín F, Cabero L, Moreno-González A, Ayala LE. El Proyecto MADAI: Un estudio epidemiológico sobre el abordaje y manejo del dolor agudo periquirúrgico. *RevSocEspDolor*.2008;15(4):209–218.
2. Padrol A, Pérez-Esquiva M, Olona M, Francesch A, Tomas I, Rull M. Estudio de la prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Rev Soc Esp Dolor* 2001; 8: 555 – 561.
3. Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *RevSocEspDolor* 2004; 11:197–202.
4. García López J, Domingo Vicent F, Montes Pérez A, Dürsteler C, Puig Riera de Conías MM. Comparación de dos métodos para la recogida de datos clínicos utilizando el cuestionario de PAINOUT (base de datos europea para la gestión del dolor postoperatorio). *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2011; 58: 273-278
5. Moreno Monsiváis MG, Muñoz Rodríguez MR, Interrial Guzmán MG. Satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. *Aquichan*. 2014; 14 (4): 460-472.
6. Esteve N, Ribera H, Mora C, Romero O, Garrido P, Verd M, et al. Atención del dolor agudo postoperatorio: evaluación de resultados en las salas de hospitalización quirúrgicas. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2011; 58: 353-361

AUTORES/AUTHORS:

Claudia Garcia Rivera

TÍTULO/TITLE:

Percepción de los usuarios de los servicios de urgencias hospitalarios.

Cuando los usuarios llegan a un servicio de urgencias hospitalario (SUH) buscan obtener una atención o ayuda inmediata, o que esta no se demore demasiado. Sin embargo, el Sistema de Salud para la prestación de servicios, exige el cumplimiento de una serie de requisitos. En numerosas ocasiones los usuarios desconocen la normativa y a la hora de exigir esa atención se encuentran frente a estos requisitos del sistema. Debido a estas diferentes posturas, se desarrollan algunas dificultades que pueden retrasar la prestación del servicio en urgencias.

Objetivos: Conocer la percepción de los usuarios en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) de dos hospitales de comunidades autónomas diferentes; el Hospital Universitario de San Juan de Alicante (HUSJ) y el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (HURS). Con el fin de elaborar un proyecto de gestión del cuidado centrado en la percepción del propio usuario. Además de identificar en qué medida la estructura física del SUH influye en la percepción del usuario.

Métodos: Se realizó un estudio de tipo cualitativo de corte etnográfico. Se obtuvieron dos muestras de dos comunidades autónomas diferentes, de un hospital de Alicante (Comunidad Valenciana) y de uno de Córdoba (Andalucía). Los participantes, previo consentimiento informado, fueron personas que habían acudido a uno de los SUH durante los meses del proyecto, incluyéndose a todas las personas mayores de 18 años que acudían a los SUH sin valorar su edad o género.

Además de describir el lugar donde se desarrolla la investigación, se recogió la percepción de los usuarios a través de entrevistas breves; para conocer cuál es la principal dificultad que se encuentran y los problemas relacionados con ella, la opinión sobre la norma de un acompañante por paciente y su satisfacción con el SUH que ofrece su hospital. Realizando un análisis descriptivo-interpretativo construyendo categorías emergentes.

Resultados: Fueron aproximadamente un total de 190 horas de observación de las personas que buscaban atención de urgencias y de sus acompañantes, y se entrevistó a un total de 108 usuarios (n= HUSJ; n= HURS). Emergieron 4 categorías principales; dificultad en la accesibilidad, déficit de información, necesidad de compañía y grado de satisfacción de los usuarios.

Pese a la diferencia en la estructura del SUH en sí y la normativa vigente de cada comunidad autónoma los resultados obtenidos convergen en las mismas dificultades encontradas. Refieren que la principal dificultad que se encuentran en el SUH es el de accesibilidad, seguido del de información, y por último el de compañía.

Discusión: En nuestra sociedad se manifiesta una exigencia de respuesta inmediata a las necesidades de salud. Se sabe que esperar forma parte del proceso de cuidados, pero una sobrestimación del mismo por parte del usuario puede conducir a un mayor grado de insatisfacción. Aunque cabe destacar que el tiempo de espera percibido por los usuarios puede estar sobrestimado por la ansiedad e incertidumbre y por ser un tiempo de espera que no está siendo ocupado ni explicado.

La categoría peor valorada es la de accesibilidad, valorándose negativamente el tiempo de espera debido a la saturación del SUH, coincidiendo con otros estudios. La percepción que tienen los usuarios que acuden a los SUH se caracteriza por ser un proceso lleno de dificultades y limitaciones sin que haya diferencias con respecto a la ubicación de los hospitales en dos comunidades autónomas diferenciadas con normativas distintas. Paradójicamente cuando se les pregunta por la satisfacción del SUH, se sienten satisfechos en términos generales.

La actitud del personal sanitario que presta los servicios en urgencias y la normativa del sistema de salud hacen que los usuarios que frecuentan dicho SUH vean el proceso de atención en este servicio como una cadena de obstáculos, esto les lleva a considerar el trato que reciben como deshumanizado y con muchas carencias en cuanto a la información aportada.

Este conocimiento puede servir como base para implementar programas y proyectos encaminados a una mejora de la atención, centrada en el usuario. Cada SUH debería analizar de forma concreta su situación y características particulares, pero se pueden plantear una serie de estrategias generales que podrían ayudar a que la atención y la espera fueran valoradas positivamente;

1. Formación adecuada del personal no sanitario en habilidades de relación interpersonal.
2. Reorganización del sistema de priorización de los enfermos, diseñando un sistema de triaje que incluye la admisión y la clasificación de prioridad en un mismo momento.
3. Reconsiderar la cantidad de personal necesario .
4. Asignar a una persona encargada para administrar la información, con el fin de mantener en todo momento al paciente y sus familiares informados.
5. Informar a la población de la posibilidad de ser atendidos de urgencia en los centros de atención primaria, dotando a estos centros de los medios materiales y técnicos suficientes para aumentar su capacidad resolutivea.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Carbonell Torregrosa M, Girbés Borrás J, Calduch Broseta J. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias* [Internet]. 2006;18:30-35. Available from: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/determinantes-del-tiempo-de-espera-en-urgencias-hospitalarias-y-su-relacion-con-la-satisfaccion-del-usuario/>
2. Teresa Gea M, Hernán García M, Jiménez Martín J, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves*. *Revista de Calidad Asistencial* [Internet]. 2001;16(1):37-44. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-opinion-los-usuarios-sobre-calidad-13028269>
3. Lopera Betancur M, García Henao M, Madrigal Ramírez M, Forero Pulido C. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Investigación y Educación en Enfermería* [Internet]. 2010;28(1):64-72. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000100008
4. Tudela P, Mòdol J. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2015;27(1):113-120
5. Aranaz Andrés J, Martínez Nogueras R, Rodrigo Bartual V, Gómez Pajares F, Antón García P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *Medicina Clínica* [Internet]. 2004;123(16):615-618. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-adequacion-demanda-atencion-sanitariaen-servicios-13068437>
6. Kawulich, B. (2006). La observación participante como método de recolección de datos. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* (Vol. 6, No. 2, pp. 2-05). Recuperado en 18 de febrero de 2017.
7. Departamento de Salud Alicante Sant Joan d'Alacant - Hospital San Juan de Alicante [Internet]. Dep17.san.gva.es. 2017 [cited 15 Feb 2017]. Available from: <http://www.dep17.san.gva.es/>
8. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA [Internet]. Junta de Andalucía. 2017 [cited 15 February 2017]. Available from: <https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=hospital>
9. Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del adulto [Internet]. Junta de Andalucía. 2015 [cited 15 February 2017]. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_medica/urgencias_generales/memoria_urgencias_2015.pdf

Mesa de Comunicaciones 13: Gestión**Concurrent Session 13: Management****AUTORES/AUTHORS:**

Beatriz Rodríguez-Martín, Pedro Ángel Caro Alonso, Raúl Martín-Martín, Andrés Redondo-Tébar

TÍTULO/TITLE:

Nurses' burnout and individualized nursing care in acute care settings

Introduction:

The principles of individualised care promote care based on the personal characteristics of each patient (clinical condition and personal life situation) and their participation in decision-making about their care to achieve the best possible outcomes.

Despite the well-known fact that high levels of nursing burnout could affect quality of care, there is a paucity of studies that analyse the burnout influence on nurses' assessment of individualized care.

Objectives:

To analyse the association between levels of nursing burnout and nurses' assessment of individualized care among nurses working in acute care settings.

Methods:

A cross-sectional prospective survey of nurses (N = 114) from medical and surgery units of a General Hospital were conducted. The research instruments used were Maslach Burnout Inventory (MBI) (1), Individualized Care Scale (including both subscales ICS-A and ICS-B) (2) and a questionnaire of socio-demographic variables.

Data were analysed using descriptive, one-way analysis of variance, Spearman's and Pearson's correlation, Brown-Forsythe test and Cronbach's alpha coefficients.

Results:

The study included 114 nurses, 41.18 ± 9.5 years old, 83.8 % female.

Nurses' assessment about the level of individualised care provided were generally high (ICS-A 3.87, ICS-B 3.88) and support the clinical situation obtained the higher scores (4.11). The overall mean incidence of burnout was in a high range (73.29). In this regard, the depersonalization subscale scored the lowest (1.17), whereas personal accomplishment obtained the highest scored (4.63).

No differences were found in the correlations between total score of MBI and ICS-A/ICS-B, but we found differences between ICS-A/ICS-B and MBI subscales: emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment.

Discussion:

Nurses participating in this study have a high level of burnout.

Nurses' burnout can affect provision of individualized care in acute care settings. This result should be incorporated to programmes aimed at improve the quality of care and professional satisfaction.

Conflict of interest:

Authors declare no conflicts of interest.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Maslach C, Jackson, SE. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.
2. Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto J, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Individualized care scale–nurse version: a Finnish validation study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2010; 16(1):145-54.

AUTORES/AUTHORS:

ESTRELLA MARTÍNEZ-SEGURA, MAR LLEIXÀ-FORTUÑO, ELSA PLA-CANALDA, JORDI ADELL-URRACA, GEMMA MARCH-PALLARÉS, GERARD MORA-LÓPEZ

TÍTULO/TITLE:

La simulación clínica como instrumento de formación para la adquisición de competencias en triaje

El personal de Enfermería que realiza triaje/Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) en los Servicios de Urgencias (SU) realizan una valoración del paciente y sus necesidades. Efectúan una comprensión del problema y dan una respuesta rápida según la atención por niveles de gravedad en un entorno complejo y con niveles de presión asistencial y estrés elevados. Los manuales de formación del Modelo Andorrano de Triaje (MAT-SET) recomiendan que el 85% de los pacientes estén triados en menos de 10 minutos, los objetivos del Instituto Catalán de la Salud (ICS) sugieren ampliarlo al 100% de los pacientes para garantizar su seguridad. No hay otros indicadores de calidad del proceso de triaje.

Objetivos

- Describir el tiempo entrada-triaje del SUH. -Diseñar una prueba piloto en formación para enfermería de triaje/RAC.
 - Reducir el tiempo de entrada paciente vs. triaje.
 - Mejorar las competencias del enfermero/a de triaje y del proceso en general. Metodología
 - Estudio realizado durante los meses Enero-Noviembre 2016.
 - Observación in-situ para detectar posibles áreas de mejora pre-post intervención.
 - Diseño de una intervención en formación para enfermeros de triaje utilizando el método de simulación sobre escenarios clínicos, grupos focales y observación. Se administra un pre-test y post-test sobre casos clínicos en triaje para observar el nivel de conocimientos sobre triaje y un cuestionario evaluativo de competencias (COM_VA).
- Lugar: SU, HTVC. Se administra un cuestionario de datos sociodemográficos y de interés para el estudio.
- Descripción del tiempo entrada-triaje los meses pre y post-intervención y franjas horarias utilizando el Bussiness Objects (BO), año 2016.

Palabras Clave: Enfermería de Urgencias, Seguridad clínica, Simulación clínica, Triaje

Resultados

La semana previa a la formación se realizan observaciones a los profesionales de enfermería que realizan triaje en los diferentes turnos inscritos a la formación, total de 80 observaciones.

Detectamos retraso en la realización de triaje por consulta a la historia clínica compartida y demora por toma de constantes. Por franjas horarias se detectan picos en los cambios de turno.

Diseñamos una formación los meses de mayo-junio teórico-práctica utilizando la simulación con actores (propios participantes) y una plataforma moodle de resolución de casos. Asisten un total de 16 participantes (60% del total de enfermeros).

La media del pre-test de conocimientos es de 5.22 y en el post test de 6.17.

Hemos reducido el tiempo de entrada vs triaje de 12.41 minutos a 9.88. Se mejoran también los tiempos en las franjas del cambio de turno.

Hay diferencia significativa postformación en aspectos como la adecuación del nivel de triaje ($p<0.001$), la información al equipo ($p<0.001$), al paciente ($p<0.0001$), la presentación de la enfermera ($p<0.001$) y los registros de Enfermería ($p<0.001$) y en la evaluación de las competencias enfermeras ($p<0.004$).

También mejoran los niveles de estrés del profesional postformación ($p<0.0001$).

Conclusiones

La formación en triaje/RAC utilizando esta metodología ha sido positiva ya que hemos disminuído el tiempo de entrada vs triaje, hemos mejorado las competencias del enfermero/a de triaje y el proceso de triaje en general.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alinier G., Hunt, W., Gordon, R. (2004). Determining the value of simulation in nurse education: study design and initial results. *Nurse Education in Practice* (4):200-207.
- Alinier, G. (2011). Developing high-fidelity health care simulation scenarios: A guide for educators and professionals. *Simulation & Gaming*, 42(1):9-26.
- Andersson A.K., Omberg M., Svedlund M (2006). Triage in the emergency department –a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care*, 11:136-145.
- Benner P., Tanner C. (1987). How expert nurses use intuition. *American Journal Nursing* (1):23-31.
- Blanco, A. (2007). *Trabajadores competentes. Introducción y reflexiones sobre la gestión de recursos humanos por competencias*, Madrid, Editorial ESIC.
- Cone, KJ., Murray R. (2002). Characteristics, insights, decision making, and preparation of ED triage nurses. *Journal of Emergency Nursing*, (28):401-406.
- Considine J., Ung, L., Thomas, S. (2001). Clinical Decisions using the National Triage Scale: how important is postgraduate education? *Accident and Emergency Nursing*, (9):101-108.
- Domagala S.E., Vets J. (2015). Emergency Nursing Triage: Keeping It Safe. *Journal of Emergency Nursing*. 41 (4): 313-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2015.01.022>
- Dong, S., Bullard, M.J., Meuer, D.P., Blitz, S., Holroyd, B.R., Rowe, BH. (2007). The effect of training on nurse agreement using an electronic triage system. *Canadian Journal Emergency Medicine*. 9 (4):260-6.
- Jeffries, PR. (2007). *Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation*. NY: National League for Nursing, 73-85.
- Juvé Udina, ME., Ferrero Muñoz, S., Monterde, D., Sevillano Lalinde, MM., Casado García, A., Vila Coma, MI. (2008). Umbral de pericia requerido para la ejecución competencial enfermera. *Metas de Enfermería*, 11(10):8-17.
- Sánchez Bermejo R. (2015). Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. *27(2):103-108*

AUTORES/AUTHORS:

Inmaculada Sánchez-García, Isabel M. López-Medina, Laura Parra-Anguila, Margarita Pérez-Cruz, Pedro L. Pancorbo-Hidalgo

TÍTULO/TITLE:

Fundamentando la práctica asistencial enfermera: Mecanismos de aprendizaje

OBJETIVO. Explorar y describir las experiencias de las enfermeras en relación a los mecanismos de aprendizaje en los que fundamentan su práctica asistencial y cómo estos evolucionan en su trayectoria 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. Enfoque fenomenológico-hermenéutico según los postulados de Ricoeur¹. 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 y entrevistas online en la plataforma Survey Monkey. El análisis de datos se realizó en 3 fases^{2,3}, mostrando aquí los resultados de las dos primeras: 1) Interpretación naïve; 2) Análisis estructural descriptivo; 3) Interpretación hermenéutica. Para mantener el rigor científico nos basamos en 7 criterios propuestos por Cohen y Crabtree (2008)⁴.

RESULTADOS: Los informantes (75) revelaron que gran parte de la fundamentación de su práctica asistencial se asienta sobre una base de conocimientos, adquiridos mediante diversas formas de aprendizaje durante su trayectoria laboral.

...hay una base de experiencia profesional enfermera que te sirve en distintos sitios, ha habido dos cursos específicos de enfermería oncológica y paliativa, la aportación de mis compañeros que para mí es casi igual o más importante que esos cursos, y luego la información que una misma va rescatando, interesándote por dónde estás y demás, y entre esas tres cosas haces la mezcla. Info.³ Se describen 4 grandes mecanismos de aprendizaje:

1)'Aprendizaje clínico': Es la construcción del conocimiento y habilidades a través de la reflexión de sus experiencias clínicas, asentado en las vivencias personales, propias o de otros compañeros de profesión. Es un aprendizaje espontáneo, no planificado ni organizado y se produce en el ámbito laboral. Es más común en los inicios profesionales o cuando no se sienten suficientemente capacitados como enfermeras. A partir de él emergen nuevos subtemas:

- 'Aprendizaje por observación o imitación': aprendizaje experiencial basado en la tradición y en la reproducción de conductas aprendidas casi de forma automática e irreflexiva. Es unidireccional y no fomenta el cuestionamiento de la práctica clínica, ya que los cuidados están basados en la fiel reproducción de un modelo con suficiente autoridad y experiencia incuestionable. Estos modelos de referencia pueden ser docentes universitarios, enfermeras con amplia experiencia asistencial, o enfermeras que gozan de reconocido prestigio actuando como líderes de opinión. Característico en enfermeras noveles o "volantes".

yo estaba acostumbrada a que las cosas se hacían como te dice tu supervisora o en la escuela tu profesora ¡y punto!, y ya no te lo cuestionas, [risas] un poco en plan militar, o sea pensamiento crítico cero, era adoptar lo que te decían los expertos, o tus superiores... Info.¹⁴

- 'Aprendizaje simbiótico-mutualista': basado en el intercambio de experiencias y conocimientos fruto de la interacción entre compañeros o profesionales pertenecientes a otras disciplinas. Este aprendizaje es bidireccional y enriquecedor, ya que ambas partes confrontan sus experiencias, compartiendo los conocimientos y habilidades adquiridas, en definitiva, se retroalimentan mutuamente. Característico en aquellas unidades donde se realizan sesiones clínicas (inter e intraprofesionales) y donde se genera debate.

allí se hacían sesiones, de formación, cada uno se preparaba un tema, sobre los nuevos conceptos que iban apareciendo, y se hacían sesiones todos los meses, uno se preparaba un tema, que era de interés para todos, lo exponía, y lo que se sacaba de ese tema, todos los aplicábamos a la práctica clínica inmediatamente. Info.⁵

-‘Aprendizaje basado en la experiencia propia’ o evidencia interna: Es un aprendizaje individualista producto de la observación de vivencias personales en su trayectoria laboral, pero también de la reflexión intuitiva sobre lo que es mejor para cada paciente. Es considerado por los informantes más veteranos el más importante. Se va enriqueciendo con el paso de los años, la diversidad de entornos asistenciales, pacientes, patologías y de los resultados obtenidos en su práctica diaria.

Siempre según va evolucionando y con la experiencia de lo vivido. Lo que va bien a un enfermo a lo mejor no va bien a otro, pero siempre partes de los resultados de experiencias anteriores E.Info.17

Para estas enfermeras el ‘aprendizaje clínico’ te dota de un bagaje de conocimientos clínicos, seguridad y confianza en la toma de decisiones.

2)‘Aprendizaje por formación reglada y no reglada’: Es un aprendizaje consciente porque demanda planificación del tiempo y organización del docente y del discente. En él se destacan 2 tipos de formación:

-‘Formación reglada o aprendizaje universitario’: hace referencia al aprendizaje adquirido en la formación pre-grado, especializada, másteres y doctorados. Las enfermeras describen como el conocimiento generado a partir de dicha formación es evocado a su práctica asistencial, especialmente en etapas iniciales de su carrera profesional, cuando aún no disponen de suficiente experiencia. Esto ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. No fue así siempre. Los primeros años, mi trabajo se basaba en lo aprendido en la universidad y durante las prácticas. E.Info.37

-‘Formación no reglada o continua’: Es conocida entre los informantes como formación de “reciclaje” y aunque la titulación expedida no es de carácter oficial, es considerada como mérito en concursos, en la carrera profesional o baremos de oposiciones, por lo que es muy demandada entre las enfermeras.

Para estas enfermeras, el sentido de actualizarse mediante cursos gira entorno al carácter obligatorio o voluntario de la formación (cursos intracentros vs cursos externos) y a los intereses profesionales relacionados con la mejora del currículum, en busca de mayor estabilidad laboral o inquietudes profesionales.

me he ido formando en los cursos de obligado cumplimiento y para algunos servicios, mmm, que son ítems de gestión, tienen su manera de formarte, [...] una formación específica del servicio no cursos postgrado.Info.3

...cursos que se han desarrollado en la Escuela de Salud Pública, o cursos que se han dado [...]en otras provincias y que por la temática en particular interesaba tener esa aproximación a ese conocimiento que ofrecía esa formación...Info.6

3)‘Aprendizaje por asistencia a congresos’: Para los informantes más motivados, estos eventos son percibidos como centros receptores de nuevos hallazgos y como oportunidad para divulgar los nuevos conocimientos generados a partir de sus propias investigaciones, adoptando un rol activo frente al resto de enfermeras.

estoy interesada en asistir a reuniones científicas, donde intento comunicar las investigaciones desarrolladas. E.Info.146

4)‘Aprendizaje por formación autodidacta’: aprendizaje individualista y autónomo que consiste en la asimilación de información sobre las innovaciones en cuidados a través de la lectura. Las enfermeras que recurren a este mecanismo lo hacen por voluntad propia e inquietud profesional, para responder a interrogantes que plantea su práctica clínica diaria. Para estas enfermeras, el sentido de actualizarse mediante la lectura supone una formación “reinventada”, que les permite mantenerse al día de las innovaciones surgidas y contrastar sus prácticas habituales. Este mecanismo de aprendizaje es fruto de la evolución profesional y la adaptación a las circunstancias personales y profesionales. Por este motivo, las enfermeras leen cuando ‘no pueden hacer cursos’ o ‘algo les suscita interés’; ‘en casa’ principalmente o ‘en el turno de noche’, y ‘leen indiscriminadamente’ frente a una minoría con competencia en ‘lectura crítica’.

...la formación, mmm, creo que yo he sido y creo que debemos ser también muy autodidactas. Yo creo que si miraras mi currículum, dirías: "pues tampoco estás tú tan formado en eso que dices de gerontología, gestión o investigación", pero tú no te puedes imaginar las horas que yo echo de leer artículos, [...] yo creo no ha sido tanto la formación como la lectura, [...] para mí eso es, la lectura, la lectura, lectura, es que he leído y leo, todos los días ávidamente [...] que actualizarse no es nada más que publicar o investigar, es también leer por supuesto, es el primer paso. Info.10

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Los resultados de este estudio muestran cómo la práctica asistencial de la enfermeras se fundamenta en conocimientos generados a partir de diversos mecanismos de aprendizaje desarrollados a lo largo de su trayectoria profesional.

En esta línea, algunos autores⁵ señalan la variedad y complejidad del conocimiento empleado en la práctica diaria de estas profesionales, describiendo como componentes: el conocimiento teórico, el experiencial, el derivado de la investigación, la cultura del lugar de trabajo y la interacciones con los demás (profesionales y pacientes).

El conocimiento emergido del 'aprendizaje el clínico o experiencial' se revela como el principal mecanismo para fundamentar su práctica asistencial, especialmente en los inicios profesionales. En este sentido, las enfermeras utilizarían como fuentes de información el conocimiento práctico propio y el de sus colegas, los conocimientos adquiridos en la formación de enfermería, literatura enfermera y la orientación de los expertos^{6,7}. Al respecto, son diversos los autores que destacan la preferencia de las enfermeras por la información práctica, esto es, en la que haya relación con las personas, sea interactiva y basada en la experiencia⁸⁻¹⁰. Este aspecto debería ser considerado por las instituciones y gerencias sanitarias e instaurar la dinámica de las sesiones clínicas entre las enfermeras como fuente de conocimiento, al igual que sucede con los profesionales de medicina. Esta forma de aprendizaje podría constituir un elemento facilitador hacia la implementación de la PCBE.

Asimismo, el conocimiento emergido de la 'formación autodidacta', constituye otro pilar dentro de los mecanismos de aprendizaje descritos en nuestro estudio, principalmente entre las enfermeras innovadoras. Para ellas, cobra especial relevancia reflexionar y someter a juicio el modo en que habían adquirido los conocimientos de determinadas prácticas de cuidados y que hasta ese momento habían sido incuestionables. Todo ello con el propósito de determinar hasta qué punto sus aprendizajes previos podían estar influenciados por el 'aprendizaje por observación o imitación' imperante en etapas pasadas y dar paso a una nueva orientación en sus cuidados. De esta forma, sus experiencias de aprendizaje autónomo parecían ajustarse a la fundamentación del aprendizaje transformador desarrollado por Mezirow (1996)¹¹. Según éste, aprendemos desde la interpretación subjetiva de las experiencias centrándose en la forma en que conocemos, en lugar de en lo que sabemos¹¹. Todo aprendizaje transformador comienza con un dilema desorientador que desencadena sentimientos intensos. Esto requiere la reflexión crítica sobre los supuestos personales, actitudes y creencias, seguido por el discurso de entender y validar los nuevos conocimientos^{12,13}. Según Mezirow¹² este tipo de aprendizaje conduce al crecimiento y empoderamiento.

Finalmente y de acuerdo con otros autores, la combinación del aprendizaje transformador junto a otras teorías sobre la utilización de la investigación, apoyo efectivo de la organización, liderazgo y facilitación, podría contribuir a establecer iniciativas más efectivas en los procesos de cambio para la aplicación de evidencias. Asimismo, mediante el aprendizaje transformador se podrían explorar las creencias de aquellas enfermeras reticentes, que se mantienen escépticas e incrédulas ante los resultados de investigación indagando en sus porqués.

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. Bringsvor HB, Bentsen SB, Berland A. Sources of knowledge used by intensive care nurses in Norway: An exploratory study. Intensive y critical care nursing: the official journal of the British Association of Critical Care Nurses. 2014; 30(3): 159-166.

6. Berland A, Gundersen D, Bentsen SB. Evidence-based practice in primary care—An explorative study of nurse practitioners in Norway. *Nurse education in practice*. 2012; 12(6): 361-365.
7. Dalheim A, Harthug S, Nilsen RM, Nortvedt MW. Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC health services research*. 2012; 12(1): 367.
8. Estabrooks CA, Rutakunwa W, O'Leary KA, Profetto-McGrath J, Milner M, Levers MJ et al. Sources of practice knowledge among nurses. *Qualitative Health Research*. 2005; 15(4): 460-476.
9. Spenceley SM, O'Leary KA, Chizawsky LL, Ross AJ, Estabrooks CA. Sources of information used by nurses to inform practice: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(6): 954-970.
10. Rycroft-Malone J, Fontenla M, Bick D, Seers K. A realistic evaluation: the case of protocol- based care. *Implementation Science*. 2010; 5(1): 38.
11. Mezirow J. Contemporary paradigms of learning. *Adult Education Quarterly*. 1996; 46(3): 158–172.
12. Mezirow J. Learning to think like an adult: Core concepts of transformation theory. En Mezirow, J. y Associates (Eds.). *Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress*. ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2000. p. 3-33.
13. Mezirow J. Forum comment on Sharan Merriam's "The role of cognitive development in Mezirow's transformational learning theory." *Adult Education Quarterly*. 2004; 55(1): 69–70.

Mesa de Comunicaciones 14: Lactancia Materna

Concurrent Session 14: Breastfeeding

AUTORES/AUTHORS:

Elisa Jiménez Calvo, Elisa Ortega López

TÍTULO/TITLE:

Duración de la Lactancia Materna y Factores que influyen en su instauración

Objetivo: el objetivo principal es conocer la prevalencia de lactancia materna a los 3 meses en el Área de Salud de Cuenca. Además, se pretende determinar la influencia de factores personales, sociales y de promoción de la salud (pre, peri y posparto) sobre la percepción de información que posee la mujer respecto a la lactancia materna.

Método: se trata de un estudio observacional descriptivo llevado a cabo en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca. La población de estudio fueron 100 mujeres que parieron entre los meses de abril y junio de 2016 en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca. Los criterios de inclusión fueron púerperas sanas con embarazo único, sin complicaciones y cuyo parto fue por vía vaginal. El cálculo del tamaño de muestral se llevó cabo usando Epidat 4.1. Se aceptó un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral, se precisaron 81 sujetos para detectar una diferencia igual o superior a 0.13 unidades. Se asumió que la proporción de LME a los 3 meses en España es del 0.36.43 Se estimó un 5% de pérdidas de posible no respuesta (mujeres que no deseen participar en el estudio), cifra que habrá que sumar a la muestra calculada. Se llevó a cabo un análisis bivariante utilizando las pruebas estadísticas de la chi cuadrado, y la prueba exacta de Fisher para variables cualitativas. En el caso de variables cuantitativas se realizaron comparaciones de medias mediante la prueba de la t de Student. Las variables del estudio se agruparon en 3 epígrafes: i) variables sociodemográficas; ii) variables obstétricas y; iii) variables relacionadas con la promoción de la lactancia materna. Las variables principales son el tipo de lactancia en 4 momentos oportunos (decisión previa, lactancia al alta, lactancia al mes y lactancia a los tres meses de vida). Además, se recogió el motivo de abandono precoz de la lactancia materna. La variable resultado fue el tipo de lactancia a los 3 meses, ya sea lactancia materna, que incluiría la lactancia mixta (si se aportan 5 suplementos o menos, tal como indica la Iniciativa Hospital Amigos del Nacimiento) o lactancia artificial. Para la recogida de datos se diseñó un cuestionario que fue administrado por un miembro del equipo investigador dentro de los dos días posteriores al parto. El entrevistador fue el encargado de informar a las mujeres sobre los objetivos del estudio, pedir su consentimiento para la colaboración y cumplimentarlo conjuntamente. Posteriormente, se realizaron dos entrevistas telefónicas mediante formularios ad hoc; una se realizó transcurrida un mes del parto y la siguiente a los tres meses posparto.

Resultados: el 93% de las mujeres habían decidido dar lactancia materna exclusiva durante el embarazo. En el momento del alta hospitalaria, solamente un 64% de las mujeres amamantaban a sus hijos con leche materna exclusivamente, reduciéndose su prevalencia al mes y a los tres meses a un 70% y a un 66%, respectivamente. La prevalencia de lactancia materna a los tres meses es significativamente mayor ($p=0,002$) entre las que al alta estaban dándoles lactancia exclusiva (94,6% 53/56) que las que les daban mixta (77,8% 21/27). Se obtuvo una relación entre la oferta de suplementos ($p=0,022$) y el inicio de la lactancia en el paritorio ($p=0,012$) con respecto a la lactancia a los tres meses. Por último el apoyo durante el puerperio por parte de un profesional sanitario ($p=0,019$) se relacionó igualmente con la lactancia al tercer mes.

Discusión: La prevalencia de LME al alta se sitúa en un 64%, de acuerdo con los últimos estudios realizados en el territorio nacional, nuestros datos son estadísticamente inferiores. Esta diferencia puede deberse al momento de realización de la encuesta, ya que en los diferentes estudios tan sólo nombran la realización de una primera entrevista al inicio, sin especificar si es durante la estancia hospitalaria o inmediatamente anterior al alta.

Estos datos nos llevan a indagar el motivo por el que se ofrece una suplementación durante la estancia en maternidad. Teniendo en cuenta nuestro estudio, en torno al 64% de las madres referían hipogalactia como motivo principal por el cual se ofrece un suplemento al recién nacido (si bien la hipogalactia verdadera no llega a afectar a más del 10% de las mujeres). Esto podría deberse a una falsa percepción. En nuestro estudio, la prevalencia de LME a los 3 meses de edad se sitúa en un 66% de los casos. Teniendo en cuenta los datos de la Encuesta Nacional de Salud, en España la prevalencia de LM natural es del 53,6%, lo que nos indica que nos encontramos con unas cifras superiores de forma estadísticamente significativa. Según las recomendaciones de sociedades científicas y los resultados de diferentes estudios, existen prácticas que conllevan a un aumento de la prevalencia de la LM. Estas intervenciones son: educación pre y posnatal, contacto piel con piel precoz, inicio LM en paritorio, apoyo y asesoramiento durante la estancia hospitalaria. En nuestro caso, hemos encontrado una influencia de algunas de estas prácticas en el mantenimiento de la LM

a los tres meses. Entre los factores que favorecedores nos encontramos la experiencia anterior y la decisión previa al parto que influyen positivamente. Teniendo en cuenta los factores que influyen durante la estancia hospitalaria encontramos que el inicio precoz de la LM en paritorio (95%) y en consecuencia la realización del piel-piel (99%) aumenta las cifras de LM a los tres meses. Existe evidencia científica más que suficiente que avala los beneficios de la realización del piel-piel tanto para la adaptación materno-neonatal como para el inicio y establecimiento de la lactancia.

Igualmente el apoyo en la maternidad resulta beneficioso para la promoción y protección de la LM. Resulta llamativo la percepción de falta de apoyo en la planta de maternidad que perciben las mujeres (sólo un 16% de las mujeres reciben consejos, el 19% reciben ayuda en la técnica de lactancia y el 14% de los casos se observa una toma durante su estancia hospitalaria). La guía Perinatal Services BC (PSBC) recomienda realizar la evaluación de la madre y del niño mediante observación y entrevista en períodos de tiempo claves, indicando que se debe valorar a la madre, al niño y cómo se acoplan ambos para permitir la lactancia materna. Es por ello que todos los profesionales debemos trabajar en una misma dirección para asegurar una correcta promoción y protección de la LM. Por último, atendiendo a la educación pre y pos natal, encontramos que la asistencia a las clases de preparación al parto, en concreto a la clase de LM interviene en la duración de la LM, así como a su vez influye la visualización de una toma por parte del personal sanitario en el puerperio tardío. Existen variedad de estudios (26, 40) donde los resultados son diferentes en cuanto a la influencia de este parámetro, pero todos ellos concluyen que depende de la muestra obtenida y la proporción que acude a las clases de psicoprofilaxis obstétrica (PPO). En nuestro caso la asistencia a las clases de PPO es del 59%, siendo para la de LM del 46%. Nos resultan sorprendentes estos datos que podrían deberse a la gran dispersión geográfica que existen en nuestra región y la falta de personal encargado de llevar a cabo dichas clases.

Cabe destacar, como limitación de estudio, la medición de la lactancia materna a los tres meses. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y teniendo en cuenta que la baja por maternidad en España tiene una duración de 4 meses, se podría considerar la incorporación al trabajo un factor de riesgo de abandono de la lactancia. Como fortalezas resaltamos la unificación de múltiples factores que influyen en la lactancia materna durante tres momentos cruciales como son el embarazo, parto y posparto. En conclusión nuestro estudio muestra la situación actual respecto a la LM en el Area de Salud de Cuenca, es por ello que los hallazgos encontrados resultan importantes para conocer como se trabaja en nuestra región y así poder realizar nuevas líneas de investigación en base a los datos ofrecidos.

Conflicto de intereses: no se declara ningún interés por parte de los autores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 54º Asamblea Mundial de la Salud. Mayo 2001
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografías de la AEP número 5. www.aeped.es/lactanciamaterna/libro1.htm
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012.
- OtaLospaus S, Morera Liáñez L, Bernal Montañes MJ, TabueñaAcin J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Prof.* 2012; 13 (1): 3-8.
- Pose Becerra C, Díz Gómez J. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados a la duración hasta el primer año de vida. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Reduca. Serie Trabajos Fin de Master* 2010; 2 (1): 1401-1415.
- Rius Peris JM. Factores asociados al inicio y al abandono precoz de la lactancia materna [tesis doctoral]. Valencia: Universitat de València; 2011.
- Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, Vega Alonso AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *RevPediatr Aten Primaria.* 2011; 13 (49): 33-46.
- Cabezuelo Huerta G, Vidal Micó S, Abeledo Gómez A, Frontera Izquierdo P. Factores relacionados con el abandono precoz de la

lactancia materna. RevEspPediatr 2006; 62: 212-218.

- Figuera Camargo FA, Latorre Latorre JF, Porras Careño JA. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2011; 16 (1): 56-72.
- Olmo-Navarro JE, Molina-Ruano MD, López Sánchez-Sánchez R, Bermúdez-Ruiz MI, Castaño-Molina MA. Duración de la lactancia materna en el noroeste murciano. *Matronas Prof.* [Internet]. 2008; 9(2): 12-16.
- BarriosoLapresa LM. Estudio multivariante sobre la prevalencia de la lactancia materna en el centro-norte de España. *RevPediatr Aten Primaria* 2007; 9: 589- 612.
- Gallardo Sánchez R, Álvarez Plaza C. Efectividad de intervenciones educativas postnatales en la duración de la lactancia materna. *Reduca. Serie Matronas* 2012; 4 (5): 174-209.
- Sánchez Arnedillo S, Romero Martínez J, BarberáRubini N, Ruíz Ferron MC. Efectividad de una intervención educativa y asistencial en la prevalencia de la lactancia materna en el Área Sanitaria del Hospital de Valme. *Matrona Prof* 2006; 7 (2): 14-21.

AUTORES/AUTHORS:

Aránzazu Muñoz Mancisidor, Sofia Mendez Gonzalez, María Menendez Granda, María Gonzalez García, Alma Blanca Muñiz Martinez, Clara Suárez Perez

TÍTULO/TITLE:

CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN LACTANCIA MATERNA DE LOS SANITARIOS DEL ÁREA III DEL SERVICIO DE SALUD DE ASTURIAS

La lactancia materna (LM) es el alimento ideal que aporta todos los nutrientes necesarios para el correcto desarrollo del niño, previene enfermedades y fomenta el vínculo materno-filial. La Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas, reconocen y recomiendan la LM como uno de los factores que más contribuyen con la salud y la alimentación de los niños, especialmente si se ofrece de manera exclusiva hasta el sexto mes de vida y con una alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años o hasta que la madre y el niño deseen (World Health Organization & UNICEF, 2003).

Sin embargo, las tasas de inicio y mantenimiento de la LM se alejan de lo considerado como idóneo, este hecho, parece que está determinado en parte, por los inadecuados conocimientos, habilidades y actitudes del personal sanitario hacia la misma (Dunn, Kalich, Henning, & Fedrizzi, 2015; Meaux-Pereda, Dávila-Torres, Avilés-Pérez & Parrilla-Rodríguez, 2014; Ramoo, Hirst & Jeffery, 2014; Shifraw, Worku & Berhane, 2015).

Objetivo general

Evaluar los conocimientos y las habilidades en LM del personal sanitario del Área III del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) que atiende a las mujeres gestantes, puérperas y a sus recién nacidos en la actualidad.

Objetivos específicos

Identificar la formación en lactancia de los profesionales de salud del Área III del SESPA que atiende a las mujeres gestantes, puérperas y a sus recién nacidos, durante los años de estudio de su carrera.

Describir las fuentes de conocimiento en LM que utilizan los profesionales de salud del Área III del SESPA que atiende a las mujeres gestantes, puérperas y a sus recién nacidos en la actualidad.

Identificar posibles diferencias entre los conocimientos y habilidades en lactancia materna de los profesionales de salud del Área III y la categoría profesional, la experiencia propia en lactancia o la formación en lactancia durante la carrera.

Analizar si existe relación entre los conocimientos y habilidades en lactancia materna y la autopercepción de confianza sobre los conocimientos y habilidades en lactancia.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo de encuesta, transversal, mediante la aplicación de un cuestionario validado, adaptado a nuestro contexto, sobre conocimientos y habilidades en lactancia materna para pediatras (Fernández-Vegue & Orega, 2015).

La población objeto de estudio estuvo constituida por 111 personas: 15 ginecólogos, 9 pediatras, 15 matronas, 17 enfermeras y 21 auxiliares de enfermería de las plantas de maternidad, partos, pediatría y neonatología del ámbito de la atención especializada y por 16 pediatras, 5 matronas y 13 enfermeras de pediatría del ámbito de atención primaria de salud.

Los criterios de inclusión fueron: ser personal sanitario del Área III que realiza tareas asistenciales encaminadas a la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en las diferentes etapas de la vida reproductiva de la mujer (embarazo, parto y puerperio) y de la infancia del recién nacido. Pertenecer a las categorías profesionales antes citadas y cumplimentar el cuestionario en el plazo establecido.

Como criterios de exclusión se consideraron: estar de permiso en el período en el que se administró la encuesta y llevar menos de un año en el área materno infantil en el caso de las enfermeras no especialistas y auxiliares de enfermería.

Las áreas de conocimiento del cuestionario llamado "Encuesta sobre conocimientos y habilidades en lactancia (ECola)" abarcan desde la fisiología de la lactancia hasta los problemas precoces o tardíos, condicionantes maternos, recomendaciones de salud pública, evaluación de una toma o actitudes de los profesionales hacia la LM.

El cuestionario está estructurado en 22 preguntas, abiertas y cerradas, con una puntuación máxima de 26 puntos.

La recogida de datos fue realizada durante los meses de abril y mayo de 2016.

Los datos fueron codificados e introducidos en una hoja Excel que fue posteriormente exportada para su análisis estadístico al programa SPSS ((StatisticalPackageforthe Social Sciences) versión 20.0.

Con el objetivo de evaluar los conocimientos y las habilidades en lactancia materna de los profesionales estudiados, se operativizó la puntuación del cuestionario en aprobado y suspenso.

El análisis descriptivo se realizó mediante el cálculo de la media, desviación estándar, frecuencias absolutas, relativas y porcentajes. Además se utilizaron análisis de tablas cruzadas para realizar descripciones específicas entre las diferentes variables del estudio. Se utilizó la prueba de asociación Chi-cuadrado (X^2) y el test exacto de Fisher, para establecer asociación entre variables cualitativas nominales.

Resultados

Se encontró que obtuvieron calificación de aprobado, con adecuados conocimientos y habilidades en lactancia materna el 100% de las matronas de atención primaria, 86.7% de las matronas de atención especializada, 77.8% de los pediatras de atención especializada, 72.7% de los pediatras de atención primaria, 66.7% de las enfermeras de atención primaria, 35.7% de las enfermeras de atención especializada, 30% de los ginecólogos y 8.3% de las auxiliares.

En nuestro estudio, sólo el 26.7% de los encuestados recibieron formación en lactancia durante los años de estudio de la carrera.

La obtención de conocimientos en lactancia materna puede provenir de diferentes fuentes. Entre las analizadas en el estudio destaca la consulta en libros y artículos que refirieron utilizar un 50% de los encuestados, seguida de la consulta a compañeros más veteranos con un 45.3%, realización de cursos en LM, 44.2%, estudios durante la carrera 11.6%, experiencia propia en lactancia y Webs como la de la Asociación Española de Pediatría, 3.4%, consulta a otras categorías profesionales 2% y formación durante el período de MIR/EIR, colaboración con grupos de apoyo y el trabajo diario de consulta un 2.3%.

Se estudió si existía relación entre los conocimientos y habilidades en lactancia materna y la categoría profesional de los encuestados. Se realizaron las pruebas de contingencia entre las variables de categoría profesional y calificación del cuestionario, variables cualitativas nominales.

Por un lado se estudió si existía relación entre la categoría profesional ginecólogo /pediatra y la calificación obtenida en el cuestionario de conocimientos y habilidades en LM aprobado/suspenso. Se encontró relación entre la profesión de pediatra y mejores calificaciones en el cuestionario EColam, y esta fue estadísticamente significativa ($p < .045$).

Por otro lado, se estudió si existía relación entre la categoría profesional de matrona / enfermera y la calificación obtenida en el cuestionario de conocimientos y habilidades en LM aprobado/suspenso. Se encontró relación y esta fue estadísticamente significativa, entre la profesión de matrona y unos mayores conocimientos y habilidades en LM ($X^2 7.159$; $p: .007$).

En nuestro estudio, no se encontró relación entre haber dado pecho a los hijos propios y unos mayores conocimientos y habilidades en lactancia materna ($p: .094$).

Para estudiar la relación entre la formación en LM durante los años de estudio de la carrera y los conocimientos y habilidades en LM según la calificación obtenida en el cuestionario ECola, se recodificó la variable formación en 2 categorías (formación adecuada y no adecuada) y se obtuvo que no existía relación entre una mayor formación en LM durante los años de estudio de la carrera y la obtención de mejores puntuaciones en el cuestionario ECola (aprobado/suspenso) ($X^2 1.067$, $p: .302$).

Se relacionó la autopercepción de confianza al observar las tomas con las notas del cuestionario Ecola, y se obtuvo que hay relación estadísticamente significativa entre ambas. Aquellos profesionales que tienen una autopercepción de confianza adecuada, obtuvieron mejores puntuaciones en el cuestionario de conocimientos y habilidades en LM. ($X^2 8.872$, $p: .003$).

Discusión

Este estudio incluyó a los profesionales sanitarios del Área III del Servicio de Salud del Principado de Asturias que atienden a las mujeres gestantes, puérperas y a sus recién nacidos en la actualidad, tanto del ámbito de la atención primaria, como de la atención especializada, lo que permite conocer la realidad existente en toda el área a cerca de los conocimientos y habilidades en LM de los profesionales sanitarios implicados.

Los resultados sugieren que los conocimientos y habilidades en lactancia materna del personal de salud del Área III del SESPA que atiende a las mujeres gestantes, puérperas y a sus recién nacidos en la actualidad, es inadecuado de manera global. Otros estudios contemplan una inadecuada preparación y una actitud negativa de los profesionales sanitarios hacia la LM (Leavitt, Martínez, Ortiz & García, 2009; Meaux-Pereda, et al., 2014). Esto tiene una gran importancia, porque está demostrada la influencia que tiene un adecuado consejo y apoyo de los profesionales sanitarios, sobre la decisión de las madres en el tipo de alimentación que dan a sus hijos (Benjumea, Falla & Jurado, 2013; Odeh Susin, Vasquez & Dumith, 2015; Odom, Li, Scanlon, Perrine & Grummer-Strawn, 2014). El personal sanitario está en la mejor posición para orientar y apoyar a la mujer a conseguir una LM exitosa.

En nuestro estudio se establece una relación estadísticamente significativa entre la profesión de matrona y de pediatra y unos mayores conocimientos y habilidades en lactancia materna que las enfermeras no especialistas del área materno-infantil y que los ginecólogos respectivamente, resultados similares a los encontrados en otros estudios (Meaux-Pereda, et al., 2014). Este hecho podría ser explicado porque las enfermeras especialistas en enfermería obstétrica ginecológica tienen una formación adicional en lactancia durante los 2 años de residencia, y porque el tema de la alimentación del infante parece ser que está más desarrollado en la especialidad de pediatría.

En nuestro estudio, al igual que otros autores (Odeh, et al., 2015), no se encontró relación entre la experiencia propia en lactancia y unos mejores conocimientos y habilidades en la misma, en cambio otros estudios sugieren que existe tal relación (Al Nassaj, Al Ward & Al Awqati, 2004).

Los profesionales con una mayor autopercepción de confianza en sus conocimientos, presentaron mejores puntuaciones en el cuestionario. Pero es importante que esta confianza esté basada en un adecuado conocimiento de la fisiología y manejo de la lactancia, el personal sanitario debería de transmitir una información correcta, clara y basada en evidencia científica, pues está demostrado que esto aumenta las tasas de inicio y duración de la misma (Benjumea, et al., 2013; Odom, et al., 2014). Muchos estudios remarcan la importancia de los cursos de formación en lactancia, para que los profesionales consigan unos adecuados conocimientos (Odeh, et al., 2015).

Queda un largo camino por recorrer para mejorar la formación de los profesionales en el conocimiento y manejo de la lactancia. Se necesita el apoyo de las autoridades sanitarias y de las sociedades científicas, para asegurar la capacitación en lactancia de todos los profesionales de salud implicados, mediante una adecuada educación en salud, con el objetivo de promover, proteger y apoyar la lactancia materna como un bien de salud pública.

Este estudio tiene algunas limitaciones. Aunque la participación en el estudio fue anónima y voluntaria, ha podido verse influida por el hecho de que las autoras forman parte de la plantilla profesional del Área donde se desarrolla el mismo. Así mismo el número de participantes en algunas categorías profesionales, es demasiado pequeño.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Al Nassaj, H., Al Ward, N. & Al Awqati, N. (2004). Knowledge, attitudes and sources of information on breastfeeding among medical professionals in Baghdad. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 10(6), 871-878.

Benjumea, R. M. V., Falla, M. N. C. & Jurado, V. L. (2013). Conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores sobre lactancia materna en cinco municipios caldenses. Colombia. *Hacia la Promoción de la Salud*, 18(2), 66-78.

- Dunn, R. L., Kalich, K. A., Henning, M. J. & Fedrizzi, R. (2015). Engaging field-based professionals in a qualitative assessment of barriers and positive contributors to breastfeeding using the social ecological model. *Maternal and child health journal*, 19(1), 6-16.
- Fernández-Vegue, M. G. & Orenga, M. M. (2015). Validación de un cuestionario sobre conocimientos y habilidades en lactancia materna. *Anales De Pediatría*, 83(6), 387-396.
- Leavitt, G., Martínez, S., Ortiz, N. & García, L. (2009). Knowledge about breastfeeding among a group of primary care physicians and residents in Puerto Rico. *Journal of community health*, 34(1), 1-5.
- Meaux-Pereda, L., Dávila-Torres, R. R., Avilés-Pérez, J. & Parrilla-Rodríguez, A. M. (2014). Ginecólogos-obstetras y pediatras: conocimientos y experiencia hacia la lactancia materna. *Puerto Rico health sciences journal*, 18(3), 251-256.
- Odeh Susin, L. R., Vasquez, J. & Dumith, S. C. (2015). Aleitamento materno: estudo comparativo sobre o conhecimento e o manejo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Modelo Tradicional. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, 15(2), 181-191.
- Odom, E. C., Li, R., Scanlon, K. S., Perrine, C. G. & Grummer-Strawn, L. (2014). Association of family and health care provider opinion on infant feeding with mother's breastfeeding decision. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(8), 1203-1207.
- Ramoo, S., Trinh, T. A., Hirst, J. E. & Jeffery, H. E. (2014). Breastfeeding practices in a hospital-based study of Vietnamese women. *Breastfeeding Medicine*, 9(9), 479-485.
- Shifraw, T., Worku, A. & Berhane, Y. (2015). Factors associated exclusive breastfeeding practices of urban women in Addis Ababa public health centers, Ethiopia: a cross sectional study. *International breastfeeding journal*, 10(1), 1.
- World Health Organization & UNICEF. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: World Health Organization.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves V

Session of Oral brief Presentations V

AUTORES/AUTHORS:

Carla Sílvia Fernandes, José Augusto Gomes, Maria Manuela Martins, Margareth Ângelo

TÍTULO/TITLE:

"Family Assessment Instrument. - Give Voice to Caregivers?"

Objective:

Aging and associated chronic diseases, as well as the limitations that this can bring to the individual, associated with the cognitive and functional losses of the advancing age, have been fomenting the need for home care and changes in the daily life of many families (Pedreira & Oliveira, 2012). Family relationships change when a family member presents a health problem, especially when a family member assumes the role of caregiver (Fernandes & Ângelo, 2016). It is widely recognized that the role of caregiver creates physical and emotional pressure on family members during adversity (Coyne et al., 2017).

The family suffers from the presence of the disease and family relationships change when the disease appears and a member ends up assuming the role of caregiver (Fernandes & Ângelo, 2016), often leading to the caregiver's overburden. It is important to emphasize that the caregiver's overburden is not only related to objective issues, arising from the physical act of caring, but also to subjective issues related to family conflicts and changes in the caregiver's routine, such as work abandonment and lack of leisure (Pedreira & Oliveira, 2012). In this context, family assessment conducted by the nurse is considered a crucial step in determining adequate support and guidance for both the patient and the family (Coyne et al., 2017). Although there are many family assessment strategies, there is no consensus as to which is the most appropriate instrument, and what should be the focus of family assessment, namely performance of roles, values, norms, communication, affective involvement and problem solving (Souza et al., 2011). Even though nurses recognize the importance of family assessment, current approaches are heavily structured making it difficult for family involvement (Coyne et al., 2017). So we asked ourselves, and why not a game? The game can improve interaction and information sharing by stimulating the use of new resources (Wouters et al., 2013).

This study aimed to describe the implementation of a playful strategy as instrument for family assessment. The game was used with the purpose of exploring the dynamics of family functioning, enabling its execution in a shorter time.

Methodology:

This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach of the case study type. The game developed is a board game titled "Give Voice to Caregivers". The prototype of the game was applied to a family with a caregiver, consisting of eight elements and with one hour duration. The course of the board retraces the phases in the process of becoming a family caregiver. The objective of the game is to move from the starting point to the finish line. The caregiver is the main player and rolls the dice, moves the marker as many spaces as the dice indicated. According to the colour of the house, purple, green and blue, a card of the respective colour is collected and in it there are questions that will be addressed to the caregiver or family or health professional. The game was recorded, transcribed and the data obtained analyzed. Throughout the course, the ethical principles associated with research were safeguarded, namely obtaining the free and informed consent of the participants.

Results:

The game as an evaluation instrument allowed, through the playful, to collect information about the family. The game was played for an hour. From the analysis of the implementation of the game, family information in the following categories was obtained: instrumental functioning, alliances, emotional communication, verbal communication, nonverbal communication, circular communication, problem solving, roles, influence and power, beliefs, expressive functioning, satisfaction and cohesion. From the evaluation of the game by the family, advantages essentially related to the communication in the familiar system were evidenced, this because through the game "The family will approach themes throughout the game that they may have never approached before, and they will realize what each one thinks (E2)."

Discussion:

This course described the implementation of a game as a family assessment instrument, with communication being the central theme of this experiment. The game cards integrating circular questions, allowed a greater depth of data obtained, namely relationships, or connections between individuals, events, ideas or beliefs, that aim to facilitate change (Wright & Leahey, 2009). We can design

serious games so that players are automatically asked to reflect on their performance during the game (Wouters et al., 2013). Existing family assessment instruments, in addition to being very structured and too closed, hamper the climate of closeness and openness necessary to understand a family and understand the needs of family caregivers. And why a Game? Because it allows you to talk about serious things...Playing!

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Pedreira, Larissa Chaves, & Oliveira, Amanda Maria Souza. (2012). Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(5), 730-736. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500003>
- Wright, I., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca.
- Souza, Joseane de, Abade, Flávia, Silva, Pâmela Migliorini Claudino da e Furtado, Erikson Felipe. (2011). Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 38 (6), 254-259. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000600007>
- Fernandes, C., Ângelo, M. (4 de 2016). Cuidadores familiares: o que eles precisam? Uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 675-682.
- Costa, S. R. D., de Castro, E. A. B., & Acioli, S. (2015). Nursing support for self-care of family caregivers. [Apoio de enfermagem ao autocuidado do cuidador familiar; Apoyo de enfermería al autocuidado del cuidador familiar] *Revista Enfermagem*, 23(2), 197-202. doi:10.12957/reuerj.2015.16494
- Coyne, E., Grafton, E., Reid, A., & Marshall, A. (2017). Understanding family assessment in the Australian context; what are adult oncology nursing practices? *Collegian*, 24(2), 175-182. doi:10.1016/j.colegn.2016.01.001
- Broc, G., Carré, C., Valantin, S., Mollard, E., Blanc, V., & Shankland, R. (2017). Cognitive behavior therapy and positive serious play: A pilot comparative study. [Thérapie cognitive et comportementale et thérapie positive par le jeu : une étude pilote comparative] *Journal De Therapie Comportementale Et Cognitive*, 27(2), 60-69. doi:10.1016/j.jtcc.2016.12.002
- Wouters, P., van Nimwegen, C., van Oostendorp, H., & van Der Spek, E. D. (2013). A meta-analysis of the cognitive and motivational effects of serious games. *Journal of Educational Psychology*, 105(2), 249-265. doi:10.1037/a0031311

AUTORES/AUTHORS:

Elsa Melo, Alexandre Rodrigues, Cátia Pires, Daniela Araujo, Juliana Silva, Liliana Santos, Liliana Silva

TÍTULO/TITLE:

Pressure ulcer in Paediatric Intensive Care Units: an integrative literature review

Background: Pressure ulcer has become an area of concern for health professionals, associated with psychological and physical suffering, increased morbidity, as well as increased costs for health. Studies show that paediatric and neonatal patients in intensive care units (ICU) are at high risk of developing pressure injuries and that this factor may delay the favourable development of their health status.

Objectives: This integrative review of the literature presented aims to: (1) analyse the prevalence of pressure ulcers in paediatric and neonatal intensive care; (2) analyse the incidence of pressure ulcers in paediatric and neonatal intensive care; (3) identify the clinical characteristics associated with the prevalence and incidence of pressure ulcers in paediatric intensive care and neonatal intensive care.

Methodology: We conducted a study of quantitative studies published between 2006-2016 in several databases (Scopus, Medline, Scielo), with full text in portuguese and english. The selection of the articles was performed through a careful process according to the inclusion and exclusion criteria (children with aged between 0-18 years of age, hospitalized in a ICU, with pressure ulcer), analysis of the title, analysis of the abstract and, finally, text. After this process, a quality control scale was applied to the selected articles, in order to evaluate the validity of each of them.

Results: Although there are several variants in the samples used (sample size, ethnicity, age, gender, among others), all studies conclude that the incidence and prevalence of pressure ulcers in paediatric and neonatal intensive care units are a public health problem. A higher incidence of pressure ulcers is observed in children in need of external medical devices, less than two years old and /or with pre-existing conditions.

Conclusions: Nursing practice plays a fundamental role in the prevention of pressure ulcers and nurses should used tools available to assess the risk of developing pressure ulcers in the paediatric area, and to adopt preventive measures in a timely manner. The results show the need for greater investment in research on this subject in paediatric and neonatal units, because although some studies are already available, they are still scarce.

Keywords (pressure ulcer, incidence, prevalence, intensive care unit, paediatric care)

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

García-Molina, P., Balaguer-López, V., Bou, J. E. T. i, Álvarez-Ordiales, A., Quesada-Ramos, C., & Verdú-Soriano, J. (2012). A prospective, longitudinal study to assess use of continuous and reactive low-pressure mattresses to reduce PU incidence in a UTIP. *Ostomy Wound Management*, 58(7), 32–39.

- Habiballah, L., & Tubaishat, A. (2016). The prevalence of pressure ulcers in the paediatric population. *Journal of Tissue Viability*, 25(2), 127–134. <http://doi.org/10.1016/j.jtv.2016.02.001>
- Fujii, K., Sugama, J., Okuwa, M., Sanada, H., & Mizokami, Y. (2010). Incidence and risk factors of pressure ulcers in seven neonatal intensive care units in Japan: a multisite prospective cohort study. *International Wound Journal*, 7(5), 323–328.
- Lu, Y.-F., Yang, Y., Wang, Y., Gao, L.-Q., Qiu, Q., Li, C., & Jin, J. (2015). Predicting pressure ulcer risk with the Braden Q Scale in Chinese pediatric patients in ICU. *Chinese Nursing Research*, 2(1), 1–5. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.cnre.2015.01.002>
- Baharestani, M. M., & Ratliff, C. R. (2007). Pressure Ulcers in Neonates and Children : An NPUAP White Paper. *Wound Care Journal*, 20(4), 208–220.
- Noonan, C., Quigley, S., & Curley, M. (2006). Skin integrity in hospitalized infants and children: a prevalence survey. *Journal Pediatric Nursing*, 21(6), 445–453.
- Schindler, C. A., Mikhailov, T. A., Cashin, S. E., Malin, S., Christensen, M., & Winters, J. M. (2013). Under pressure: Preventing pressure ulcers in critically ill infants. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 18(4), 329–341. <http://doi.org/10.1111/jspn.12043>
- Schindler, C. A., Mikhailov, T. A., Kuhn, E. M., Christopher, J., Conway, P., Ridling, D., ... Simpson, V. S. (2011). Protecting fragile skin: Nursing interventions to decrease development of pressure ulcers in pediatric intensive care. *American Journal of Critical Care*, 20(1), 26–35. <http://doi.org/10.4037/ajcc2011754>

AUTORES/AUTHORS:

Halime Çelik, Remziye Semerci, Melahat Akgün Kostak, Tuba Eren

TÍTULO/TITLE:

Assessment of The Risk of Malnutrition in Pediatric Oncology Patients

Objectives: Malnutrition is caused by improper and unconscious act of nutrition. Malnutrition can occur for many reasons; inadequate nutrient intake, metabolic diseases, infections, cancer, diarrhea, unhealthy behaviors (1-3). Malnutrition is widespread especially in children who are hospitalized. Malnutrition affects both the treatment and the quality of life of a child if the child is followed up with a cancer diagnosis in the hospital (4, 5). The aim of this study is to determine risk of malnutrition in children with cancer and factors that affect these situation.

Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted in November 15, 2016 to January 15, 2017 with 20 children in a Pediatric Oncology unit at university hospital in Edirne, Turkey. Children and their relative were informed about the purpose of the study, after taking verbal permission. A written permission was obtained from Medical Faculty Ethic Commission of Trakya University. Data were collected by "Survey Form", "Screening Tool for Risk on Nutritional Status and Growth (STRONGkids)". STRONGkids scale consist of four questions. STRONGkids scale is subjective assessment tool, and the scale assess presence of high-risk malnutrition, food intake and loss, weight loss or low weight gain and nutritional risk is rated between 0-5 (0-1 score= low risk; 1-3 score= moderate risk; 4-5 score= high risk). The high score showed that high malnutrition risk. Data was analyzed with percentage, mean, chi-square test, spearman correlation analysis, Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis test. $p < 0.05$ was accepted as statistical significance value.

Results: The average age of children was 9.57 ± 5.80 , time of diagnosis was 16.06 ± 24.05 months, %55 of them male and 20% received nutritional support. It was determined 90% of children experienced loss of appetite, 75% experienced smell change, 60% experienced change of taste during stay hospital and 50% of children skipped meals. The average STRONGkids score was 1.2 ± 1.4 , the average height for age z-score was 0.15 ± 1.72 , the average weight for age z-score was 0.17 ± 1.71 , the average BMI (body mass index) for age z-score was 0.28 ± 1.74 , the average age for MUAC (mid upper-arm circumference) z-score was 1.42 ± 1.84 .

There was a negative correlation between children score of STRONGkids and number of received meals ($p < 0.05$). As the childrens' number of received meals increased in a day, children score of STRONGkids was decreased. There was a negative correlation between height-for-age, BMI z score and score of STRONGkids ($p < 0.05$). When the childrens' height-for-age z score and BMI z score was increased, their score of STRONGkids was decreased. It was found a negative correlation between children score of STRONGkids and childrens' waist circumference ($p < 0.05$). When the children score of STRONGkids was increased, the childrens' waist circumference was decreased.

It was significant difference between childrens' BMI z scores and gender ($p < 0.05$). It was significant difference between experienced change of taste, received nutritional support and score of STRONGkids ($p < 0.05$). Children who received 3-6 meals in a day had low score of STRONGkids ($\chi^2 = 14.212$; $p = 0.027$).

Discussion: In this study, risk of malnutrition of children was moderate. Children who had high height for BMI and height for age, who experienced change of taste and who received nutritional support had high score of STRONGkids. Çanga (2013) stated that children with cancer who take medical treatment in hospital experienced changed of taste and these children losed weigth, BMI, MUAC score after the treatment (6). McCarthy et al (2012) stated that low percentile weight for age, reported weight loss, discrepancy between weight and height percentile and recently changed appetite were all identified as predictors of nutrition risk (7). Hulst et al (2010) stated that children who had low weight-for-height z-scores were at malnutrition risk (2). Gholampour et al. (2015) stated that childrens' STRONGkids score did not related their anthropometric data, but they found that 83% of children who stayed hospital had moderate or high nutritional risk according to STRONGkids. Berkley et al. (2005) stated that children who had $MUAC < 11.5$ and

weight for- height z score < -3 had high malnutrition and death risk (8). Huysentruyt et al (2013) stated that STRONGkids scores correlated negatively weight for- height z score (9). In our study we did not find a significant correlation between the risk of malnutrition and duration of hospital stay and also this result showed parallel to other study results (1, 9).

Conclusion: Children's age, weight, situation of received nutritional support, and situation of experienced change of taste affected children's STRONGkids scores. Children who have low score of BMI for age and weight for age z-scores had high STRONGkids scores. Children who received nutritional support and who experienced change of taste during hospitalisation had high STRONGkids scores.

According to this study, it is suggested that nurses take into consideration these factor; children's age, weight, situation of received nutritional support, and situation of experienced change of taste that affect children nutritional status for realignment of nutritional programs.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gholampour Z, Hosseininasab M, Khademi G, Sezavar M, Abdollahpour N, Imani B. Assessment of Nutritional Status Based on STRONGkids Tool in Iranian Hospitalized Children. *International Journal of Child Health and Nutrition*. 2015;4(1):61-6.
2. Hulst JM, Zwart H, Hop WC, Joosten KFM. Dutch national survey to test the STRONG(kids) nutritional risk screening tool in hospitalized children. *Clinical Nutrition*. 2010;29(1):106-11.
3. Joosten KF, Hulst JM. Nutritional screening tools for hospitalized children: methodological considerations. *Clin Nutr*. 2014;33(1):1-5.
4. Akdeniz Kudubes A, Bektas M. Pediatrik Onkoloji Hastalarında Beslenme: Sistematiik Inceleme. *J Pediat Res*. 2016;3(1):1-6.
5. Dinler G. Çocuk Kanser Hastalarında Beslenme. *Journal of Current Pediatrics/Guncel Pediatri*. 2009;7(1):31-36
6. Çanga N. Solid tümörlü çocuklarda kemoterapiye bagli tat degisimi ve beslenme durumlarinin degerlendirilmesi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Saglik Bilimleri Enstitüsü; 2013.
7. McCarthy H, Dixon M, Crabtree I, Eaton-Evans M, McNulty H. The development and evaluation of the Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Paediatrics (STAMP©) for use by healthcare staff. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2012;25(4):311-8.
8. Berkley J, Mwangi I, Griffiths K, Ahmed I, Mithwani S, English M, et al. Assessment of severe malnutrition among hospitalized children in rural Kenya - Comparison of weight for height and mid upper arm circumference. *Jama-J Am Med Assoc*. 2005;294(5):591-7.
9. Huysentruyt K, Alliet P, Muyschont L, Rossignol R, Devreker T, Bontems P, et al. The STRONG(kids) nutritional screening tool in hospitalized children: a validation study. *Nutrition*. 2013;29(11-12):1356-61.

AUTORES/AUTHORS:

SELDA OZTURK, BERNA AKSOY, DUYGU SOYDAS YESILYURT, NIHAN ALTAN SARIKAYA

TÍTULO/TITLE:

AN EVALUATION OF EATING ATTITUDES OF UNIVERSITY STUDENTS'

Objectives: Eating disorders are disorders of eating behavior of a person who affects quality of life negatively, both physical and psychosocial (Freitas et al, 2017). Eating disorders are seen with different prevalence rates in different societies. It has been reported that the changing eating habits, industrialization, increased intercultural communication, and media influence and the prevalence of eating disorders (Hoek, 2006). Studies have shown that high school and university students are among high risk groups in terms of eating disorders (Forbush et al, 2014; Smink et al, 2012). Erol et al. (2002) reported that eating disorders in women were seen by 90% more than men. The causes of eating disorders include familial, psychological, biological, developmental and behavioral causes and life events (Ulas et al, 2013). University students constitute a risk group for both psychosocial challenges and age-related eating disorders. Determining the incidence of eating disorders in university students and their causes will contribute to taking preventive measures. This study was planned to determine the eating attitude characteristics of the university students and the influencing factors.

Methods: This descriptive study was conducted between April-May 2017 with 494 students studying in the Department of Nursing at the College of Health Sciences of a university that agreed to participate in the study. The data were collected using the information form prepared by the researchers and the "Eating Attitude Test (EAT)". EAT is a self report scale developed by Garner and Garfinkel (1979) to assess possible impairment of eating behavior in individuals. The reliability and validity of the scale was assessed by Savasir and Erol (1989), and the Cronbach alpha reliability coefficient was 0.70. EAT is a measure of sixty likert type, consisting of 40 items. The Cronbach alpha value of this study was found to be 0.72. The data were evaluated in the SPSS 21.0 program. In evaluating the data; numbers, percentages, averages, Mann Whitney-U and Kruskal Wallis tests were used. In this study, $p < 0.05$ was considered significance level.

Results: The average age of the participants was 20.8 ± 1.6 , 88.7% were female, 26.9% were studying in the second class, 88.3% were not smoking and 84% were of the core family type. The EAT point average of the students was found to be 15.8 ± 10.8 . 8.1% of the students were found to have an eating disorder. At the same time, it was seen that the score of 5.3% was close to the cut-off score. 86.6% of the students did not have any eating disorder. There was statistically significant difference between gender and eating disorder ($p < 0.005$). According to this, the eating attitude test scores of the women were statistically significantly higher than those of the males. It was determined that class, graduated high school, family type, income level, cigarette use, having its own computer, were not effective in the eating attitude characteristics statistically significant ($p > 0.005$).

Discussion: It was found that 8.1% of the students were eating disorders according to the eating attitude test and similar to other domestic and foreign studies in the literature (Usta et al, 2015, Eisenberg et al, 2011, Lipson and Sonnevile, 2017). In this study, gender was found to be effective on the observation of eating attitude disorder. According to this, it was determined that the eating attitude disorder in females is higher than males. While eating disorders are more common in western societies, eating disorders are now common in eastern societies due to social media influence. Relation between the relative weakness in society and the concept of beauty is also effective. In the study of Lipson and Sonnevile (2011), it was determined that eating disorders were more common in girls than boys. Similarly, Ünalán et al (2009) and Batigün and Utku (2006) found that eating disorders were more common in girls. In this study, it was determined that class, graduated high school, family type, income level, smoking, and having its own computer are not effective in the eating attitude characteristics statistically significant. Similarly, Ünalán et al. (2009) reported that monthly income, family structure, smoking did not affect eating habits.

Conclusion: It was determined that 86.6% of nursing students did not have an eating disorder. It was determined that there was a

difference between eating disorder and gender, and that eating disorders were more common in women.

Key Words: University students, eating disorders, eating attitude

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Freitas D, Oliveira MPM B, Correia F, Pinhao S, Poinhos R. Eating behaviour among nutrition students and social desirability as a confounder. *Appetite* 2017; 113: 187-192.
2. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19: 389-94.
3. Forbush KT, Wildes JE, Humt TK. Gender norms, psychometric properties, and validity for the eating pathology symptoms inventory. *Int J Eat Disord* 2014; 47: 85-91.
4. Smink FRD, Van Hoeken D and Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 406-14.
5. Erol A, Toprak G ve Yazici F. Predicting factors of eating disorders and general psychological symptoms in female college students. *Turkish Journal of Psychiatry* 2002; 13(1): 48-57.
6. Ulas B, Uncu F, Üner S. Prevalence and affecting factors of potential eating disorders among students of health higher education. *Journal of Inonu University Health Sciences* 2013; 2: 15-22.
7. Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979; 9: 273-279.
8. Savasir I, Erol N. Eating attitude index: Anorexia nervosa sign index. *Journal of Psychology* 1989; 7: 19-25.
9. Usta E, Saglam E, Sen S, Aygin D, Sert H. Eating attitudes and obsessive-compulsive symptoms of nursing students. *Journal of Health Science and Profession-HSP* 2015; 2:187-197.
10. Eisenberg D, Nicklett EJ, Roeder K, Kirz NE. Eating disorder symptoms among college students: prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *J Am Coll Health* 2011; 59: 700-707.
11. Lipson SK, Sonnevile KR. Eating disorder symptoms among undergraduate and graduate students at 12 U.S. colleges and universities. *Eating Behaviors* 2017; 24: 81-88.
12. Ünalın D, Öztıp DB, Elmali F, Öztürk A, Konak D, Pirlak B, Günes D. The relationship between the healthy lifestyle behaviors and eating behaviors of a group of health high school students. *Journal of Inonu University Medical Faculty* 2009; 16: 75-81.
13. Batıgün AD, Utku Ç. Examining the relationship between eating attitude and anger in a group of young people. *Turkish Journal of Psychology* 2006; 21: 65-78.

AUTORES/AUTHORS:

SELDA OZTURK, HATICE KAHYAOGU SUT, LEYLA KUCUK

TÍTULO/TITLE:

An Examination of Sexual Functions and Depressive Symptoms among Infertile and Fertile Women

Objective: Infertility is the failure to achieve pregnancy after at least one year of regular unprotected sexual intercourse by couples. According to the World Health Organization (WHO), the rate of infertile couples around the world is approximately between 8 and 12% [1-2]. Fertility, which is very important for human life, causes different emotional reactions in couples [3]. In case of infertility, negative effects such as depression, stress, sensitivity in personal communication and loneliness may occur in the life of couples [4]. Upon examining the literature, it was observed that there was a serious relationship between infertility and mental symptoms [5]. The couples' loss of pleasure and interest in marriage and sexual intercourse and seeing that the pregnancy that they expect each month hopefully does not occur cause intense depressive emotions [6]. Sexual functions and depressive symptoms may frequently be disregarded during the process of infertility treatment since health professionals generally focus on the state of conception. The results of this study will both guide the health professionals working at infertility clinics and contribute to the literature on this subject. In this study, it was aimed to examine the sexual functions and depressive symptoms in infertile and fertile women.

Methods: The data of this descriptive, cross-sectional and comparative study were collected at a university hospital between October 2015 and March 2016. The research sample consisted of infertile women (n=96) who applied to the assisted reproductive techniques centre and fertile women (n=96) who applied to the gynaecology polyclinic of the hospital. The data were collected using the "Information Form", "Beck Depression Scale (BDS)" and "Female Sexual Function Index (FSFI)". The Mann-Whitney U test, Chi-Square test, and Spearman's Correlation analysis were used in the analysis of the data.

Results: It was determined in the study that the rate of incidence of sexual dysfunction among infertile women (87.5%) was significantly higher when compared to fertile women (69.8%) ($p=0.003$). The FSFI total score of infertile women (31.8 ± 7.8) was found to be significantly lower when compared to the FSFI total score of fertile women (35.7 ± 6.3) ($p<0.001$). The scores of the sexual satisfaction (3.4 ± 1.0) and discomfort during sexual intercourse (4.3 ± 1.1) sub-dimensions of the FSFI scale among infertile women were found to be significantly lower when compared to the sexual satisfaction (4.2 ± 0.8) and discomfort during sexual intercourse (5.2 ± 1.1) scores of fertile women ($p<0.001$ for all). However, no significant difference was determined between the frequency of sexual intercourse/libido score of the FSFI scale among infertile women (3.1 ± 0.7) and the frequency of sexual intercourse/libido score (3.2 ± 0.8) of fertile women ($p=0.590$). No significant difference was detected although depressive symptoms among infertile women (29.2%) were more when compared to fertile women (18.8%) ($p=0.091$). No significant difference was found between the BDS total score of infertile women (11.5 ± 9.7) and the BDS total score of fertile women (9.9 ± 9.0) ($p<0.247$).

Discussion: In this study, it was determined that infertile women (87.5%) experienced sexual dysfunction more than fertile women (69.8%). Turan et al. [6] and Mirblouk et al. [7] reported in their studies that there was a decrease in the sexual functions of infertile women. It was determined in the study that the sexual satisfaction that infertile women get from sexual intercourse is significantly lower when compared to fertile women. In their studies, Millheiser et al. [8] reported that the sexual satisfaction of infertile women was worse when compared to fertile women. In the present study, it was determined that infertile women experienced significantly more discomfort during sexual intercourse (dyspareunia) than fertile women. Oskay et al [9] also reported similar results to the results of this study. No significant difference was determined between infertile and fertile women in terms of the frequency of sexual intercourse/loss of libido. Güleç et al. [10] also achieved similar results. In the study, it was determined that infertile women had more depressive symptoms than fertile women, but there was no significant difference between them. Taskin et al. [11] also obtained similar results in their studies. In the study, Benli [12] did not determine a significant difference between the presence of depression symptoms and their rates of prevalence among fertile and infertile women.

Conclusion: As a result of the study, it was determined that the rate of incidence of sexual dysfunction among infertile women was higher than fertile women. Furthermore, it was determined that there was a decrease in sexual functions with the increase in depressive symptoms both among infertile and fertile women.

Keywords Sexual function, Depressive symptom, Infertility, Woman.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Childress, K.J., Lawson, A.K., Ghant, M., Mendoza, G., Cardozo, E.R., Confino, E. et al.: First contact: the intersection of demographics, knowledge, and appraisal of treatment at the initial infertility visit. *Fertility and Sterility* 104(1), 180-187 (2015)
2. World Health Organization. Prevalence of infertility focal point for infertility on behalf of WHO/RHR and HRP (2012)
3. Begum, B.N., Hasan, S.: Psychological problems among women with infertility problem: a comparative study. *Journal of Pakistan Medical Association* 64(11), 1287-1291 (2014)
4. Fahami, F., Pahlavanzadeh, S., Asadi, M.: Efficacy of communication skills training workshop on sexual function in infertile women. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 20(2), 179-183 (2015)
5. Volgsten, H., Svanberg, A.S., Ekselius, L., Lundkvist, O., Poromaa, I.S.: Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility* 93(4), 1088-1096 (2010)
6. Turan, V., Kopuz, A., Özcan, A., Kocakaya, B., Sahin, Ç., Solmaz, U.: Sexual dysfunction in infertile Turkish females: prevalence and risk factors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 182, 128-131 (2014)
7. Mirblouk, F., Asgharnia, M., Solimani, R., Fakor, F., Salamat, F., Mansoori, S.: Comparison of sexual dysfunction in women with infertility and without infertility referred to Al-Zahra Hospital in 2013-2014. *International Journal of Reproductive BioMedicine* 14(2), 117-124 (2016)
8. Millheiser, L.S., Helmer, A.E., Quintero, R.B., Westphal, L.M., Milki, A.A., Lathi, R.B.: Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *Fertility and Sterility* 94(6), 2022-2025 (2010)
9. Oskay, Ü.Y., Beji, N.K., Serdaroglu, H.: The issue of infertility and sexual function in Turkish women. *Sexuality and Disability* 28(2), 71-79 (2010).
10. Güleç, G., Hassa, H., Yalçın, E.G., Yenilmez, Ç.: The effects of infertility on sexual functions and dyadic adjustment in couples that present for infertility treatment. *Turkish Journal of Psychiatry* 22(3), 166-176 (2011).
11. Taskin, M.I., Usta, A., Cüce, Coskun., Adali, E., Arslan, M.: Anxiety, depression and associated factors in infertile women. *European Journal of Health Sciences* 2(3), 79-84 (2016).
12. Benli S. Depression and anxiety among infertile women and related factors. Selçuk University Health Sciences Institute; Master's Thesis, Konya (2010).

AUTORES/AUTHORS:

Melahat Akgün Kostak, Remziye Semerci, Tuba Eren, Gülcan Avci, Filiz Savran

TÍTULO/TITLE:

The Relatives of Children Who Receive Treatment in The Pediatric Oncology Expectations from Nurses

Objectives: The nurse has an important role in this disease process (1). Care is the basic role of the nurses and the nurses must work in a patient-centered while they doing this role (2-4). The nurses should prepare special care plan for the children and they should promote children social-emotional well-being (5, 6). Nurses establish communication with relative to determine their needs and expectations (4). Positive relationships between the children' family with nurses increases the effectiveness of care (7). Therefore, this study was conducted to determine the expectations' relative of children with cancer and whether or not expectations are met.

Metod: The study was descriptive. The study was conducted in November 15, 2016 - January 15, 2017 with 83 relative in Pediatric Oncology unit at university hospital in Edirne, Turkey. Relatives were informed about the purpose of the study, after taking their verbal permission. A written permission was obtained from Medical Faculty Ethic Commision of Trakya University. Data were collected by 'Survey Form' and 'Family Members Perception of The Nurses Role'. The scale is consist of two sub dimensions; 'Expectations from Nurses' and 'Perceived Nursing Practices'. Data were analyzed with frequency, percentage, standard deviation and Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis - Wilcoxon test.

Results: The age of relative was 38.94 ± 10.59 , % 69.9 of them female, %78.3 of relatives were mothers and fathers. The age of children was 9.29 ± 5.47 . The total scale score of the relatives was 103.34 ± 11.03 , the 'Expectations from Nurses' score of relatives was 52.73 ± 5.59 , the 'Family Members Perception of The Nurses Role' scale of relatives was 50.60 ± 8.40 . It was a positive correlation between age of child and relatives of 'Family Members Perception of The Nurses Role' scores ($p=0.011$). It was found a positive correlation between age of child and relative of 'Expectations from Nurses' sub dimensions scores ($p=0.014$). As the age of the child increases, the relatives of children expectations are increases.

It was found that 88% of the relative want to ask questions about their children when they want and 83.1% of the relatives stated that the nurses met this expectation. It was found that 78.3% of the relatives were expecting from the nurses to inform them about their patient' illness, and 63.9% of the relatives stated that the nurses met this expectation. It was found that 75.9% of the relatives were expecting the nurses to trust that the patient could call the hospital when they wanted, and 78.3% of the relatives stated that the nurses met this expectation.

When we asked, "What are your expectations from the nurses?" as open-ended questions to the relatives; 28.9% of them stated that nurses should done what they need to do, 22.9% of them hope for a smile face, and 9.6% of them expected more attention for their children.

Discussion: In this study relatives of children always in expectation from nurses, but relatives stated that nurses met their expectations. In this study, expectations of relatives of the children on nurses were mostly as; 'Nurses should give confidence to ask questions when you want (%88)', 'Nurses should give information to patient about the process of the disease (%78.3)', 'Nurses should give confidence to call the hospital any time for talking to their child (%75.9)'. According to this result we can say that, nurses aware of the expectations of relatives, and nurses met their expectations. In Turkey, Baris and Karabacak (2013) determined that expectations of relatives of the patients on nurses were mostly as: "Let me help take care of the patient" (%92.09); furthermore, expectations of relatives related to their perceptions on nursing practices were mostly as: "Make me feel that I can ask questions" (%93.28) (8). Koyuncu et al (2016) stated that patients relatives encountered various restrictions on visitation, they were informed insufficiently, and they were not fully allowed for their religious and traditional practices for their patients (9). Tortumluoglu et al (2005) determined that people in Erzurum city in Turkey, they generally expect nurses to be understanding, sympathetic, humanistic and smiling face. In Turkey Tosun and Güdücü Tüfekçi (2015) stated that children' mothers want to do participate their children care and nurses met this

expectation, and the same study mothers want to share their concern about their children disease and mothers stated that nurses met this expectation (1).

In this study, it was determined that as the age of the child increases, the relatives of children expectations are increases. We can say that relatives who have older child afraid to lose their child, because of this, they hope to met their expectations.

Conclusion: As a results, it was determined that relatives of children' expectations from nurses are taking information about their child, asking questions about their children disease when you want, assisting to care of children, always staying their child. Age of children affect relative expectations in the study. It is important to understand need of the children' relatives and to met their expectation.

Because of this we recommend that more comprehensive studies be done to determine relative expectations.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Tosun A, Tüfekçi FG. Çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarının incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2015;18(2):131-139.
2. Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2016;24: e2753.
3. Nguyen TK, Bauman GS, Watling CJ, Hahn K. Patient- and family-centered care: a qualitative exploration of oncologist perspectives. *Support Care Cancer*. 2016:1-7.
4. Taylan S, Alan S, Kadioglu S. Roles of nursing and autonomy. *Journal of Research and Development in Nursing*. 2012; 14(3):66-74.
5. Sahin Yılmaz S, Dal Ü, Vural G. Yanikli Hastaların Hemsirelerden Beklentileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2014;13(1):37-46.
6. Magnusson DM, Mistry KB. Racial and Ethnic Disparities in Unmet Need for Pediatric Therapy Services: The Role of Family-Centered Care. *Acad Pediatr*. 2016;17(1):27-33.
7. Clay A, Parsh B. Patient-and Family-Centered Care: It's Not Just for Pediatrics Anymore. *AMA Journal of Ethics*. 2015;18(1):40-4.
8. Baris N, Karabacak Ü. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Yakınlarının Hemsirenin Rolünü Algılamaları. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*. 2013;3(3):131-7.
9. Koyuncu A, Eti Aslan F, Yava A, Çınar D, Olgun N. Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören terminal dönemdeki hastaların yakınlarının hasta ziyaretinden beklentileri, *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahi Dergisi*, 2016;24(1):68-75.

AUTORES/AUTHORS:

Nihan ALTAN SARIKAYA, Sevim BUZLU, Güzide Tuna YENER ÖRÜM

TÍTULO/TITLE:

The Effect of an Emotional Development Psycho-training Program on Emotion Management Skills and Caregiver Burden

Objectives: Mental disorders are chronic diseases that have effects on cognitive, emotional and behavioural aspects of patient's life and are increasing all over the World (1). Most of the patients with psychiatric illnesses need to live with their families after being discharged from the hospital due to the specific features of the diseases. This situation can change the structure of the family and the role of family members. Family members who is responsible for the care of the patient can have complicated feelings such as stress, guilt, helplessness, hopelessness and these feelings can end up with caregiver burden (2,3,4) This is a randomized control group experimental study with repeated measurements intended to determine the effect of an Emotional Development Psycho-training Program (EDPP) administered to caregivers of psychiatric patients on emotion management skills and caregiver burden.

Methods: The sample included 61 caregivers (experimental:31, control:30) registered at Community Mental Health Centers directed by Bakirköy Prof. Dr. Mazhar Osman Psychiatric Research and Training Hospital who met the inclusion criteria. The EDPP was implemented one session a week for nine consecutive weeks. The data were collected before and after the program and three months later using patient relative information form (pretest and posttest), Emotion Management Skills Scale and Caregiver Burden Inventory. The data were analyzed using descriptive analysis, chi square test, independent groups t test, repeated measurements one-way ANOVA, repeated measurements two-way ANOVA and Bonferroni corrected paired samples t test.

Results: Before the EDPP, personal characteristics of caregivers were similar, and there was no significant difference between their mean scores on the Emotion Management Skills Scale and Caregiver Burden Inventory. After the program and monitoring, there was a significant improvement in experimental group's emotion management skills, verbal expression of emotions, exact reflection of emotions, controlling negative body reactions, and coping and anger management skills. There was also significant decrease in their caregiver burden and emotional burden mean scores ($p < 0.05$).

Discussion: Considering the difficulties that the caregivers of psychiatric patients experience, it is hard for them to protect their mental wellbeing. The skills of awareness and verbal expression of their feelings will help caregivers remain healthy. In the literature generally a single emotion such as anger or anxiety and the management of it was studied. Coon et al. (2003) gave psychoeducation skills training for caregivers of Alzheimer patients to evaluate the effect of training on the management of anger and depression and found that psychoeducation reduces the level of anger and depression (5). Özdemir and Çivitçi (2016) assed the effects of anger control training applied to university students on continuous anger, anger control, and life satisfaction, and reported that education reduced persistent anger, increased anger control and life satisfaction (6). Emotional Development Psycho-training Program in our study has helped caregivers to feel emotionally better by giving them the awareness of the feelings that they have suppressed, teaching them to express their emotions that they couldn't say and the way of managing their feelings. Continuous and regular EDPP in Community Mental Health Centers can effectively improves the emotion management skills of psychiatric patients' caregivers and reduces caregiver burden.

Key words: Caregiver, burden of caregiver, Emotional Management, Psychoeducation, Mental Illness

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Manderscheid, RW. Ryff, CD. Freeman, EJ. McKnight-Eily, LR. Dhingra, S. & Strine, TW. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. Preventing Chronic Disease, 7, 1.
2. Babacan Gümüş, A. (2006). Șizofrenide hasta ve ailelerin yașadigi güçlükler, psikoegitim ve hemsirelik. Hemșirelikte Araștirma Geliștirme Dergisi,1(2).

3. Weimand, B.M. (2012). Experiences and Nursing Support of Relatives of Persons with Severe Mental Illness. Karlstad University Studies. Sweden: Karlstad.
4. Zegwaard, M.I., Aartsen, M.J., Grypdonck, M.H.F., & Cuijpers, P. (2013). Differences in impact of long term caregiving for mentally ill older adults on the daily life of informal caregivers: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 13, 103.
5. Coon, D.W., Thompson, L., Steffen, A., Sorocco, K., & Gallagher-Thompson, D. (2003). Anger and depression management: psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *The Gerontologist*, 43(5), 678-689.
6. Özdemir, E., & Çivitci, A. (2016). Öfke kontrolü eğitiminin üniversite öğrencilerinin sürekli öfke, öfke kontrolü ve yaşam doyumlari üzerindeki etkisi. *The Journal of International Social Research*, 9(44), 945-951.

AUTORES/AUTHORS:

Seda Kurt, Serap Ünsar, Sibel Demirci, Hüsna Cebeci, Ümmühan Arslan

TÍTULO/TITLE:

Attitudes Towards Evidence-Based Nursing in Nurses who had Different Generation

Evidence-based nursing is described as a process in which nurses make decisions in care environments using their clinical experiences, patient choices and the best available evidences in accordance with the sources obtained after systemic researches (Kocaman 2003; DiCenso et al.. 2005).

Making decisions based on scientific knowledge is the most definitive element in professionalizing the nursing occupation which comprises different generations. Every generation has its own peculiar characteristics, values and attitudes, strengths and weaknesses. Thus, the importance given to scientific researches needs to be evaluated among the generations (Adigüzel et al. 2014; Karadas et al. 2015; Babadag, Kara 2004; Karagözoglu 2005; Kelleci et al. 2008; Kocaman 2003).

Aim

The study was planned to determine the attitudes towards evidence-based nursing in nurses who had different generation and affecting factors.

Materials and method

The population of the study includes 480 nurses working at Trakya University Medical Faculty Hospital and 120 nurses, who volunteered to participate in the study, constitute the sample of the study. Data were collected on 16th – 30th January 2017 after necessary permissions had been obtained.

Study data were obtained via “Personal Information Form” consisting of 15 questions, which were prepared in accordance with the literature, and “Evidence-Based Nursing Attitude Scale”, which was developed by Ayhan et. al. and consists of 15 questions.

Evidence-Based Nursing Attitude Scale is a 5-point likert scale and has 3 sub-dimensions, which are Beliefs and Expectations for Evidence-Based Nursing Sub-dimension, Intention of Evidence-Based Application Sub-dimension and Emotions Regarding Evidence-Based Nursing Sub-dimension. As the score obtained from the scale increases, the attitude towards the evidence-based nursing also increases.

Statistical analysis

Data were analyzed in SPSS 22.0; via percentage, mean, student t test, one-way ANOVA test.

Findings

The average age of the nurses participating in the study is 35.10 ± 7.56 , 90.8% are female, 55.8% are from Y-generation, 73.3% are married, 40.8% have a child and 50% have a bachelor's degree. 54.2% of the nurses are working in the surgical department, 73.3% are working as ward nurses and 55% are working in shifts. 60% of the nurses have been working for 11 years and more, 81% are content with their jobs and 35.8% read nursing related journals. Also, 75% of the nurses have attended nursing related events (seminar, congress, symposium etc.) and 40.8% have carried out scientific researches after graduation.

Looking at the X and Y-generation nurses' attitude towards the evidence-based nursing it was found statistically significant that emotions sub-scale scores of the Y-generation nurses are higher comparing X-generation nurses' scores ($p=0.048$).

Comparing the attendance of the nurses participating the study to the scientific events and their attitude towards the evidence-based nursing, the attitude of the nurses, who carry out researches ($p=0.002$), read journals ($p=0.030$), attend scientific events ($p=0.001$) was found to be higher at a statistically significant level. The attitude of the nurses, who attend scientific events, towards the evidence-based nursing was higher than that of nurses, who do not attend any scientific events. Also, the attitude of the nurses, who work in shifts ($p=0.034$) and do master's degree ($p=0.005$), towards the evidence-based nursing was found to be higher at a statistically significant level.

Conclusion and suggestions

It was detected that Y-generation nurses have positive feelings towards the importance given to the evidence-based nursing and its benefits in clinical usage. It was found out that nurses', who participated in the study, attendance to nursing related events and their high educational status have affected nurses' thoughts about the evidence-based nursing positively.

In accordance with these results, in order to provide an efficient service in patient care and improve the quality accordingly it can be suggested that theoretical knowledge and practices on the evidence-based nursing should be extended and events such as symposiums etc. should be organized.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Adigüzel O, Batur H.Z, Eksili N. (2014) Kusakların Değişen Yüzü ve Y Kusagi ile Ortaya Çıkan Yeni Çalışma Tarzi: Mobil Yakalılar, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1(19):172-173.
2. Ayhan Y, Bektas M, Kocaman G. (2015) Kanita Dayali Hemsirelige Yönelik Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlamasi: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, Hemsirelikte Arastırma Gelistirme Dergisi, 17(2,3):21-35.
3. Babadag K, Kara M. (2004) Kanita Dayali Hemsirelik ve Mesleklesme, Atatürk Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 15:2.
4. DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. (1998) Implementing Evidence-Based Nursing: Some Misconceptions. Evidence-based Nursing, 1 (2): 38-40.
5. Karadas C, Özdemir L. (2015) Hemsirelik Öğrencilerinin Arastirmaya Yönelik Farkindalik ve Tutumlarının Degerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi Dergisi, 30-39.
6. Karagözoglu S. (2005) Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemsirelik, Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 9:1
7. Kelleci M, Gölbası Z, Yılmaz M, Dogan S. (2008) Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemsirelerin Arastırma Yapma ve Arastırma Sonuçlarını Bakımda Kullanma İle İlgili Görüşlerinin İncelenmesi. Hemsirelikte Arastırma Gelis-tirme Dergisi, 2, 3-16.
8. Kocaman G, (2003) Hemsirelikte Kanita Dayali Uygulama, Hemsirelikte Arastırma Gelistirme Dergisi, 2: 61-63.
9. Stetler, C.B. Brunell, M. Giuliano, K.K. et al. (1998a) Evidence-Based Practice and the Role of Nursing Leadership . JONA, 28 (7/8): 45-53.
10. Yava A. ve ark. (2007) Hemsirelerin Arastırma sonuçlarını Kullanımında engeller Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirliđi. Gülhane Tıp Dergisi, 49: 72-80.

AUTORES/AUTHORS:

Elsa Melo, Alexandre Rodrigues, Filipa Alves, Raquel Lima, Catarina Fontes, Andreia Queiros, Ariadna Diaz

TÍTULO/TITLE:

Parents perception of the transition of the newborn from intensive care to the home: an integrative review of the litera

Background: Premature birth refers to a situation of mourning by the parents of the idealized baby and postpones the beginning of the exercise of expected parenthood, due to the need for hospitalization. Parenting in prematurity is a crisis situation in the family life cycle, which requires adaptation mechanisms and resources. Understanding parents' needs at hospital discharge is essential for planning interventions that result in effective parenting and consequent health promotion.

Objectives: To identify facilitating and difficulty factors perceived by the parents in preparation for discharge from a NICU; to describe the perception of parents about the factors facilitating and difficulties in moving home.

Methodology: The research was carried out in the databases Scielo, PubMed, and Science Direct, limited to the period between January 2011 and February 2017, in accordance with the established inclusion criteria: parents of premature new born hospitalized from a NICU , parents with discharge of the NICU and studies about parents needs and experiences The quality of the articles was evaluated based on the Kmet Scale, and 5 studies using qualitative methodology were selected, exploring the parents' perception of this transition experience.

Main results: The results show that the parents of premature infants identified three types of transition factors which present difficulties: uncertainty and fear about the child's future, lack of resources and fear of not being able to manage the situation at home; Difficulty in relying on the outpatient health team for the complex care they feel the baby needs at home; and the adaptation to everyday life, particularly in work versus family management, namely social isolation, marital disputes, sleep deprivation, fatigue and lack of confidence and knowledge to assume the caregiver role.

They also recognized 3 facilitating factors in this transition process: the controlled environment of the NICU, which allows for interaction and learning of baby care; the possibility of coping strategies developed by parents; and interpersonal relationships with health professionals that facilitate learning of caregiving.

Conclusions: Nurses contribute unequivocally to the success of discharge and transition from a health unit to at home care; adequate support is essential throughout the process, so that difficulties become opportunities for learning and ensuring the better conditions for parenting.

Keywords: Intensive Care Units Neonatal (NICU); Patient Discharge; Preterm; Parents; Parenthood; Perception; Experiences.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Stacey, S., Osborn, M., & Salkovskis, P. (2015). Life is a rollercoaster...What helps parents cope with the Neonatal Intensive Care Unit (NICU)? *Journal of Neonatal Nursing*, 21(4), 136–141. <http://doi.org/10.1016/j.jnn.2015.04.006>

Burnham, N., Feeley, N., & Sherrard, K. (2013). Parents' Perceptions Regarding Readiness for Their Infant's Discharge from the

NICU. Neonatal Network: The Journal of Neonatal Nursing, 32(5), 324–334. <http://doi.org/10.1891/0730-0832.32.5.324>

Toral-lópez, I., Fernández-alcántara, M., González-carrión, P., Cruz-quintana, F., Rivas-campos, A., & Pérez-marfil, N. (2016). Needs Perceived by Parents of Preterm Infants : Integrating Care Into the Early Discharge Process 1. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(2), e99–e108. <http://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.09.007>

Garfield, C. F., Lee, Y., & Kim, H. N. (2014). Paternal and Maternal Concerns for Their Very Low-Birth-Weight Infants Transitioning From the NICU to Home. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 28(4), 305–312. <http://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000021>

Boycova, M. (2016). Life After Discharge: What Parents of Preterm Infants Say About Their Transition to Home. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(2), 58–65. <http://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.03.002>

Boykova, M. (2016). *Newborn & Infant Nursing Reviews* Life After Discharge : What Parents of Preterm Infants Say About Their Transition to Home. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(2), 58–65. <http://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.03.002>

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VI

Session of Oral Brief Presentations VI

AUTORES/AUTHORS:

Claudia Bernabéu Álvarez, Marta Lima Serrano, Joaquín Salvador Lima Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

¿INFLUYEN LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA EN LA SOBRECARGA Y CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES?

OBJETIVOS:

El envejecimiento progresivo de la población ha dado lugar a un aumento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades neurológicas incapacitantes, como Parkinson y Alzheimer. Esto repercute en la calidad de vida de los cuidadores familiares y en el nivel de sobrecarga que soportan. Frente a esta dificultad, las personas necesitan compartir un mismo problema, dar y recibir apoyo y contrastar opiniones. Esto puede conseguirse a través de los grupos de ayuda mutua (GAM). Se propuso conocer la sobrecarga y la calidad de vida percibida por cuidadores de familiares que padecen enfermedades incapacitantes tras participar en GAM.

MÉTODO:

Estudio preexperimental sobre una muestra de 26 cuidadores familiares de personas dependientes, que acuden a GAM de Sevilla y Cádiz. Se recogieron variables sociodemográficas y las incluidas en el Índice de Esfuerzo del Cuidador y el cuestionario EuroQol-5D de calidad de vida relacionada con la salud, centrándose en la salud percibida y en la dimensión Ansiedad/Depresión. También se utilizó el índice de Barthel para valorar el nivel de dependencia de las personas receptoras de cuidados. Se realizó un análisis descriptivo de los datos, a través del programa SPSS. El estudio forma parte de una tesis doctoral, llevado a cabo en el ámbito de la atención primaria/comunitaria, emplazado tanto en medio urbano, como rural.

RESULTADOS:

La edad media de la población de estudio es de 64 años. El 57'7% de la muestra son mujeres. La principal ocupación de estas personas es cuidar a un familiar (padre/madre, hijo/a, tío/a, cónyuge) dependiente a causa de patologías como Enfermedad de Parkinson y demencia tipo Alzheimer. En cuanto al IEC, el 53'8% de la muestra presentó sobreesfuerzo en el pretest, y se mantiene esta cifra en el postest. El cuestionario EurQol-5D reveló que el 38'5% de los cuidadores percibían una mala calidad de vida relacionada con la salud al inicio, frente al 27'7% del postest. Además, los resultados obtenidos en el pretest en cuanto a la dimensión "ansiedad/depresión" fueron que el 15'4% de ellos se encontraban muy ansiosos o deprimidos, el 53'8% moderadamente y el 30'8% nada, mientras que en el postest el 34'8% señaló que se encontraba moderadamente ansioso o deprimido, el 17'4% mucho y el 47'8% restante, nada. En cuanto al Barthel, el 15'4% de las personas receptoras del cuidado presentaron dependencia total, el 46'15% severa, el 34'6% moderada y el 3'85% escasa en el pretest. Sin embargo, en el postest, el 30'4% era total, el 39'1% severa y el 30'4% moderada.

DISCUSIÓN:

Se puede concluir en que la sobrecarga de los cuidadores permanece inalterada tras la participación en GAM, mientras que la percepción de la calidad de vida mejora y hay un mayor número de cuidadores que no se encuentran ansiosos o deprimidos en el postest.

Creemos que la sobrecarga está directamente relacionada con la dependencia del receptor de cuidados, aumentando ésta en el postest.

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 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.

AUTORES/AUTHORS:

Margarita Perez-Cruz, Maria de los Ángeles Muñoz-Martinez, Laura Parra-Anguita, Inmaculada Sánchez -García

TÍTULO/TITLE:

NECESIDADES BÁSICAS ATENDIDAS POR LAS CUIDADORAS HOSPITALARIAS

OBJETIVOS

- 1) Identificar las características de las personas cuidadoras familiares de mayores dependientes en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Medicina Interna, Cuidados paliativos y pluripatológicos del Complejo Hospitalario de Jaén (CHJ).
- 2) Describir las necesidades básicas atendidas por dichas personas cuidadoras.

METODOS.

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Población. Personas cuidadoras familiares de mayores dependientes ingresadas en la UGC de Medicina Interna, Cuidados Paliativos y Pluripatológicos del CHJ; muestreo no probabilístico de conveniencia (personas cuidadoras y sus familiares mayores dependientes, ingresados en el segundo semestre de 2016), tamaño muestral: 270 (precisión del 5,8% para la estimación de una proporción con una prevalencia esperada del 50% y de ± 2 para la estimación de una media, con una desviación típica de hasta 20 unidades).

Variables. a) Variables sociodemográficas de la persona cuidadora: edad, sexo, parentesco (cónyuge, hija/o y otros), nivel de estudios (no lee ni escribe, sin estudios, primarios, secundarios, superiores), situación laboral, trabajo fuera de casa, residencia en común y antigüedad en el cuidado. b) Necesidades básicas atendidas por las personas cuidadoras familiares durante el ingreso de la persona mayor dependiente.

Recogida de datos. Mediante entrevista estructurada.

Análisis de los datos. Cálculo de porcentajes, medias y desviaciones típicas, así como de los correspondientes intervalos de confianza (IC) al 95% de porcentajes y medias; cálculos con SPSS v. 19.0, excepto para los IC de proporciones que se realiza con EpiDat 3.1.

RESULTADOS.

Caracterización de la muestra. El perfil de las personas cuidadoras familiares de personas mayores dependientes en la UGC de Medicina interna, Cuidados Paliativos y Pluripatológicos del CHJ es el siguiente: edad media de 58 ($\pm 12,79$) años, mujer 87%, hija 54% y cónyuge 38%. Un 54% son amas de casas. Comparten el domicilio con la persona cuidada en el 68% de los casos, y la antigüedad en el cuidado es de 38,77 ($\pm 47,68$) meses.

Necesidades básicas atendidas en el hospital. Alimentación, el 83% (IC: 78,70 - 87,96); Control vesical, un 83% (IC: 78,29 - 87,63); Aseo personal, un 73% (IC: 67,48 - 78,44); Empleo ducha o baño, un 69% (IC: 63,18 - 74,59); Control anal, el 54% (IC: 47,57 - 59,83); Uso del retrete, el 46% (IC: 39,79 - 52,05); Vestirse, el 34% (IC: 28,23 - 39,91); Traslado cama-sillón, un 15% (IC: 11,04 - 20,06); Desplazamientos, el 6% (IC: 3,21 - 9,37); Subir/bajar escaleras, un 4% (IC: 1,26 - 6,14).

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Los estudios centrados en las personas cuidadoras en el contexto hospitalario español son escasos.

El perfil tipo de la persona cuidadora en la UGC de Medicina Interna, Cuidados Paliativos y Pluripatológicos del CHJ, se aproxima a los trabajos realizados por Costa Requena et al.(1), Navarro Arquelladas(2), Villar et al.(3), López-Casanova et al.(4) y Quero Rufián et al.(5). Todos ellos llevados a cabo en el ámbito hospitalario. No obstante los resultados obtenidos por López-Casanova et al.(4) y

Quero Rufián et al.(5) los tomamos con cautela ya que los primeros autores no describen el perfil de la persona mayor dependiente estudiada y posria no ajustarse a nuestra muestra estudiada, y los segundos encuentran una media de edad tanto de pacientes como de cuidadoras bastante inferior al nuestro (51 años y 49 años respectivamente) debido a que estudian a pacientes adultos y no estudian a pacientes dependientes. Por otra parte, el perfil de las cuidadoras familiares de nuestro estudio también es similar al recogido en el informe del IMSERSO sobre cuidados a las personas mayores en los hogares españoles de 2004(6). Por tanto, nuestra muestra podría considerarse altamente representativa de las personas cuidadoras de mayores dependientes en España, lo que refuerza la validez externa de este estudio. Con respecto a las necesidades atendidas en el hospital por dichas personas cuidadoras, nuestros resultados son coincidentes con los hallados por López-Casanova et al.(4), tanto en las actividades más realizadas, como en las menos atendidas que son aquellas que requieren esfuerzo físico para llevarlas a cabo, y justifican que posiblemente se obvие la realización de estas necesidades por la seguridad del mayor dependiente y de la persona cuidadora. Así mismo, coinciden con los hallazgos de Quero Rufián et al.(5), los cuales encuentran que las actividades realizadas con más frecuencia son: alimentar al paciente y vestirlo, y las menos realizadas son las de aseo personal. En nuestro estudio, la necesidad de aseo es de las más realizadas, esto podría justificarse por la edad de nuestros pacientes (80 años).

Los resultados anteriores permiten: 1) Conocer el perfil de las personas cuidadoras hospitalarias de mayores dependientes, así como la necesidad de que los profesionales de la salud las tengan en cuenta a la hora de gestionar los cuidados hospitalarios de los mayores dependientes. 2) Dada la escasez de estudios sobre dichas personas cuidadoras en el ámbito hospitalario, es necesario seguir investigando sobre el tema para darles visibilidad, y reconocer las actividades que realizan para que sean tenidas en cuenta como clientes por el sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Costa-Requena G, Cristofol R, Canete J. Caregivers' morbidity in palliative care unit: predicting by gender, age, burden and self-esteem. *Support Care Cancer*. 2012; 20(7):1465-70.
2. Navarro Arquelladas MA. Relación entre personalidad, sobrecarga y estrategias de afrontamiento en cuidadoras de pacientes mayores dependientes en el área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla 2011; Mar-Abr. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE51_original_apocuid.pdf
3. Villar Dávila R, Pancorbo Hidalgo PL, Jiménez Díaz MdC, Cruz Lendínez A, García Ramiro P. Qué hace el cuidador familiar en el hospital: Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. *Gerokomos*. 2012; 23:7-14.
4. López-Casanova P, Rodríguez-Palma M, Herrero-Díaz MA. Perfil social de los cuidadores familiares de pacientes dependientes ingresados en el Hospital General Universitario de Elche. *Gerokomos*. 2009; 20(4):167-71.
5. Quero Rufián A, Briones Gómez R, Prieto Rodríguez MÁ, Navarro López A, Pascual Martínez N, Guerrero Ruiz C. Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación. *Nure investigación*. 2004; 1(9).
6. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid: IMSERSO; 2005.

AUTORES/AUTHORS:

Gerard Mora-López, Carmen Berbís Morelló, Pilar Montesó-Curto, Mar Lleixà Fortuño, María Isabel Font Jimenez, Estrella Martínez Segura, Carme Ferré-Grau

TÍTULO/TITLE:

Reconstrucción de la vida cotidiana de los postcuidadores familiares. Estudio cualitativo.

1. Objetivos:

El objetivo principal es conocer y analizar los sentimientos, percepciones y prácticas de los postcuidadores familiares en la reconstrucción de su vida cotidiana.

2. Métodos: Estudio cualitativo enmarcado en la Teoría Fundamentada. Para ello se realizaron entrevistas en profundidad a 14 post-cuidadores que habían cuidado durante más de 2 años a su familiar y hacía más de 2 que habían dejado de cuidarlo. Los informantes se obtuvieron a partir de fuentes propias, de los profesionales de atención primaria y de las asociaciones de enfermos y familiares. Dicho estudio se enmarca en las provincias de Tarragona y Barcelona. El análisis de los datos se realizó bajo la Teoría Fundamentada y se siguió el principio de saturación de información. Para la triangulación de datos se contó con la colaboración de un grupo multidisciplinar de expertos. El presente estudio cuenta con la aprobación del CEIC del IDIAP Jordi Gol.

3. Resultados: En el análisis de datos se obtuvieron 3 grandes categorías: La vida de cuidador, la transición a la vida de post-cuidador y la reconstrucción de la vida como post-cuidador, con sus correspondientes sub-categorías. Todos los informantes refirieron un vacío, compuesto por un factor emocional relacionado con el duelo y la modificación de los roles, y por otro lado por un factor instrumental compuesto por el aumento del tiempo libre, del aumento del espacio físico y la pérdida de la rutina del cuidar.

Cabe destacar que la transición hacia la vida cotidiana del post-cuidar dura aproximadamente tres años, y va más allá del duelo.

4. Discusión: Los postcuidadores familiares viven una transición en la reconstrucción de su vida cotidiana donde el soporte por parte de los profesionales es fundamental. Los resultados de este estudio muestran diferencias respecto a otros trabajos como el de Larkin (2010) y Cronin, et al (2015) dado que en nuestros informantes el vacío es uno de los elementos más característicos de la transición. De los resultados surgen algunas implicaciones para la práctica clínica como son la creación de un programa que involucre a postcuidadores familiares en la ayuda a nuevos cuidadores, así como el desarrollo de un instrumento de valoración de los postcuidadores familiares para poder ofrecer una atención de enfermería integral.

El presente estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cronin, P., Hynes, G., Breen, M., McCarron, M., McCallion, P., & O'Sullivan, L. (2015). Between worlds: the experiences and needs of former family carers. *Health and Social Care in the Community*, 23(1), 88–96.
- Dantas, C. D. C., Leite, J. L., Soares de Lima, S. B., & Stipp, M. (2009). Teoria fundamentada en los datos- aspectos conceptuales y operacionales: metodología posible de ser aplicada en la investigación en enfermería. *Latino-Am Enfermagem*, 17(4). Retrieved from www.eerp.usp.br/rlae
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Adline Publishing Company.
- Juozapavicius, K. P. (2001). A reflective study of Alzheimer's caregivers. *Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 16(1), 11–20.
- Hash, K. (2006). Caregiving and former caregiving experiences of midlife and older gay men and lesbians. *Journal of Gerontological Social Work*, 47(3/4), 121–38.

- Kim, Y. (2009). Korean-American family formercaregivers on dementia caregiving: a phenomenological inquiry. *Journal of Gerontological Social Work*, 52(October 2007), 600–617. <http://doi.org/10.1080/01634370903048352>
- Larkin, M. (2009). Life after caring: the formercaring experiences of former carers. *British Journal of Social Work*, 39(6), 1026–42.
- Ling, S., Chen, M., Li, C., Chang, W., Shen, W., & Tang, S. (2013). Trajectory and influencing factors of depressive symptoms in family caregivers before and after the death of terminally ill patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 40(1), 32–40.
- McGartland, D., Berg-Weger, M., Tebb, Susan, S., & Parnell, L. (2001). Comparing the well-being on formercaregivers and noncaregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias.*, 16(2), 97–101.

AUTORES/AUTHORS:

Esperanza Zuriguel-Pérez, Teresa Lluch-Canut, Anna Falcó-Pegueroles, Juan Roldán-Merino, Sandra Agustino-Rodríguez, María del Carmen Gómez-Martín

TÍTULO/TITLE:

Niveles de pensamiento crítico de las enfermeras según variables sociodemográficas y profesionales en el contexto clínico

Objetivo: Explorar la asociación entre características sociodemográficas y profesionales de las enfermeras y el nivel de habilidades de pensamiento crítico en la práctica clínica.

Metodología: Fue llevado a cabo un estudio correlacional descriptivo entre marzo y abril de 2015 en una muestra de 339 enfermeras de unidades de hospitalización médicas, quirúrgicas y de cuidados críticos, de un hospital de Barcelona. Para la selección de los profesionales se realizó un muestreo estratificado con afijación proporcional por unidades. Se recogieron los datos utilizando el Cuestionario de Evaluación del Pensamiento Crítico en la Práctica Enfermera (CuPCPE), previamente diseñado y validado para evaluar el nivel de habilidades de pensamiento crítico en enfermeras en la práctica clínica y un formulario construido ad hoc para recoger las características sociodemográficas y profesionales. Los datos se analizaron utilizando procedimientos estadísticos bivariantes.

Resultados: La mayor parte de la muestra fueron mujeres (87.0%) y el promedio de edad fue de 44 años (SD 11.1, rango 22-52). Las enfermeras con más de 21 años de experiencia (45.1%) trabajaban en unidades médico quirúrgicas (43.1%). La mitad de las enfermeras habían recibido formación postgraduada (51.0%) y la mayoría trabajaban a tiempo completo (64.6%).

El nivel de habilidades de pensamiento crítico de las enfermeras fue moderado con una puntuación media de 362 (DE = 33.4; [88-456]). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < .001$) entre los niveles de habilidades de pensamiento crítico y la edad, los años de experiencia profesional, la unidad asistencial, los años de experiencia en la misma unidad asistencial, el turno laboral, el tipo de contrato laboral y el nivel académico. Sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo ($p = .306$).

En este sentido obtuvieron un nivel de pensamiento crítico más alto los profesionales entre 52 y 65 años con una puntuación media de 360.6 (DE 35.9); enfermeras de cuidados semicríticos con puntuación media de 358.4 (DE 32.2); enfermeras con una experiencia laboral entre 11 y 15 años con una puntuación media de 359.5 (DE 30.4) y enfermeras con una experiencia laboral en la misma unidad asistencial de más de 21 años, con una puntuación media de 361.1 (DE 30.7). Por turno laboral, los niveles más altos fueron en enfermeras con turno de 7h mañana con una puntuación media de 367.3 (DE 31.5) y con contrato laboral fijo con una puntuación media de 357.9 (DE 33.9). Respecto al nivel académico, las enfermeras con formación de máster o postgrado obtuvieron una puntuación media de 357.4 (DE 32.5).

Discusión: Este estudio aporta evidencia sobre el pensamiento crítico de las enfermeras en la práctica clínica, identificando aquellos factores sociodemográficos y profesionales asociados con las habilidades de pensamiento crítico.

Implicación en la práctica: Identificar las variables de influencia en las habilidades de pensamiento crítico puede ayudar a las líderes enfermeras a implementar estrategias para aumentar esta competencia profesional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Zuriguel-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: 10.1111/ijn.12347.

Zuriguel-Pérez, E., Falcó-Pegueroles, A., Roldán-Merino, J., Agustino-Rodríguez, S., Gómez-Martín, MC. & Lluch-Canut, M. T.

Development and psychometric properties of the Nursing Critical Thinking in Clinical Practice Questionnaire (2017). *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, doi:10.1111/wvn.12220.

Zuriguel-Pérez E. Evaluación del pensamiento crítico en enfermería: construcción de un cuestionario basado en el modelo circular de Alfaro-LeFevre. Tesis Doctoral.<http://www.tdx.cat/handle/10803/394049>.

AUTORES/AUTHORS:

Almudena Alameda Cuesta, Álvaro Pazos Garcíandía

TÍTULO/TITLE:

Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica y Sensibilidad Química Múltiple: experiencias de enfermedad

OBJETIVOS

Principal: Explorar los procesos de construcción subjetiva de las personas con fibromialgia (FM), Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) o Sensibilidad Química Múltiple (SQM).

Operativos: a) Describir las experiencias de las personas afectadas; b) Estudiar sus relaciones con los profesionales sanitarios; c) Analizar los cambios en la noción de sí y en las relaciones sociales.

MÉTODO

Estudio exploratorio cualitativo, fenomenológico y etnosociológico, desarrollado en la Comunidad de Madrid. La población incluida fueron personas adultas con FM, SFC o SQM. La captación se desarrolló a través de asociaciones de personas afectadas y técnica de bola de nieve. Se realizó un muestreo inicial por conveniencia, seguido de un posterior muestreo por propósito en relación con variables: a) Sociodemográficas: sexo, edad, nivel de instrucción, clase social, situación sociolaboral; b) De la vida cotidiana: enfermedad autoatribuida, asociacionismo, núcleo de convivencia, ayuda doméstica. La técnica de recogida de datos fue el relato de vida, realizando 16 entrevistas a 13 informantes (5 mujeres con FM, 2 mujeres y 1 hombre con SFC, 1 mujer con SQM y 4 casos negativos). La recogida de datos se desarrolló en dos periodos, en 2010 y 2012, para analizar el material inicial e identificar aspectos en los que profundizar en el segundo periodo de recogida de datos. El material se analizó siguiendo el modelo de análisis sociológico del discurso (propuesta integrativa de Fernando Conde). Se alcanzó la saturación del discurso para los espacios semánticos identificados. Como estrategia de calidad se siguió la propuesta de Morse y cols. sobre validez y fiabilidad en estudios cualitativos, así como el mantenimiento de la reflexividad durante todo el proceso. Los resultados se devolvieron a los informantes, que mostraron su conformidad con la interpretación de los datos.

RESULTADOS

Se identifican tres espacios semánticos principales:

- a) Imágenes y prácticas sobre la enfermedad: estas enfermedades están ligadas a procesos de estigmatización, cuestionando la credibilidad de las personas que las sufren. La falta de explicación fisiopatológica hace que se generen otro tipo de explicaciones, siendo el comienzo de la construcción del estigma de la enfermedad mental y el de la falla moral. La primera sospecha es la existencia de un trastorno psicoafectivo; las personas enfermas se convierten en "las locas" o "las raras", lo que va a dificultar las relaciones con los otros. Pero cuando esta explicación no resulta convincente, se pone en juego el estigma de la falla moral. El recelo hacia la posibilidad de que la persona enferma esté fingiendo para obtener algún tipo de beneficio, enrarece aún más sus relaciones con los demás, especialmente con los profesionales sanitarios. En muchos casos, para las personas enfermas los profesionales no son un recurso de apoyo, sino una parte fundamental en el mantenimiento de su situación de exclusión. Por eso se establece una división clara entre dos tipos de médicos, aquellos que creen en la enfermedad y los que no.
- b) Aspectos identitarios: estas enfermedades, como enfermedades crónicas, suponen importantes transformaciones subjetivas. No obstante, debido a los estigmas comentados y a la falta de reconocimiento por parte del sistema sanitario, estas transformaciones pueden verse dificultadas. Las personas afectadas asumen distintas posiciones subjetivas que facilitan (posición asertiva) o dificultan (posición agresiva o pasiva) las relaciones con los otros.
- c) Proceso de duelo: las pérdidas son muchas y profundas (funcionales, económicas, profesionales, familiares), lo que obliga a una

reinterpretación del autoconcepto y las relaciones con los demás. A través de la reflexividad y la negociación, se va dibujando el nuevo lugar la persona enferma. Estas transformaciones pueden acompañarse de procesos de toma de conciencia, que promueven el empoderamiento y mejoran la gestión de la enfermedad.

DISCUSIÓN

Las experiencias de las personas afectadas están marcadas por las limitaciones funcionales y los procesos de estigmatización. El cuestionamiento de estas enfermedades enrarece las relaciones con los profesionales sanitarios, aumentando la vulnerabilidad de la persona enferma y agravando el sufrimiento asociado a la enfermedad. La asunción de una posición asertiva por parte de la persona enferma facilita las relaciones sociales, promueve su toma de conciencia y mejora la autogestión de la enfermedad.

Una de las hipótesis derivadas de este trabajo es que los profesionales sanitarios pueden actuar como agentes de cambio y análisis crítico, reconociendo el sufrimiento de las personas afectadas. Esto mejoraría sus experiencias de enfermedad y el manejo clínico. A pesar de la significación de los resultados, sería necesario ampliar el tamaño y diversidad de la muestra, de cara a poder establecer relaciones más sólidas entre las distintas variables.

IMPLICACIONES PRÁCTICAS

El objetivo de los cuidados de enfermería sería disminuir la vulnerabilidad de las personas afectadas, a través de su empoderamiento, acompañamiento y generando espacios de legitimidad. A partir de los resultados encontrados, pueden desarrollarse propuestas específicas de planificación de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Avellaneda Fernández A, Pérez Martín Á, Izquierdo Martínez M, editores. Síndrome de Fatiga Crónica. Documento de consenso. Madrid: Editorial Médica AWW; 2008. [Acceso 29 noviembre 2016]. Disponible en: http://www.plataformafibromialgia.org/attachments/158_consenso-SFC-ISCIII%20ESPAÑOL.pdf

Arroll MA, Senior V. Individuals' experience of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: An interpretative phenomenological analysis. *Psychol Health*. 2008 05; 23(4):443-58.

Briones-Vozmediano E, Ronda-Pérez E, Vives-Cases C. Percepciones de pacientes con fibromialgia sobre el impacto de la enfermedad en el ámbito laboral. *Aten Primaria*. 2015 04; 47(4):205-12. DOI: 10.1016/j.aprim.2014.06.002

Conde F. Análisis sociológico del sistema de discursos. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2009.

Díaz de Torres P, Prieto Yerro I, López Rodríguez, RM, editores. Fibromialgia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. [Acceso 29 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>

Horton-Salway M. The ME Bandwagon and other labels: constructing the genuine case in talk about a controversial illness. *Br J Soc Psychol*. 2007 12; 46:895-914. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/014466607X173456>

Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*. 2002; 1(2).

Moya García C, López Rodríguez RM, Peláez Moya S, Lois Cabello M, editores. Documento de consenso. Sensibilidad Química Múltiple. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. [Acceso 29 noviembre 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/SQM_documento_de_consenso_30nov2011.pdf

Phillips T. Repressive authenticity in the quest for legitimacy: surveillance and the contested illness lawsuit. *Soc Sci Med.* 2012 11; 75(10):1762-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.07.026>

Swoboda DA. The social construction of contested illness legitimacy: a grounded theory analysis. *Qualitative Research in Psychology.* 2006 Jul; 3(3):233.

Undeland M, Malterud K. The fibromyalgia diagnosis - hardly helpful for the patients? *Scand J Prim Health Care.* 2007 12; 25(4):250-5.

AUTORES/AUTHORS:

JUANA MARÍA AGUILAR ORTEGA, CONCEPCIÓN MESA LEIVA, CÉSAR CARDENETE REYES, LAURA ESTEBAN GONZALO, CARMEN PÉREZ DE ALGABA, SANTIAGO PÉREZ GARCÍA, JUAN LUIS GONZÁLEZ PASCUAL

TÍTULO/TITLE:

Actitudes hacia la lactancia materna en puérperas autóctonas e inmigrantes chinas residentes en España

Objetivo

Determinar si existen diferencias respecto a la actitud hacia la lactancia materna (LM) entre mujeres puérperas inmigrantes de origen chino y autóctonas residentes en España

Métodos

Ámbito: Hospital Universitario nivel IIIIC de Madrid.

Diseño: Estudio descriptivo transversal, con comparación entre grupos.

Sujetos:

Población diana: Puérperas nacidas en España o China, ingresadas en planta de maternidad entre Marzo-Diciembre de 2016 (excluyendo hijo/a ingresado en neonatología, parto extrahospitalario y LM contraindicada).

Muestra: 73 mujeres (40 nacidas en España y 33 en China). Cálculo tamaño muestral mínimo estimado 60 sujetos.

Técnica muestreo: Muestreo consecutivo de todas las mujeres chinas. Muestreo aleatorio simple entre las mujeres autóctonas ingresadas el mismo día que se seleccionó mujer china.

Variables:

Dependiente: Actitud hacia la LM (Puntuación IIFAS).

Independiente: País de origen.

Variables de ajuste: Edad, Factores laborables, Nivel educativo, Actitud del padre hacia la LM, Nivel socioeconómico, Tipo de lactancia al alta.

Instrumentos: Entrevista a la madre con ayuda de traductor telefónico. Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) autoadministrada.

Historia clínica para tipo lactancia.

Análisis: Porcentaje/media y desviación estándar. Bivariante mediante t-student o chi-cuadrado. Modelo de regresión lineal múltiple para medir asociación entre puntuación IIFAS y país de origen.

Resultados

IIFAS 71,5 (DE 6,9) en nacidas en España y 59,3 (DE 7,3) en nacidas en China ($p < 0,001$). Las mujeres de origen chino, escogen en menor medida a la LM exclusiva (36,4% frente a 80%, $p < 0,001$), tienen menor nivel educativo ($p < 0,001$), trabajan más por cuenta propia ($p < 0,001$) y tienen previsto incorporarse al trabajo antes ($p < 0,05$) que las mujeres de origen español. La opinión de los padres chinos es menos favorable a la LM ($p < 0,05$). El modelo de regresión lineal indica menor puntuación en IIFAS en chinas (-9,03 puntos; IC95%: -15,59 a -2,48), ajustando por edad, nivel socioeconómico y educativo, factores laborales y actitud del padre.

Discusión/Conclusiones

Barreras idiomáticas y culturales pueden hacer que deseos y necesidades de las familias sean desconocidos para profesionales y gestores sanitarios. La equidad en Cuidados en Salud, y en concreto, en cuidados a la LM precisa de estudios sensibles que incluyan a la población emigrante.

Las mujeres inmigrantes chinas presentan una actitud menos favorable hacia la LM (independientemente de la edad, estatus socioeconómico y educativo, factores laborales y actitud paterna), además de una menor tasa de LM exclusiva al alta del hospital tras parto que las mujeres de origen español, datos que coinciden con estudios previos realizados en otros países.

Implicaciones para la práctica clínica

Para garantizar la equidad en cuidados a la LM, es necesario el conocimiento de los profesionales sobre las actitudes de la población que ayuden a desarrollar estrategias específicas orientadas a la población inmigrante china que potencien su conocimiento y actitud positiva hacia la LM materna y contribuyan a la toma de decisiones informadas sobre la alimentación de sus hijos al inicio de la vida. Conflictos de interés del estudio. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- de la Mora, A., Russell, D. W., Dungy, C. I., Losch, M., & Dusdieker, L. (1999). The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: Analysis of reliability and validity. *Journal of Applied Social Psychology* 29(11), 2362-80. doi: 10.1111/j.1559-1816.1999.tb00115.x
- Díaz-Gómez, M., Ruzafa-Martínez, M., Ares, S., Espiga, I., De Alba, C. (2016). [Motivations and Perceived Barriers to Initiate or Sustain Breastfeeding among Spanish Women]. *Revista Española de Salud Pública* 90, e1-e18.
- González-Pascual, J.L., Ruiz-López, M., Saiz-Navarro, E.M., & Moreno-Preciado, M. (2017). Exploring barriers to breastfeeding among chinese mothers living in Madrid, Spain. *Journal of Immigrant and Minority Health* 19(1):74-9. doi: 10.1007/s10903-015-0303-0.
- Lau, Y., Htun, T.P., Lim, P.I., Ho-Lim, S.S., Chi, C., Tsai, C., Ong, K.W., & Klainin-Yobas, P. (2017). Breastfeeding attitude, health-related quality of life and maternal obesity among multi-ethnic pregnant women: A multi-group structural equation approach. *International Journal of Nursing Studies* 67, 71-82. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.12.004
- Lee, A., & Brann, L. (2015). Influence of cultural beliefs on Infant Feeding, Postpartum and Childcare practices among Chinese-Americans mothers in New York City. *Journal of Community Health* 40(3), 476-83. doi: 10.1007/s10900-014-9959-y
- Nanishi, K., & Jimba, M. (2014). Reliability and Validity of the Japanese Version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale: A Longitudinal Study. *Journal of Human Lactation* 30(3), 346-52. doi: 10.1177/0890334414534321
- Negin, J., Coffman, J., Vizintin, P., & Raynes-Greenow, C. (2016). The influence of grandmothers on breastfeeding rates: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* 16, 91. doi: 10.1186/s12884-016-0880-5
- Rio, I., Castelló-Pastor, A., Del Val Sandin-Vázquez, M., Barona, C., Jané, M., Más, R., Rebagliato, M., & Bolúmar, F. (2011). Breastfeeding initiation in immigrant and non-immigrant women in Spain. *European Journal of Clinical Nutrition* 65(12),1345-7. doi:10.1038/ejcn.2011.121.
- Tomás-Almarcha, R., Oliver-Roig, A., & Richart-Martínez, M. (2016). Reability and Validity of the Reduced Spanish Version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 45(5), e26-e40. doi: 10.1016/j.jogn.2016.08.001

AUTORES/AUTHORS:

ELIA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, M^a DOLORES ONIEVA ZAFRA, M^a LAURA PARRA FERNÁNDEZ, M^aCARMEN PRADO LAGUNA

TÍTULO/TITLE:

REPERCUSIÓN DE LA DISMENORREA PRIMARIA Y SÍNTOMAS ASOCIADOS EN LA VIDA UNIVERSITARIA EN JÓVENES QUE PADECEN EL PROBLEMA

OBJETIVO: Analizar la percepción de mujeres jóvenes universitarias con dismenorrea primaria sobre la repercusión de su problema y síntomas asociados en su vida universitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo observacional transversal utilizando un cuestionario diseñado ad hoc y difundido on-line, validado por consenso de 3 enfermeras expertas y validada la comprensión por 4 estudiantes. Población de estudio: mujeres nulíparas entre 18 y 35 años de edad, matriculadas en el curso 2016-2017 en la UCLM en el Campus de Ciudad Real y que cumplieran el criterio de inclusión de tener dismenorrea primaria (dolor asociado a la menstruación sin diagnóstico de patología ginecológica). Criterios de exclusión: barreras idiomáticas, edad fuera del rango definido de inclusión, tener hijos, patología ginecológica, patología psiquiátrica o patología crónica. Variables de estudio: edad, peso, estatura, IMC, Dismenorrea, Escala EVA del dolor en los 3 últimos ciclos, mareos, náuseas y vómitos, diarrea, alteración del sueño, fatiga, hinchazón, dolor de cabeza e irritabilidad.

El tamaño muestral no se definió previamente, se incluyeron los cuestionarios recogidos durante el mes de marzo de 2017. Para el análisis las variables cuantitativas se empleó la media y desviación típica y para las variables cualitativas, las frecuencias absolutas y relativas empleando el programa SPSS versión 23.

RESULTADOS:

Se recogieron 102 cuestionarios cumplimentados, los cuales 74 cumplían criterios de inclusión y se analizaron.

La edad media de la muestra fue de 20,32 años, el peso de 58,04Kg, la estatura de 160,01cm; por tanto, la media de IMC fue 23,24 (normalidad).

La media de dolor en la Escala EVA resultó de 6,09. El 64,86% (48 mujeres) afirmaron que la dismenorrea y/o sus síntomas asociados les limita sus actividades de su vida diaria universitaria (asistencia a clases, asistencia a prácticas, concentración en las clases y realizar alguna actividad física).

Los síntomas asociados a la dismenorrea son: 83,78% Hinchazón (62 mujeres), 79,72% Irritabilidad (59 mujeres), 68,91% Fatiga/Cansancio (51 mujeres), 50% Diarrea (37 mujeres), 52,70% Dolor de cabeza (39 mujeres), Mareos 22,97% (17 mujeres), 28,37% y Náuseas y Vómitos (21 mujeres).

El 86,48% (64 mujeres) afirmó tomar analgésicos para la dismenorrea, de las cuales el 90,62% lo toma sin prescripción.

DISCUSIÓN. La dismenorrea primaria y sus síntomas asociados son un problema muy prevalente entre las jóvenes universitarias según la bibliografía. Destacar que más del 50% de las afectadas estudiadas perciben que les limita en su vida diaria universitaria. No obstante, socialmente está normalizado por lo que la mayoría de mujeres se automedica y no consulta a sus profesionales sanitarios.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA. Como enfermeros se detecta la necesidad de continuar la línea de investigación sobre la dismenorrea primaria y la repercusión de la misma en la calidad de vida de las mujeres. Debido a los efectos secundarios de los

fármacos indicados para la dismenorrea, también se plantea estudiar la eficacia de métodos no farmacológicos. Así como plantear estrategias de sensibilización de la población en relación a este problema cuya prevalencia se estima del 50 al 90 % en mujeres jóvenes nulíparas y cuyo coste social es elevado debido al absentismo escolar/laboral que conlleva.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Hailemeskel S, Demissie A, Assefa N. Primary dysmenorrhea magnitude, associated risk factors, and its effect on academic performance: evidence from female university students in Ethiopia. *Int J Womens Health* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 9];8:489–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27695366>
2. Subasinghe AK, Happo L, Jayasinghe YL, Garland SM, Gorelik A, Wark JD. Prevalence and severity of dysmenorrhoea, and management options reported by young Australian women. *Aust Fam Physician* [Internet]. 2016 Nov;45(11):829–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27806454>
3. De Sanctis V, Soliman AT, Elsedfy H, Soliman NA, Soliman R, El Kholy M. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: a review in different country. *Acta Biomed* [Internet]. 2017 Jan 16 [cited 2017 Mar 10];87(3):233–46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28112688>
4. Aktas D. Prevalence and Factors Affecting Dysmenorrhea in Female University Students: Effect on General Comfort Level. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(4):534–43.
5. Pejani A, Jankovi S. Risk factors for dysmenorrhea among young adult female university students. *Ann Ist Super Sanita* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 10];52(1):98–103. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27033624>

AUTORES/AUTHORS:

MARIA ISABEL MARTINEZ GUEMES

TÍTULO/TITLE:

EFICACIA INTERVENCION EDUCACIONAL EN LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PACIENTES QUE TOMAN ACENOCUMAROL

OBJETIVO: Evaluar conocimiento y adherencia en pacientes anticoagulados antes y después de intervención educativa

METODOS: Estudio cuasi experimental, realizado en 2016 -17 en zona rural. Población: 15 pacientes en tratamiento con acenocumarol, (previo consentimiento informado) evaluados en relación con el conocimiento del tratamiento y su adherencia antes y después de intervención educativa.

Para valorar los conocimientos, se aplica el cuestionario OAK (Oral Anticoagulación Knowledge test, validado y adaptado transculturalmente), y para valorar la adherencia al tratamiento se aplica el test Morinsky-Green (validado por Val Jiménez et al). Se realiza en dos fases enero-febrero 2016 pre- intervención y enero-febrero de 2017 la post- intervención.

Se clasifica en cuatro grupos de edad (<50; 50-59; 60-69; 70-79 y > 80 años).

Para valorar los conocimientos, (OAK) se han clasificado en cuatro grupos:

1. Datos comprensión de los conceptos (preguntas 1, 2, 3, 6,10).
2. Datos comprensión cuidados y dieta (preguntas 4, 5, 13, 17,19).
3. Datos comprensión INR y técnica (preguntas 7,8, 9,14, 20).
4. Datos comprensión sobre los Riesgos-complicaciones anticoagulantes (preguntas 11, 12, 15, 16, 18).

El test Morinsky-Green, se compone de cuatro preguntas subjetivas con respuesta dicotómica (si /no), evalúa el comportamiento del paciente en la utilización del mismo. Se considera incumplidor si responde mal a alguna de las cuatro preguntas (Horario, olvido, síntomas y efectos colaterales)

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. ¿Cuándo se encuentra bien deja de tomarlos?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

La sesión educativa fue realizada (en el segundo semestre de 2016) por la enfermera comunitaria en la consulta, y de forma individualizada, se realizó sobre los cuatro grupos del estudio, resolviendo dudas, e inquietudes, así como se le dio la información por escrito, sobre consejos y cuidados en el tratamiento con anticoagulantes orales.

Se analizan los datos sociodemográficos y variables cualitativas (sexo, diagnóstico, tratamiento), se calculan las frecuencias absolutas y relativas (edad, años de tratamiento, Rango INR) y categóricas (cuestionario OAK, Morinsky-Green) la media y desviación estándar. Serán representadas mediante tabla de frecuencias y diagramas.

Recogida datos en programa informático Microsoft Excel.

RESULTADOS: El rango de edad fue de 70-79 años 47 % varones y 53% mujeres. Analizando los resultados pre y post-intervención educativa, 64,3 % a 84 % se observa mejoría en un 19,7 % en los conocimientos. En cuanto a la adherencia varió del 33% al 54 % tras la intervención educativa. No puedo confirmar la repercusión clínica tras la intervención porque habría que monitorizar el INR en el periodo estudiado.

DISCUSION: La clave estratégica, es formación-educación y cumplimiento terapéutico, (1) (2)(3) para el uso seguro y efectivo de los anticoagulantes orales evitando complicaciones graves y aumento de morbi-mortalidad.

Debemos combinar la intervención individual, colectiva y reforzadora (3) (4) para llegar a modificar las actitudes y mantener estilos de vida saludables. La efectividad, seguridad y eficacia del tratamiento, estrictamente basado en un control monitorizado, así como

conseguir que sean cumplidores en la adherencia terapéutica, valoración multidimensional, directa y objetiva (5) y reevaluar continuamente los objetivos logrados, es la mejor estrategia para disminuir prevalencia. Las implicaciones en la práctica clínica, de no llevarlo a cabo, da como resultado una repercusión mundial que disminuye los resultados en salud y aumenta costes sanitarios. Es insostenible a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA

1. Davis NJ, Billet HH, Cohen HW, Arnsten JH. Impact of adherence. Knowledge and quality of life on anticoagulation control. (Cited 1017 may 1);
Ann Pharmacother. 2005 Apr; 39(4):632-6. Epub 2005 Feb 15.
Disponible en: <http://www.theannals.com>
 2. Nuñez-Cózar, Inmaculada; García-vázquez, María Eugenia. Nivel de conocimientos de las personas tratadas con sintrom. Eficacia de una intervención educativa. Biblioteca Las casas, 2015; 11 (1). Disponible en <http://www.index-f.com/las-casas/documentos/lc0813php>
 3. Nuñez-Cózar, Inmaculada; García-vázquez, María Eugenia. "Adaptación transcultural del oral Anticoagulación knowledge test" (cited 2017 may 1); volumen X. 2º Trimestre 2015. revista Cuidándote.
 4. Zeolla MM, Brodeur MR, Dominelli A, Haines ST, Allie ND. Development and Validation of an instrument to determine patient Knowledge: the oral anticoagulation Knowledge test. (Cited 1017 may 1)
Disponible en: Ann Pharmacother. 2006 April; 40 (4): 633-38. Epub 2006 Mar 21.
DOI: 10.1345aph.16562. (PubMed).
 5. Val Jiménez A, Amorós G, Martínez P, Ferandez ML, León M. estudio descriptivo del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación de test Morisky y Green. Aten Primaria. 1992; 10:767-70.
- El autor manifiesta no tener ningún conflicto de intereses en la elaboración del presente documento.

AUTORES/AUTHORS:

Antonio Torres Quintana, Esther Rubio Fernández, Aurora Rosino Bosch, Rosa M^a Fajas, M^a Antonia Martínez Momblan

TÍTULO/TITLE:

Nivel de Grado de cumplimiento terapéutico del paciente PCC y MACA en dos centros de urgencias de Atención Primaria

Debido al envejecimiento de la población y a la demanda continua de asistencia sanitaria, con el consiguiente aumento del gasto sanitario, la gestión de casos participa de las respuestas a estos nuevos retos constituyendo un beneficio para la sostenibilidad del sistema, facilitando un nivel óptimo de bienestar, autogestión y capacidad funcional y activando los sistemas de apoyo y prestación de asistencia sanitaria y social. Es en definitiva, una apuesta clara por la calidad en atención sanitaria (1,2). Así que, consideramos el estudio de la adherencia del tratamiento farmacológico un problema de gran relevancia en pacientes identificados como PCC (Paciente Crónico Complejo)/MACA (Modelo de Atención a la Cronicidad Avanzada), por sus descompensaciones, fragilidad, e inestabilidad psicosociales. Al observar este alto nivel de adherencia al tratamiento farmacológico, y habiendo estudios publicados sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes crónicos, pero no en PCC/MACA, creemos que es necesario este estudio, debido a sus reingresos y alto gasto económico que se genera (3,4). El objetivo es determinar la adherencia del tratamiento farmacológico de los pacientes identificados como PCC/MACA, asistidos en el CUAP (Centro Urgencias Atención Primaria).

Metodología: estudio observacional, descriptivo de tipo exploratorio, transversal. Muestra formada por 379 pacientes captados del CUAP de Cerdanyola /Ripollet/ S. Fèlix de Sabadell, durante el período comprendido de diciembre de 2015 a noviembre de 2016, en los que se ha analizado el grado de prevalencia en la adherencia al tratamiento en pacientes PCC/MACA y otras variables de interés. Se han utilizado test validados para medir el incumplimiento. Se utilizó un nivel de significación $p < .005$. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.22.

Resultados:

Edad media 80,6. Hombres 173, mujeres 221. El 92% de la muestra presentan pluripatología crónica (diabetes, HTA,...). Probabilidad de media de ingreso anual hospitalario es del 18,2%/año por paciente. La media de fármacos es de 11 fármacos. El grado de incumplimiento es elevado en los test de medición de cumplimiento con una $p < .005$ siendo más remarcado en pacientes con más de 6 fármacos y con menos apoyo familiar $p < .001$. Se encuentra correlación inversa entre el grado de formación y el incumplimiento $p < .001$.

Conclusión

Los pacientes PCC son más incumplidores que los pacientes MACA.
Las mujeres, los pacientes con pareja y con estudios son más cumplidores
Los pacientes diabéticos son el grupo más incumplidor, con diferencia estadísticamente significativa.
El cuidador principal tiene un papel primordial en el grado de incumplimiento terapéutico.

La patología cardiovascular es predominante en nuestra población de enfermos PCC/MACA.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Daly D, Matzel SC. Building a transdisciplinary approach to palliative care in an acute care setting. *Omega (Westport)*. 2013; 67 (1-2): 43-51.
2. Manning S. Bridging the gap between hospital and home: a new model care for reducing readmission rates in chronic heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2011; 26 (5): 368-76.
3. Escudero B. El Sistema Formal de Cuidados: Consecuencias de su visión sobre los cuidadores informales. *Revista Rol de Enfermería* 2006;29 (10): 33-38
4. Quintanilla M. Anciano frágil. *Revista Rol* 2004, abril 27(04):275-280

AUTORES/AUTHORS:

SILVIA DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ, SONSOLES GARCÍA LEÓN, FRANCISCO JAVIER PÉREZ RIVAS, MARÍA JULIA AJEJAS BAZÁN, JOSÉ LUIS PACHECO DEL CERRO

TÍTULO/TITLE:

UTILIZACIÓN DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS EN LA APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

1. Introducción

El proceso enfermero se desarrolla en cinco fases secuenciales: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Destaca de manera especial el diagnóstico de enfermería. Éste es definido según la NANDA como: Juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad. Un diagnóstico proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad.

La antropometría puede definirse como el conjunto de técnicas que permiten caracterizar la morfología humana, así como la diversidad corporal debido a diferencias sexuales, de edad o grupo étnico. También valora la influencia del medio ambiente en el tamaño y la forma corporal, lo que incluye la nutrición, el nivel de salud y las costumbres sociales o culturales.

Concretamente, la antropometría de la salud analiza la relación entre la variabilidad morfológica del ser humano y la predisposición a contraer enfermedades, o directamente a padecerlas. El ejemplo más evidente es la relación del perímetro de la cintura para determinar el riesgo cardiovascular.

2. Objetivos

Identificar las técnicas y medidas antropométricas relacionadas con los diagnósticos e intervenciones de enfermería recogidos en las clasificaciones NANDA y NIC, respectivamente.

3. Métodos

Estudio transversal de revisión y análisis de la clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA 2015-2017 y la clasificación de intervenciones de enfermería NIC (6ª edición), teniendo en cuenta los conocimientos disponibles del campo de antropometría.

4. Resultados

Tras un análisis en profundidad de la clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA se identificaron un total de 23 diagnósticos (9,8%) en los que se precisan diferentes medidas antropométricas bien para la identificación de factores relacionados o de riesgo, bien para la validación de las características definitorias. En estos diagnósticos se emplean entre 2 y 7 medidas antropométricas por diagnóstico.

Las medidas antropométricas identificadas en los diagnósticos de enfermería son las siguientes: peso, índice de masa corporal (IMC), perímetro magro del brazo/perímetro del brazo (PMB/PB), porcentaje de grasa, curvas estatura-ponderales, estatura,

perímetro de la cintura y masa muscular.

En relación con las intervenciones de enfermería de la clasificación NIC se identificaron un total de 20 intervenciones de enfermería (3,6%) en las que se llevan a cabo distintas medidas antropométricas. En estas intervenciones se emplean entre 2 y 3 medidas antropométricas por intervención.

Las medidas antropométricas identificadas en las intervenciones de enfermería son las siguientes: peso, peso ideal, porcentaje de grasa, IMC, perímetro de la cintura y pliegues en tríceps/circunferencia muscular media del brazo.

Las actividades de enfermería que también requieren para su ejecución de alguna técnica o medida antropométrica fueron un total de 71.

5. Discusión

La aplicación de cuidados de enfermería y por ende la utilización del proceso enfermero requiere de multitud de técnicas antropométricas, tanto medidas directas, como el peso, la estatura o el porcentaje de grasa; e indirectas, de las cuales el más utilizado es el índice de masa corporal, usándose también otros índices de robusticidad y proporcionalidad, como el índice cintura-talla.

Como cualquier otra técnica y procedimiento que llevan a cabo las enfermeras se requiere que estas mediciones se realicen de forma adecuada, por la implicación que estas técnicas tienen en la realización de un juicio clínico y terapéutico adecuado.

En la actualidad, no existen artículos que relacionen el proceso enfermero con la aplicación de técnicas antropométricas.

· Implicaciones para la práctica

No está determinado el nivel de utilización de las técnicas antropométricas en la aplicación del proceso enfermero y sería de gran utilidad sistematizar su uso, para evaluar en cada caso la medida o índice antropométricos más adecuados para el diagnóstico enfermero o la intervención enfermera apropiada.

Además, es necesario que las enfermeras que utilicen técnicas antropométricas lo hagan apropiadamente, para mantener la calidad de la medida y no cometer errores en la interpretación. Es, por tanto, deseable que haya una formación específica en antropometría por parte de los profesionales de enfermería para aplicar correctamente el proceso enfermero.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Nursing Diagnoses. Definitions and Classification 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
- McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier España; 2014.
- 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.

- Bezerra Clares JW, Cavalcante Guedes MV, Fátima Da Silva L, Lima Da Nóbrega M, De Freitas MC. Subset of nursing diagnoses for the elderly in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(2): 270-276.
- C. Peres HH, Lopes M da Cruz DA, Tellez M , De Cassia Gengo e Silva R, Dos S Diogo RC, Cardoso F Ortiz D, R. Ortiz D. Nursing Clinical Documentation System Structured on NANDA-I, NOC, and NIC Classification Systems. *Studies in health technology and informatics*. 2015; 216: 943.
- Paans W, Nieweg RMB, Van der Schans CP, Sermeus W. What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 2011; 20: 2386-2403.
- Lorini C, Collini F, Castagnoli M, Di Bari M, Cavallini MC, Zaffarana N, Pepe P, Lucenteforte E, Vannacci A, Bonaccorsi G. Using alternative or direct anthropometric measurements to assess risk for malnutrition in nursing homes. *Nutrition*. 2014; 30: 1171-1176.
- Stow R, Ives N, Smith C, Rick C, Rushton A. A cluster randomised feasibility trial evaluating nutritional interventions in the treatment of malnutrition in care home adult resident. Stow et al. *Trials*. 2015; 16:433.

AUTORES/AUTHORS:

MARÍA DOLORES JÓDAR SALAS, MANUELA SALAS LARIO, MARIA DEL MAR RUÍZ GARCÍA, ROCIO JÓDAR SALAS, LAURA SÁNCHEZ GARCÍA, SILVIA MARTÍNEZ ESCORIZA

TÍTULO/TITLE:

VARIABLES PSÍQUICO-FÍSICAS DEL CUIDADOR PRINCIPAL

1. Objetivo

Analizar las variables sociodemográficas y el impacto de la sobrecarga del cuidador principal de pacientes con atención domiciliar de una zona básica de salud de la región de Murcia y que se encuentran en situación de dependencia.

2. Metodología

Estudio cuantitativo descriptivo y de corte transversal, realizado durante los meses de febrero a junio de 2016, cuyo tamaño muestra está compuesto por 30 cuidadores y sus familiares dependientes que aceptan participar en el estudio .

Para la recogida de datos se elaboró un cuestionario sociodemográfico de elaboración propia .Se utilizaron a la vez los siguientes cuestionarios: Test de Zarit, Escala ansiedad-depresión de Godberg, Índice de Katz, Cuestionario mental de Pfeiffer.

Para el análisis descriptivo de los datos se usó el programa SPSS y se realizaron distribución de frecuencias y porcentajes para datos descriptivos y para la relación entre variables y diferencias entre grupos se usó la t de Student y ANOVA.

3. Resultados**Pacientes dependientes**

La media de edad fue de 84,5 años, n=22(73%) eran mujeres, y n=8(26,6%) eran hombres. Llevaban una media como inmovilizados de 9,2 años.

Clasificación de Katz para discapacidad funcional, n=1(3,3%) tenían índice B, n=5(16,6%) tenían índice C, n=5(16,6%) tenían índice D, n=1(3,3%) tenían índice E, n=1(3,3%) tenían índice F, n=13(43%) tenían índice G y n=4 (13,3%) índice H.

Cuestionario mental de Pfeiffer:n=12(40%) presentaban un deterioro cognitivo leve, n=9(30%) un deterioro cognitivo moderado y n=9(30%) un deterioro cognitivo importante.

Cuidadores

La media de edad fue de 57,3 años,n=26(86,6%) estaban casadas,n=1(3,4%) de ellas estaba viuda, y n=3(10%) estaban solteras. Por otro lado, n=22(73,3%) son hijas/os, n=3(10%) son nueras, n=4(13,3%) son esposas/os, y n=1(3,3%) es una nieta.

La media de horas diarias dedicadas al cuidado es de 12,7.

Llevan ejerciendo de cuidador una media de 9,2 años. n=17(56,6%) tiene estudios primarios, n=8(26,6%) no tienen estudios ningunos, n=4(13,3%) tienen estudios secundarios y n=1(3,3%) tiene estudios universitarios.

De ellos, n=23(76,6%) conviven con la persona dependiente, y n=17(56,6%) de ellos no dispone ni de una hora al día dedicada al ocio.

En cuanto a las alteraciones físicas, n=22(73,3%) padecen alguna dolencia relacionada con el esfuerzo físico que tienen que desarrollar, frente a n=8(26,7%) que no.

Sobrecarga-ansiedad: diferencias estadísticamente significativas .Análisis correlacional estadísticamente significativa moderada positiva.

Sobrecarga-depresión: No diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Análisis correlacional relación estadísticamente significativa moderada positiva.

4. Discusión:

Nos llamó especialmente la atención el porcentaje tan grande de mujeres dependientes con respecto al de hombres, quizá debido a la mayor esperanza de vida de éstas, y por tanto sean las que necesiten mayores cuidados en la última etapa de su vida.

Alto porcentaje de cuidadores principales que presentan sobrecarga. La sobrecarga influye en la morbilidad psicológica y física. No encontramos relación entre sobrecarga y otras variables como años de dedicación, horas de dedicación, ni nivel de deterioro cognitivo.

Implicaciones para la práctica clínica:

Sería necesario mayor número de programas de educación para la salud donde se aborde la sobrecarga de los cuidadores principales y sobre todo donde se les ofrezcan estrategias y habilidades para prevenirlo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Instituto Nacional de Estadística (1994). Tendencias demográficas durante el siglo XX en España. Madrid: INE.
2. Otero, A., Zunzunegui, M. V., Rodríguez, A., Aguilar, M.D., & Lázaro, P. (2004). Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento de la población española. *Revista Española de Salud Pública*; 78:201-213.
3. Romero, L., Martín, E., Navarro, J. L., & Luengo, C. (2006). El paciente anciano: Demografía, epidemiología y utilización de recursos. En: *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes*. Madrid: Marketing & Communication; p. 33-46.
4. Abellán, A., & Puga, M. D. (2004). Estudio monográfico: La discapacidad en la población española. En: *Observatorio de personas mayores*, editor. Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; p. 777-809.
5. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE 15 de Diciembre de 2006.

AUTORES/AUTHORS:

Suzana André, Ângela Tomás , João Duarte, Madalena Cunha , Ernestina Silva , Daniel Silva

TÍTULO/TITLE:

Calidad Idealizada/Esperada versus Percibida frente a la Cirugía de Ambulatorio: Perspectiva de los Usuarios

Objetivo: Evaluar la calidad idealizada y percibida por los usuarios frente al contexto de la Cirugía de Ambulatorio.

Métodos: Estudio descriptivo con enfoque transversal, desarrollado en un hospital central de la región centro de Portugal. La muestra no probabilística, objetiva de 140 usuarios, siendo 60,7% hombres, presentando una media de edad de 58 años, educación básica (67.1%) sin actividad laboral (56.9%), con un rendimiento superior a 1000 Euros (77.99%), con una distancia entre domicilio y hospital de 15Km o más (39,3%). La recogida de información sociodemográfica y de datos clínicos fue soportada por un Cuestionario sociodemográfico y clínico construido por los investigadores y por el Questionário Service Quality (SERVQUAL A & B).

Resultados: La calidad percibida (M=90.80) manifestada por los usuarios fue inferior a la calidad idealizada (M=92.89), tanto en lo global del SERVQUAL A & B, como en las dimensiones con excepción de los aspectos físicos, donde se verifico lo contrario.

El medio de transporte hasta el hospital ($p=0,028$), la distancia de casa al hospital, concretamente residir a una distancia superior a 15 Km del hospital, influyen de manera significativa la satisfacción con la calidad de los cuidados con diferencias estadísticas significativas en la cortesía/simpatía ($p=0.037$), en la comprensión del usuario ($p=0.044$), en la fiabilidad ($p=0.022$), en la accesibilidad ($p=0.001$) y la calidad global ($p=0.013$), excepto en los aspectos físicos ($p=0,201$). Igualmente, el tiempo de espera para la realización de una cirugía, entre 6-12 meses se tradujo en valores de ordenación media más elevados, con significancias estadísticas en las dimensiones cortesía/empatía ($p=0.000$), comprensión del usuario ($p=0.011$), en la fiabilidad ($p=0.007$), accesibilidad ($p=0.001$) y calidad global ($p=0.001$), excepto en los aspectos físicos ($p=0,136$).

Discusión: La accesibilidad a los cuidados de salud sobre todo en tiempo de crisis social y económica se revela como factor determinante para la satisfacción con la calidad de las intervenciones clínicas y de los recursos asistenciales, de ahí que la monitorización de la satisfacción de los usuarios es un indicador crucial de la gestión centrada en los clientes. En este ámbito, el presente estudio aporta resultados sobre un contexto real de la práctica de cuidados de salud que desafían a los profesionales a cuidar mejor para así satisfacer mejor las expectativas de los usuarios.

Palabras-clave – Calidad; Cuidados; Cirugía de Ambulatorio; Atendimento

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Kumar, M., Kee, F. T., & Charles, V. (2010). Comparative evaluation of critical factors in delivering service quality of backs: an application of dominance analysis in modified SERVQUAL model. *International Journal of Quality & Reliability Management*, v. 27, 3: 351-377.

Mesa de Comunicaciones 15: Docencia

Concurrent Session 15: Nursing Education

AUTORES/AUTHORS:

SARA PÉREZ RODRÍGUEZ, EVA MUÑOZ CONEJERO

TÍTULO/TITLE:

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA TRAS LAS PRÁCTICAS SIMULADAS

INTRODUCCIÓN: la incorporación de las nuevas tecnologías a la enseñanza en enfermería, como el uso de simuladores, ha permitido una importante mejora en la calidad de la misma, siendo a su vez introducida dentro del Espacio Europeo de Educación Superior mediante la enseñanza por competencias. No obstante, la satisfacción sobre el método de enseñanza y la opinión acerca de la utilidad de estos instrumentos no ha sido valorada por el alumnado de la Facultad de Enfermería de Valladolid.

OBJETIVO: determinar el grado de satisfacción de los alumnos de enfermería de la Facultad de Valladolid sobre las prácticas simuladas que se desarrollan durante el 2º curso de Grado en las asignaturas de Enfermería en Alteraciones de la Salud I y II.

METODOLOGÍA: se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo transversal en una muestra total de 100 alumnos de las asignaturas anteriormente citadas. La recogida de datos para su posterior análisis se realizó mediante un cuestionario formado por 3 instrumentos: encuesta sociodemográfica para obtener las variables sexo y edad, una pregunta de respuesta abierta en la que los participantes pudieron exponer sus principales observaciones respecto a las prácticas simuladas y un cuestionario de satisfacción validado y modificado para este estudio a partir del utilizado por la Dra. María Jesús Durá en el desarrollo de su tesis doctoral. Este último estaba estructurado en formato Likert desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo) y compuesto de 19 ítems para valorar la simulación de alta fidelidad y de 11 ítems para la de baja fidelidad. Para realizar el análisis estadístico de los datos se utilizó la aplicación Excel incluida dentro del programa Microsoft Office 2010, representando las variables cualitativas mediante porcentajes y las cuantitativas con medias y desviaciones típicas.

RESULTADOS: la participación fue de un 75,75%, siendo un 78% mujeres y un 22% hombres. La media de edad de la muestra fue de 20 años (DE±1,74), pues aunque los alumnos que cursaron estas asignaturas tenían edades comprendidas entre los 19 y los 32 años, el mayor porcentaje de ellos tenía 19.

Pregunta de respuesta abierta: tan sólo fue contestada por 39 alumnos, destacando como principales observaciones a tener en cuenta para la mejora de las prácticas en los próximos cursos académicos: el elevado número de alumnos en cada práctica y el demasiado tiempo entre la realización de la práctica y el examen de la misma. No obstante, agradecieron de manera significativa la actitud positiva del profesorado durante el desarrollo de la simulación.

Cuestionario de satisfacción: al analizar las respuestas se escogió el porcentaje de respuestas 4-5 en la escala Likert, dando como resultado que la satisfacción de los alumnos es muy alta en ambos tipos de simulación, con un 87% en la de baja fidelidad y un 91% en la de alta fidelidad. Cabe destacar que la inversión de tiempo dedicada a cada tipo de simulación es considerada insuficiente, con un resultado de 21% en baja fidelidad y un 38% en alta.

Respecto al resto de ítems, destacan en la simulación de baja fidelidad: la adecuación y suficiencia de los recursos utilizados (61%), la adecuación de los contenidos teóricos previos a la práctica (48%) o el aumento de la seguridad y confianza con el uso del simulador (63%); mientras que en la simulación de alta fidelidad se subraya: la necesidad del rol de líder para el trabajo en equipo (46%), la ayuda de la simulación para el desarrollo del razonamiento crítico y la toma de decisiones (67%) o el aumento de la seguridad y confianza (67%), al igual que en la simulación de baja fidelidad.

DISCUSIÓN: la evaluación de la satisfacción es una forma de conocer la percepción, en este caso, del alumnado, sobre el grado en el que se han cumplido sus expectativas, para conocer si la experiencia ha sido útil y a qué nivel. La satisfacción responde a procesos psicosociales de carácter cognitivo y afectivo que, dependiendo del método de recogida de la información, implica una posible influencia en las respuestas de los usuarios, pudiendo no reflejar fielmente la opinión de estos. En este estudio, los datos se recopilaron en un día puntual lo que puede dar lugar a este problema, pudiéndose solventar en el futuro realizando las encuestas inmediatamente después de la simulación. Ahora bien, la principal finalidad de este estudio no es solamente conocer la satisfacción

del alumnado, sino ser el comienzo de una investigación sobre la utilidad de la simulación como herramienta docente que posibilite preparar a los estudiantes de la mejor manera posible. De ahí que se propongan futuros trabajos como llevar a cabo un estudio comparativo sobre el nivel de preparación adquirido por los estudiantes de la Facultad de Enfermería de Valladolid que hayan cursado prácticas simuladas, con aquellos que no las hayan realizado, es decir, comparar la preparación de antiguos alumnos de la Facultad de Enfermería sin experiencia profesional, con los nuevos alumnos de Grado, o comparar la competencia de los alumnos que sí hayan cursado simulación con los de otras escuelas y/o facultades que no la hayan realizado. Este estudio no ha supuesto ningún tipo de conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Durá Ros, MJ. La simulación clínica como metodología de aprendizaje y adquisición de competencias en enfermería. Tesis Doctoral. Departamento de enfermería. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2013.
- Piña I, Amador R. La enseñanza de la enfermería con simuladores, consideraciones teórico-pedagógicas para perfilar un modelo didáctico. *Enfermería Universitaria*. 2015 Agosto; 12(5): 152-159.
- Cant R, Cooper S. Simulation based learning in nurse education: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2010 January; 66 (1): 3-15.
- Gaba, D. The future vision of simulation in health care. *Quality and Safety in Health Care*. 2004 October; 13(1): i2-10.
- INACSL Standards Committee. INACSL standards of best practice: Simulation SM Facilitation. *Clinical Simulation in Nursing*, 2016 December; 12: S16-S20.
- INACSL Standards Committee. INACSL standards of best practice: Simulation SM Debriefing. *Clinical Simulation in Nursing*, 2016 December; 12: S21-S25.
- Arriaza N, Rocco C. Educación y simulación en reanimación cardiopulmonar. *Revista Chilena de Anestesia*. 2012; 41(1): 53-56.
- Fernández A. La evaluación orientada al aprendizaje en un modelo de formación por competencias en la educación universitaria. *Revista de Docencia Universitaria*. 2010 Enero; 8(1): 11-34.
- Bland AJ, Topping A, Wood B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*. 2011 October; 31(7): 664-670.
- Gomar C, Palés J. ¿Por qué la simulación en la docencia de las ciencias de salud sigue estando infrutilizada? *Educación Médica*. 2011 Junio; 14(2).

AUTORES/AUTHORS:

Eylem PASLI GÜRDOĞAN, Manar ASLAN

TÍTULO/TITLE:

THE EFFECTS OF EDUCATION STRESS ON CAREER FUTURE IN NURSING STUDENTS

Objectives:

Stress caused by academic processes is a remarkable issue (Edwards et al., 2001). It is stated that nursing students have more stress than other students in studies (Reeve et al., 2013). Nursing education is a theoretical and practical process that requires the acquisition of theoretical knowledge and application skills. In this process, nursing students have faced many stress factors that affect their academic performance and quality of life since right from the start of their education.

In studies, it has been reported that nursing profession has many stressful situations (McVicar, 2003), stress is a problem that nursing students often experience (Lo, 2002; Edwards et al., 2010) and it reduces the efficiency of education affecting adversely the academic performance of students (Timmins and Kalisz, 2002). As a result stress damages the process of creating professional identity in them.

However, the educational process is an important stage of preparation for the professional role and career of the student. This stage is important for nursing students to be happy, productive and to direct their future career after graduation.

Determining students' difficulties in academic and clinical situations and their attitudes towards their career futures will guide nurse educators in making necessary arrangements in nursing education. For this reason, this study was designed as a descriptive to determine the effect of their stress levels resulting from nursing education on their attitudes towards career future of nursing students.

Methods:

This study that was planned as a descriptive, was carried out with students who were educated in the 1st, 2nd, 3rd and 4th grades in a nursing department of the faculty of health sciences at a university in Turkey (N=517). The sample of the study consisted of 359 students who were able to reach them and volunteered to participate in the research during the research period (69.4% of the population was reached).

The data were collected using the questionnaire form, "Nursing Education Stress Scale" and "Career Futures Inventory". The questionnaire form consisted of the socio-demographic features of the students, questions about situation of their voluntarily choosing nursing profession, stress situation of them and their career plans.

Nursing Education Stress Scale was developed by Rhead (1995), modified from the Nurse Stress Scale developed by Gray-Toft and Anderson (1981). The validity and reliability of the scale in Turkish was performed by Karaca et al. (2014). It is a 4-point Likert-type and consists of 32 items. It has two sub-dimensions, "Clinical Practice Stress" and "Academic Stress". The items are scored as "0 = Not stressful for me", "1 = Somewhat stressful", "2 = Moderate stress", "3 = Very stressful for me". Students are expected to respond to each statement by selecting the appropriate one themselves. The total score that can be obtained from the scale varies between 0 and 96, and high scores show increased stress.

The Career Future Inventory was developed by Rottinghaus, Day and Borgen (2005) to assess positive career planning attitudes in individuals. The validity and reliability of the scale in Turkish was performed by Kalafat (2012). It is a 5-point Likert-type and consists of 25 items. It has two sub-dimensions, "Career Adaptability", "Career Optimism" and "Perceived Knowledge". The total score that can be obtained from the scale varies between 25 and 125, and high scores indicate that students have positive career planning attitudes.

The data was assessed with averages, percentages, student's t-test in the independent groups, oneway ANOVA and Pearson correlation analysis in the SPSS program. A p-value ≤ 0.05 was considered statistically significant.

Results:

The average age of the students was 20.6 ± 1.6 , 81.1% were female and 55.6% were in the second and third years of education. The percentage of students who voluntarily preferred nursing profession was 63.8% and 52.9% stated that they wanted to pursue a career in nursing. 49.3% of the students stated that nursing education had a moderate stress on them, 74.9% said that they had the most stress in clinical practice and 46% of the students stated that adversely affected the academic achievement of stress caused by nursing education.

The mean score of Nursing Education Stress Scale was 63.3 ± 15.4 , that of Clinical Practice Stress subscale was 31.9 ± 8.1 , the average score of Academic Stress was 31.3 ± 8.2 ; Career Futures Inventory's score of 87.9 ± 10.5 , Career Adaptability subscale average of 39.7 ± 5.5 , Career Optimism subscale average of 39.1 ± 5.4 , Perceived Knowledge average of 9.0 ± 1.9 .

There was a negative correlation ($r = -.233$, $p = .000$) between the scores of the students in the Nursing Education Stress Scale and the scores of the Career Futures Inventory. Career Future Scale scores of students who would prefer to occupy professionally were higher than those who did not ($p < 0.05$).

The students who have a career plan after graduation had higher Career Futures Inventory, Career Harmony subscale and Career Optimism subscale scores. The mean scores of Career Futures Inventory, Career Adaptability subscale, Career Optimism subscale of students who have a career plan after graduation were higher.

Discussion:

Nursing students are faced with many difficulties in university education. Furthermore, they have experienced more stress because they have problems with patients, educators and the hospital environment during clinical practice (Yildirim et al., 2017). In this study, nearly half of the students (49.3%) stated that nursing education had a moderate stress on them, and the majority (74.9%) stated that they experienced stress because of the most clinical applications.

According to the average score of the nursing students they obtained from the education stress scale and sub-dimensions of the scale, they have experienced a high level of stress in this study. Studies in the literature showed similarity with this study, and it was determined that nursing students had a high level of stress in studies (Gibbons, 2010; Goff, 2011).

In the process of occupational identification, students are also beginning to plan their careers. Career planning is a process in which one can live and partly control throughout life and it is linked to an individual's goals (Serinkan et al., 2012). It was determined that the students who participated in the research had a high their attitudes towards career future.

In the study, it was found that there was a negative correlation between education stress scale total score and attitudes towards career prospects of nursing students. According to this result, as the educational stress of the students increases, they have more negative attitudes about their career futures.

The students are worried and lose hope for a good future, because of the stress experienced in the education process, the fear of being involved in the professional life, and the labor markets becoming more complex (Kalafat, 2012).

Conclusions:

In order to get the most out of educational experience and to develop a positive professional identity, it is necessary for students to cope with stress effectively. Educators should be aware of the stress who are experienced by nursing students during training and should help students to plan their careers.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Edwards, K.J., Hershberger, P.J., Russell R.K., Markert, R.J. (2001). Stress, negative social exchange, and health symptoms in university students. *Journal of American College Health*, 50(2),75–79.

Reeve K.L., Shumaker C.J., Yearwood E.L., Crowell N.A., Riley J.B. (2013). Perceived stress and social support in undergraduate nursing students' educational experiences. *Nurse Education Today*, 33(4),419–424.

McVicar A.(2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6),633–642.

- Lo R. (2002). A longitudinal study of perceived level of stress, coping and self-esteem of undergraduate nursing students: an Australian case study. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (2),119–126.
- Edwards D., Burnard P., Bennett K., Hebden U.(2010). A longitudinal study of stress and self-esteem in student nurses. *Nurse Education Today*, 30(1),78–84.
- Timmins F., Kalischer M.(2002). Aspects of nurse education programmes that frequently cause stress to nursing students - fact- finding sample survey. *Nurse EducationToday*, 22,203–211.
- Rhead M.M.(1995). Stress among student nurses: is it practical or academic? *Journal of Clinical Nursing*, 4(6),369–376.
- Karaca A., Yildirim N., Ankarali H., Açikgöz F., Akkus D. (2014). Adaptation to Turkish of Nursing Education Stress Scale. *Hemsirelikte Arastirma Gelistirme Dergisi*, 16(2),29-40.
- Rottinghaus P.J., Day S.X., Borgen F.H. (2005). The Career Futures Inventory: A measure of careerrelated adaptability and optimism. *Journal of Career Assessment*, 13(1),3-24.
- Kalafat T. (2012). Career Futures Inventory (CFI): The Examination of Psychometric Properties in Turkish Sample. *Türk Psikolojik Danisma ve Rehberlik Dergisi*, 4(38),169-179.
- Yildirim N., Karaca A., Çangur S., Açikgöz F., Akkus D. (2017). The relationship between educational stress, stress coping, self-esteem, social support, and health status among nursing students in Turkey: A structural equation modeling approach. *Nurse Education Today*,48,33-39.
- Gibbons C.(2010). Stress, coping and burn-out in nursing students. *International Journal of Nursing Studies*, 47(10), 1299–1309.
- Goff A.(2011). Stressors, academic performance, and learned resourcefulness in baccalaureate nursing students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 8 (1),1–20.
- Serinkan C., Kaynmakçi K., Alisan U., Avcik C. (2012). Kamu Sektöründe Örgütsel Stres ve Kariyer: Denizli’de Yapılan Bir Arastirma. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 4(1), 21–32.

AUTORES/AUTHORS:

Marta Durán Mateos, Óscar Álvarez López, Sandra Gersol Fernández, Maria Isabel Buceta Toro, Alejandra Benito Sánchez, Elena Jiménez García, Raúl Quintana Alonso

TÍTULO/TITLE:

Percepción de alumnos y docentes del Grado de Enfermería sobre el cuidado humanizado. Aproximación al modelo de Watson

OBJETIVOS

Para la presente investigación se diseñaron dos objetivos. El primero de ellos destinado a conocer la percepción que tienen los alumnos de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud Salus Infirmorum sobre la humanización en cuidados a lo largo de su formación académica. El segundo objetivo estaba dirigido a conocer la percepción que tiene el profesorado del título de Grado de Enfermería de la Facultad, sobre la educación en humanización de los estudiantes.

MATERIAL Y MÉTODO

La investigación fue desarrollada en la Facultad de Ciencias de la Salud Salus Infirmorum de Madrid, perteneciente a la Universidad Pontificia de Salamanca. Se empleó un diseño de estudio descriptivo, transversal y de metodología mixta, planificando para ello dos fases.

La fase I se centró en conocer la autopercepción en humanización de los estudiantes según el modelo de Watson, empleando para ello metodología cuantitativa. La población estuvo constituida por los alumnos de 2º, 3º y 4º de Enfermería, alcanzándose una muestra de 119 sujetos. Para este fin se empleó un instrumento constituido por tres secciones: Perfil del alumno y evaluación del plan de estudios; Caring Efficacy Scale, destinada a medir los supuestos del cuidado transpersonal; Nyberg's Caring Assessment, escala que mide los aspectos más subjetivos del cuidado. El análisis de los datos se llevó a cabo mediante la elaboración de una base con el programa Excel 2010, obteniéndose estadísticos descriptivos de todas las variables.

La fase II estaba centrada en conocer la visión de los docentes, utilizando para ello una metodología cualitativa. La población de estudio quedó limitada a los docentes encargados de impartir materias en el Grado de Enfermería, empleando como instrumento de investigación la entrevista. Se establecieron las siguientes categorías generales: significación sobre humanización, visión y transmisión de la humanización y percepción sobre la humanización de los estudiantes. Respecto al análisis de los datos, se realizó la transcripción literal de las entrevistas, categorizando y codificando la información obtenida en función de las categorías previamente diseñadas y las que fueron emergiendo del discurso de los participantes.

RESULTADOS

Los resultados del estudio se presentan según la estructura de fases descrita anteriormente. La primera de ellas aglutina los resultados cuantitativos, seguida de la exposición de la fase II, centrada en la percepción del profesorado.

- Fase I. Cuantitativa

La fase I muestra que un gran porcentaje de los estudiantes considera que otorga unos cuidados humanizados, pensando el 82,35% que el personal de Enfermería debe disponer de conocimientos teóricos y habilidades sociales. En referencia al plan de estudios de la Facultad y la relevancia que se otorga en el mismo a la formación en valores, el 88,24% de los encuestados piensa que el plan contempla que los alumnos reciban formación específica en valores.

Para la evaluación de la escala Caring Efficacy Scale se elaboraron cinco categorías temáticas. La primera de estas categorías, "relación enfermera-paciente", pone de manifiesto que el 67,23% del total de los encuestados considera que se relaciona adecuadamente con los pacientes y familiares, mostrándose de acuerdo en poder establecer una relación estrecha con ellos el 52,94%. La segunda categoría, "cultura y creencias", muestra que el 72,27% de los sujetos manifiesta estar totalmente en

desacuerdo en presentar dificultades para relacionarse con pacientes que presentan culturas diferentes a las suyas.

Otra de las categorías fue la relativa a "habilidades sociales". En ella el 47,90% de los sujetos se muestra parcialmente de acuerdo en poder desempeñar el cuidado de forma simultánea a la escucha, afirmando disponer de habilidades para dar un sentido de normalidad a una situación estresante el 46,22%.

Respecto a la categoría "sentimientos durante la práctica enfermera", el 53,78% no comparte la afirmación de no sentirse con suficiente fortaleza para poder escuchar las preocupaciones de los pacientes, manifestando no sentir agobio ante una situación problemática el 31,93%.

Finalmente la categoría "comunicación", pone de manifiesto que un porcentaje del 46,22% considera que usan lo que aprenden de las conversaciones con los pacientes para poder suministrar un cuidado personalizado, no estando de acuerdo con la afirmación de perder el control si se mantiene una conversación muy personal el 40,34%.

La parte más subjetiva de los cuidados se midió a través de la escala Nyberg Caring Assessment. Los resultados muestran que del total de la muestra, el 57,14% afirma que siempre permanece receptivo a las necesidades de otras personas, basando a menudo la relación en lo que es mejor para las personas involucradas el 45,38%. A su vez, el 51,26% considera que suele complementar bien habilidades y técnicas.

- Fase II. Cualitativa.

Los participantes, docentes del Grado de Enfermería, creen necesario formar a los alumnos en estrategias sociales y valores, no centrándose únicamente en la adquisición de conocimientos técnicos. Además, entienden que los valores son los que confieren el carácter y representación a la profesión. Asimismo, manifiestan que la formación en valores es fundamental para la profesión, puesto que los profesionales de Enfermería tienen acceso a la realidad más íntima de las personas.

Respecto a la transmisión de habilidades sociales y no sólo de conocimientos técnicos, es contemplada como imprescindible por los docentes de la Facultad, manifestando preocupación en la transmisión de dichas habilidades en sus materias, visualizando su relevancia para un buen ejercicio de la profesión. Consideran importante contemplar a los pacientes de una forma holística, respetando la individualidad y tratando a su vez las tres esferas de las personas: física, psíquica y social.

En referencia a la enseñanza en el Grado de Enfermería y la educación en humanización, los docentes consideran que la enseñanza técnica que reciben los estudiantes de Enfermería no puede ir separada de la educación en valores. Refieren por ello que las técnicas no pueden carecer de las habilidades sociales más básicas debido a que se trata de una profesión que trabaja con personas.

DISCUSIÓN

- Fase I. Cuantitativa

La mayoría de los alumnos consideran que el personal de Enfermería debe disponer tanto de conocimientos teóricos como habilidades sociales. Esta afirmación coincide con lo que establece Landman (2016), al defender que la formación de los enfermeros no debe mostrar sólo aspectos teóricos o destrezas en el desarrollo de sus habilidades prácticas, sino que deben ser capaces de mostrar un cuidado integral al paciente, presentando una serie de habilidades sociales tales como respeto, sensibilidad o tolerancia. Del mismo modo, un amplio porcentaje piensa que la Facultad no basa únicamente la formación en la transmisión de conocimientos técnicos. Este resultado revela una buena consideración del profesorado por parte de los alumnos, ya que perciben que su enseñanza no se centra única y exclusivamente en aspectos teóricos, sino que los docentes incorporan en sus enseñanzas un enfoque global de la persona, mostrando a sus alumnos la necesidad de considerar los cuidados de una forma holística.

Respecto a la autoeficacia del cuidado, los resultados obtenidos tras el análisis de Caring Efficacy Scale, muestran que los estudiantes se perciben con autoeficiencia para prestar cuidados humanizados. Los resultados obtenidos en la categoría relación enfermera-paciente, se relacionan con lo que establece Watson en su teoría, al considerar necesario el desarrollo de una relación basada en una confianza mutua, considerando al paciente como un todo (Poblete, Valenzuela y Merino, 2012).

Respecto a la percepción de los alumnos sobre las habilidades sociales que muestran en su práctica clínica, todos los ítems que conforman esta categoría reflejan un elevado autoconcepto respecto a la autocompetencia social percibida, considerando a su vez que disponen de un nivel elevado en lo que se refiere a habilidades intra e interpersonales. Estos datos coinciden con el estudio llevado a cabo por González y Lobato (2008), en el que concluyen que los alumnos de Enfermería se ven en la práctica diaria con un notable autoconcepto en lo que respecta a las competencias sociales, disponiendo de un perfil elevado en cuanto a la utilización de habilidades sociales se refiere.

Respecto a los sentimientos que experimentan los alumnos durante su práctica clínica, todos los ítems que conforman la categoría ponen de manifiesto un buen control y aceptación. Este posicionamiento del alumnado se relaciona con el quinto factor de cuidado de Watson (Poblete et al, 2012), en el que refiere la necesidad de aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos tanto de los enfermeros como de los propios pacientes. La autora entiende que esta aceptación supone un riesgo para ambos, puesto que de no estar preparados, puede provocar un daño en la relación terapéutica

- Fase II. Cualitativa

Los docentes consideran necesario formar a los futuros profesionales en habilidades sociales y valores, no centrándose únicamente en impartir conocimientos técnicos. Esta afirmación coincide con lo que establece Palencia (2006) en su artículo al señalar que en la actualidad no se puede considerar una educación centrada exclusivamente en el aprendizaje de conocimientos.

La percepción sobre la necesidad de transmitir al alumnado habilidades sociales es unánime entre el profesado, puesto que lo consideran necesario para un buen desempeño en la práctica profesional. Autores como Carbonero, Román, Martín y Reoyo (2009), defienden que el modo en el que los alumnos realicen las actividades profesionales guarda una estrecha relación con su formación académica. Por esto, García (2011) considera importante que el docente fomente métodos didácticos orientados no solo a la adquisición de conocimientos teóricos, sino al desarrollo de competencias en el alumnado, favoreciendo así el proceso educativo. Analizando el modelo de Jean Watson, la autora entiende que los profesionales de la salud deben promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal, debiendo prepararse para educar (Poblete et al., 2012). Ahora bien, para que los futuros profesionales sanitarios puedan enseñar de una forma transpersonal, es necesario que su formación haya sido considerada desde esta visión, por lo que parece necesario que la formación de los estudiantes de Enfermería sea contemplada desde todas las esferas para poder otorgar unos cuidados completos y plenos.

- Implicaciones para la práctica clínica

Tras lo expuesto anteriormente, y siguiendo la idea que establece Watson en su teoría, formar a los futuros profesionales en habilidades sociales y no sólo en técnicas supone que en su desempeño profesional contemplen al paciente en su totalidad, atendiendo a todas sus necesidades y no centrándose únicamente en la enfermedad. Se trata de formar a futuros enfermeros de una manera holística e integral para que intervengan en todos los aspectos de las personas con las que intervienen, proporcionando por ello un cuidado completo, no solo a la persona enfermera, sino de su familia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Carbonero, M., Román, J. M^a., Martín Antón, L. y Reoyo, N. (2009). Efecto del programa de habilidades docentes motivadoras en el profesorado de Secundaria. *Revista de Psicodidáctica*, 14(2), 229-243. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17512724005>
- García Retana, J.A. (2011). Modelo educativo basado en competencias: Importancia y necesidad. *Actualidades Investigativas en Educación*, 11(3), 1-24. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/447/44722178014.pdf>
- González Fernández, N., y Lobato Fraile, C. (2008). Evaluación de las competencias sociales en estudiantes de Enfermería. *Bordón. Revista de Pedagogía*, 60(2), 91-105. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/BORDON/article/view/29017/15477>
- Landman Navarro, A., del Alcazar Pabst, R., Madrid Zamorano, Y., Pais Veliz, L., Rosenkranz Moreno, E. y Vivanzo Lobato, I. (2016). Habilidades para el cuidado humanizado de estudiantes de Enfermería. *Enfermería: cuidados humanizados*, 5(1), 29-34. Recuperado de <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/1190/1154>
- Palencia Gutiérrez, E., (2006). Reflexión sobre el ejercicio docente de Enfermería en nuestros días. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24(2), 130-134. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n2/v24n2a14.pdf>
- Poblete-Troncoso, M., Valenzuela-Suazo, S. y Merino, J. (2012). Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. *Aquichán*, 12(1), 8-21. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000100002

AUTORES/AUTHORS:

Pablo Chust Hernández, David Fernández García, Olga Forero Rincón, Noemí Cuartero Monteagudo, Laura López Martínez, Patricia Sanchis Higuera

TÍTULO/TITLE:

Evolución del estrés académico de 1º a 2º curso de Grado en estudiantes de Enfermería

INTRODUCCIÓN

El estrés y el burnout son problemas significativos y generalizados en la educación superior (1, 2); desde el inicio de los estudios universitarios muchos estudiantes se perciben ineficaces para hacer frente al estrés generado por las nuevas situaciones académicas (2). El estrés académico se puede definir como “aquel que se genera a partir de las demandas propias del contexto académico, sin que intervengan de forma significativa aspectos externos a la vida académica” (3).

OBJETIVO

Analizar la evolución del estrés académico que se produce en alumnos de Enfermería de 1º a 2º curso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte longitudinal, prospectivo y de metodología cuantitativa.

La muestra consistió en 210 estudiantes de enfermería matriculados en los cursos de 1º en el curso académico 2015-2016, y en 2º en el curso 2016-2017, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir”. Se trata, por tanto, de un muestreo de conveniencia (no probabilístico), asumiendo todos los alumnos que acuden a clase durante los dos pases de cuestionarios en Septiembre de 2015 y de 2016.

El procedimiento se llevó a cabo de la siguiente manera: se administró un cuestionario a los alumnos de Enfermería de nuevo ingreso (1º curso), a principios del curso académico 2015-2016, y se volvió a administrar el mismo cuestionario un año después, al inicio del curso académico 2016-2017 (2º curso).

El instrumento utilizado para medir el estrés académico fue el CEAU (Cuestionario de Estrés Académico en la Universidad), confeccionado por García-Ros et al (2). Se trata de un cuestionario validado para población universitaria española, que presenta un intervalo de puntuaciones de 19 y 95), y tiene 4 subescalas:

- Subescala 1. Obligaciones Académicas (valores entre 7 y 35). Evalúa el nivel de estrés académico relacionado con la realización de tareas, actividades y pruebas de evaluación en las distintas materias.
- Subescala 2. Expediente y Perspectivas de Futuro (valores entre 6 y 30). Evalúa el nivel de estrés generado por la anticipación de situaciones o potenciales problemas académicos futuros.
- Subescala 3. Dificultades interpersonales (valores entre 3 y 15). Evalúa el nivel de estrés generado por los problemas o conflictos con compañeros y profesores.
- Subescala 4. Expresión y comunicación de ideas (valores entre 3 y 15). Evalúa el estrés en situaciones que exigen la exposición y expresión de ideas propias.

Se administró también un cuestionario de elaboración propia sobre variables sociodemográficas (sexo y edad).

Posteriormente al pase de cuestionario, se utilizó el programa IBM SPSS 23.0 para la realización del análisis descriptivo, pruebas de normalidad, correlación y estadísticos de contraste e igualdad de medias.

Al no encontrar normalidad en los datos, se utilizaron pruebas no paramétricas para su análisis. Para analizar la evolución del estrés académico se realizó la prueba estadística de Wilcoxon, que se utiliza para analizar diferencias en muestras relacionadas, es decir, en la misma muestra pero en momentos diferentes de evaluación y de recogida de datos.

RESULTADOS

Los estudiantes presentaron un nivel medio de estrés académico total (puntuaciones de 57,60 en 1º curso y 56,59 en 2º). No existen diferencias significativas entre dichas puntuaciones ($p=0,571$). Con respecto a la subescala 1 "Obligaciones académicas", los estudiantes presentaron puntuaciones de 22,54 en 1º curso y 22,66 en 2º; tampoco existen diferencias significativas ($p=0,647$). Con respecto a la subescala 2 "Expediente y Perspectivas de Futuro", los estudiantes presentaron puntuaciones de 18,04 en 1º curso y 17,83 en 2º, no siendo significativas dichas diferencias ($p=0,832$). En la subescala 4 "Expresión y comunicación de ideas", los estudiantes extrajeron puntuaciones de 8,82 en 1º curso y 8,58 en 2º; al igual que en las anteriores, las diferencias tampoco son significativas ($p=0,183$).

Con respecto a la subescala 3 "Dificultades interpersonales", sí se observa una reducción estadísticamente significativa ($p=0,045$) entre la puntuación de 1º curso (puntuación=8,19) y la de 2º (puntuación=7,51)

DISCUSIÓN

En nuestros resultados no se observa una reducción ni un aumento del estrés académico de 1ª a 2º curso en la muestra de estudiantes de Enfermería. Los niveles de estrés se mantienen similares. Aunque dichos hallazgos coinciden con los reportados por algunos autores (4, 5), lo cierto es que la mayoría de estudios longitudinales ha evidenciado que, a medida que el estudiante de Enfermería avanza de curso, aumenta también su estrés, tanto el relacionado con obligaciones y demandas académicas (6, 7, 8), como el estrés general (9, 10, 11, 12). Una posible causa de este aumento del estrés a lo largo de la formación enfermera puede radicar en el hecho de que a medida que avanzan los cursos va aumentando también la carga relativa a las prácticas clínicas, lo que puede conllevar un incremento de la carga que perciben los estudiantes, ya que a sus obligaciones académicas se une, a un mayor nivel a medida que pasan los cursos, el estrés que supone enfrentarse a situaciones clínicas, muchas de las cuales no dominan (6). En cualquier caso, son necesarios más estudios para dilucidar entre esta y otras posibles causas.

Los niveles de estrés académico se mantienen estables en todas las variables, excepto en la subescala 3 "Dificultades interpersonales", que mide el nivel de estrés generado a raíz de posibles problemas o conflictos con compañeros y profesores. Este hallazgo es congruente con los reportados por el estudio de Seyedfatemi et al (4), quienes evidenciaron en su estudio que los estudiantes de Enfermería de 1º curso padecían más estrés por motivos de origen interpersonal, tales como el trabajo en equipo, hacer nuevos amigos, o los posibles conflictos con los compañeros. Es de esperar que, a lo largo del primer curso, ciertos temores relativos a la relación con los compañeros se disipen al establecer nuevas relaciones satisfactorias de amistad o camaradería.

Implicaciones para la práctica: Conocer la evolución del estrés académico en los estudiantes de Enfermería, así como los estresores que evolucionan positiva y negativamente, puede contribuir a optimizar las acciones dirigidas a la reducción de dicho estrés, mejorando el bienestar emocional de los futuros enfermeros y su proceso de aprendizaje.

Una gran parte de estas fuentes de estrés pueden ser paliadas o eliminadas por los equipos directivos de las instituciones universitarias, poniendo a disposición del alumnado universitarios servicios psicológicos o psicopedagógicos (13). En los últimos años, diversos autores han señalado la necesidad de implementar programas y acciones dirigidos a reducir el estrés y de sus efectos adversos en los estudiantes de Enfermería (13, 14).

A la luz de nuestros resultados, creemos conveniente poner en marcha medidas para la reducción del estrés académico en estudiantes de Enfermería durante el primer año de universidad, incidiendo especialmente en el manejo de la sobrecarga académica, en las perspectivas de futuro (posibles problemas futuros que puedan encontrarse los estudiantes) y en la expresión de ideas (exposiciones orales, preguntar dudas en clase, etc.).

El esfuerzo es necesario y el momento es propicio porque, ya que "es probable que nunca haya habido un momento en que nuestra comprensión de las experiencias de estrés del alumnado de enfermería y su impacto potencial sobre su salud mental deba ser

tomado en consideración de cara a la planificación y desarrollo de los programas de estudio de Enfermería” (9).

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses con respecto a la autoría de este trabajo y a su publicación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 - Lin SH, Huang YC. Life stress and academic burnout. *Active Learning in Higher Education*. 2014;15(1):77–90
- 2 - García-Ros R, Pérez-González F, Pérez-Blasco J, Natividad LA. Evaluación del estrés académico en estudiantes de nueva incorporación a la universidad. *Rev Latinoam Psicol*. 2012;44(2):143-54
- 3 - Arribas J. Hacia un modelo causal de las dimensiones del estrés académico en estudiantes de Enfermería. *Revista de Educación*. 2013;360:533-56
- 4 - Seyedfatemi N, Tafreshi M, Hagani H. Experienced stressors and coping strategies among Iranian nursing students. *BMC Nursing*. 2007;6(11)
- 5 - Lo R. A longitudinal study of perceived level of stress, coping and self-esteem of undergraduate nursing students: an Australian case study. *J. Adv. Nurs*. 2002;39(2):119–126
- 6 - González R, Fernández R, González L, Freire C. Estresores académicos percibidos por estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Fisioterapia*. 2010;32(4):151–158
- 7 - Jimenez C, Martínez Navia-Osorio P, Vacas-Diaz C. Stress and health in novice and experienced nursing students. *J Adv Nurs*. 2010;66(2):442-55
- 8 - Watson R, Deary I, Thompson D, Li G. A study of stress and burnout in nursing students in Hong Kong: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45 (10):1534–1542.
- 9 - Timmins F, Corroon AM, Byrne G, Mooney B. The challenge of contemporary nurse education programmes. Perceived stressors of nursing students: mental health and related lifestyle issues. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011;18:758–766
- 10 - Edwards D, Burnard P, Bennett K, Hebden U. A longitudinal study of stress and self-esteem in student nurses. *Nurse Education Today*. 2010;30(1):78–84.
- 11 - Nerdrum P, Rustoen T, Ronnestad MH. Psychological distress among nursing, physiotherapy and occupational therapy students: a longitudinal and predictive study. *Scandinavian Journal of Educational Research*. 2009;53:363–378.
- 12 - Deary IJ, Watson R, Hogston R. A longitudinal cohort study of burnout and attrition in nursing students. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;43(1):71–81.
- 13 - Shudifat R, Al-Husban R. Perceived Sources of Stress Among First-Year Nursing Students in Jordan. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2015;53(6):37-43
- 14 - Fornés-Vives J, García-Banda G, Frías-Navarro D. Stress and Neuroticism in Spanish Nursing Students: A Two-Wave Longitudinal Study. *Res Nurs Health*. 2012;35(6):589-97

Mesa de Comunicaciones 16: Práctica Clínica

Concurrent Session 16: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

Leticia Hernández Hernández, Shaila Teresa Romero Perera, Inmaculada Concepción Fernández Ramos, María Emma Alonso Ponce

TÍTULO/TITLE:

Estudio para la predicción de factores que condicionan la motivación de enfermería y la aplicación de cuidados basados e

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La práctica de Enfermería en las últimas décadas¹ ha luchado por conformar un cuerpo de conocimientos propios que le permitan un trabajo independiente de la práctica médica, con la articulación de las teorías generales, la investigación y la práctica fundamentada en evidencias (PBE).

La investigación se encuentra inserta como uno de los elementos que forman parte de la PBE. Estos elementos son cuatro^{2,3}:

–La investigación: aporta la mejor evidencia para realizar una determinada intervención.

–La experiencia profesional: conocimientos adquiridos por años de ejercicio profesional, que permite la toma de decisiones acertadas en situaciones difíciles.

–Las expectativas, preferencias y/o los valores de los usuarios: lo que implica dejar de lado la práctica paternalista impuesta hasta el momento.

–Los recursos disponibles: instrumentos que valoren la validez de las intervenciones.

La enfermería ha perfeccionado sus conocimientos y su organización y se ha adaptado

a las nuevas terapias y a las nuevas tecnologías, pero siempre ha mantenido a la persona y su salud en el centro de su actividad.

El hecho de trabajar con personas y a favor de la salud confiere a la enfermería como profesión características especiales en cuanto a la motivación y satisfacción laboral: es imposible negar el componente vocacional de las personas que la ejercen.

La motivación ha sido explicada de diferentes formas dentro del campo de la psicología y no existe un acuerdo sobre lo que hace que algo sea motivador. Casi todas las explicaciones coinciden en la intencionalidad del proceso y la orientación de la conducta hacia una meta.

La motivación⁴ se relaciona con la conducta del trabajador y su rendimiento, implica la direccionalidad hacia una o varias metas y existen diferencias individuales en cuanto a factores fisiológicos, psicológicos y ambientales que inciden en la misma.

En España ha habido cambios tanto a nivel de estudios como a nivel de actividad profesional, organización del sistema de salud e incorporación de avances tecnológicos en los últimos años que hacen que en un mismo lugar de trabajo se encuentren profesionales con perspectivas muy diferentes. Todo ello influye en la percepción que se tiene del trabajo, en la motivación hacia el y la satisfacción que genera el mismo.

Por tanto, la manera en la que se prestan los cuidados (por tareas, por pacientes asignados, con planes de cuidados, en un marco conceptual enfermero determinado), el nivel de autonomía en el desarrollo de los cuidados, la integración y funcionamiento, dentro de un equipo de salud, van a ser determinantes del nivel de satisfacción y motivación de los profesionales de enfermería. Además influirán variables ya no específicas de enfermería, como salario, horarios, recursos materiales, recursos humanos, etc.

Desde hace años tanto la motivación como la satisfacción se han ido convirtiendo en un importante elemento de estudio debido a las consecuencias que éstos tienen en los trabajadores y su repercusión en el funcionamiento de la organización y en la calidad de los servicios prestados.

Existen diversos estudios donde se objetivan estos determinantes.

Clarke encuentra que el factor más influyente en la satisfacción laboral es el apoyo por parte de la gestión del hospital a la labor de enfermería⁵. Otros factores que también resultaron importantes fueron: dotación de la plantilla, relaciones con los médicos, formación continuada, acceso a la información y beneficios obtenidos⁵.

Ferrera encuentra como factores desmotivadores y generadores de insatisfacción: falta de recursos humanos, falta de autonomía, relaciones con los compañeros, cambio continuo de servicio⁶.

La aplicación de la PBE en la disciplina permite el desarrollo de la investigación, al convertir dudas planteadas en la clínica en problemas de investigación, como a su vez desarrollar la capacidad de lectura crítica de investigaciones reportadas.

Estos conocimientos obtenidos de la investigación en enfermería son luego utilizados en la práctica diaria al crear guías y protocolos de atención que permiten entregar cuidados óptimos en todos los niveles de atención en salud.

Para el desarrollo de los cuidados que se aplican a los pacientes la investigación es fundamental, ya que aumenta las bases del conocimiento científico.

Esta investigación que planteamos nace de la necesidad de conocer los distintos factores, que pueden influir en la motivación del personal de la Gerencia de Lanzarote en la participación de cuidados basados en la evidencia.

Desde hace años, la Gerencia de Lanzarote, inicia el interés por mejorar la calidad de cuidados con la actualización de: protocolos, talleres de calidad, procedimientos de actuación. En el año 2012, comenzamos a implantar las guías de buenas prácticas clínicas, consiguiendo en el año 2015, el reconocimiento como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados.

Transcurridos los dos últimos años, hemos observado un descenso en la participación en los distintos proyectos de cuidados planteados por la Gerencia.

Por ello, planteamos como objetivo:

-Conocer los factores que motivan a los profesionales de enfermería (DUE y auxiliares de enfermería) a participar en proyectos de acciones de mejora basados en la evidencia.

Así como: Identificar las barreras para participar en proyectos de mejora.

2. METODOLOGÍA:

Para la recogida de datos se diseñó un cuestionario "at hoc", autoadministrado y anónimo, que consta de 34 ítems, con los factores⁷ motivacionales más importantes, así como su participación en algún proyecto de implantación de cuidados, elaboración de protocolos basados en evidencia o similares y también qué barreras dificultan su participación.

Se entregó el cuestionario a todos los profesionales de la unidad (23), de los que contestaron el 91% (21). Los datos se volcaron al programa Excel y se realizó un análisis descriptivo.

Este estudio inicial forma parte de un proyecto que analizará todas las unidades de este hospital, y que fue aprobado por la Gerencia, Dirección de Enfermería y Comisión de investigación.

3. RESULTADOS:

De los profesionales que contestaron al cuestionario, el 57,85% son DUE y el 42,85% auxiliares de enfermería, de los que el 7,76% es personal fijo y el 95,23% interino. El 14,28% son menores de 30 años y el 85,71% tienen entre 30-50 años.

El 66% ya había participado alguna vez en proyectos basados en evidencia con la gerencia y un 23% siguen participando en la actualidad.

En este cuestionario se les pedía que identificaran los cinco factores que considerasen más importantes y más influyentes en motivarles a participar en los distintos proyectos basados en la evidencia. Y para ellos fueron los siguientes:

- El 33% escogió: Realizar actividades "por el bienestar del paciente", participar en la toma de decisiones.
- Un 28,57%: sentir curiosidad por algo nuevo, el disfrute por aprender, explorar, superación y satisfacción por el trabajo bien hecho ("me gusta mi trabajo"), fijar metas colectivas, aportar beneficios a la práctica profesional mediante la investigación, el estar motivado en el trabajo.
- Seguido de un 23,57% que marcó: la promoción o ascenso, trabajar en equipo e involucrar a los trabajadores en el diseño y la planificación de los cuidados.

Cómo barreras para realizar trabajos en cuidados basados en la evidencia, los profesionales de enfermería han manifestado los

siguientes datos:

- Falta de tiempo con un 52.36%
- Carga asistencial con un 14.28%
- Falta de motivación con un 19.04%
- Falta de reconocimiento con un 14.28%

4. DISCUSIÓN:

Nuestro estudio coincide con el realizado por Ortuño⁸, en que las barreras identificadas con más frecuencia son: falta de tiempo, falta de motivación, falta de apoyo de las estructuras de gestión de las organizaciones, falta de apoyo por parte de los compañeros de trabajo, falta de financiación, plantillas escasas e insuficiente conocimiento metodológico⁸, si bien, tal y como referencia Moreno-Casbas⁹ algunos estudios encuentran diferencias en las barreras identificadas según se trate de profesionales más familiarizados con la investigación.

En el estudio realizado por Retsas, identifica como las barreras más significativas¹⁰ para no usar la evidencia en orden de prioridad: el insuficiente tiempo de las enfermeras para implementar nuevas ideas en su trabajo, insuficiente tiempo para leer investigaciones, organizaciones que no entregan las estructuras necesarias para aplicar las evidencias, seguido por la dificultad que presentan las enfermeras para comprender las estadísticas, sensación de aislamiento institucionales y organizativas, pero que tienen mayor valor las entregadas por la cultura profesional y la tendencia al inmovilismo de las enfermeras, dado por diferentes razones, entre las que nombra la falta de conocimiento, motivación insuficiente y negación a asumir responsabilidades¹¹.

En el cuestionario, determinadas preguntas eran abiertas, permitiéndoles expresarse con criterio propio, de ahí que no se obtenga un resultado homogéneo en las repuestas obtenidas.

Existen algunas características comunes que, adecuadamente gestionadas, favorecen un clima laboral de motivación y satisfacción, y son:

- La naturaleza del trabajo (autonomía, tipo de tareas, variedad, esfuerzos físicos y/o mentales...)
- Horarios (nocturnidad, turnicidad...). Coinciden con otros estudios en que la gran mayoría de los enfermeros no dispone de tiempo dentro de su jornada laboral para la investigación y piensa que hacerlo entorpecería su labor asistencial, ya que tiene una elevada carga de trabajo¹.
- Incentivos salariales.
- Posibilidades de desarrollo y promoción profesional. Passalenti¹³ opina que la escasa motivación en el estudio, bajas posibilidades de desarrollo profesional y falta de reconocimiento hacen más visible la falta de actualización en nuestra disciplina, deteriorando los conocimientos y la práctica clínica¹¹.
- Equipos de trabajo (colaboración, evaluación conjunta, objetivos comunes...).
- Apoyo del equipo directivo. La mayoría¹² piensa que no tiene suficiente apoyo por parte de las Direcciones de Enfermería y que no reciben los mismos apoyos externos que otros profesionales. También creen que para investigar se necesitan recursos económicos difíciles de conseguir y además un gran porcentaje piensa que no cuenta con los mismos recursos financieros que otros profesionales.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

En cuanto a los factores que influyen de forma positiva y/o negativa en la motivación, concluimos que, a cada profesional, le estimulan diferentes indicadores motivacionales. De ahí la dificultad del gestor a la hora de establecer estrategias que ayuden a mantener a sus colaboradores en un nivel adecuado de motivación.

Las implicaciones para la práctica que podemos adoptar, podrían ser: Promover la participación de todos los trabajadores de esta unidad en actividades que beneficiasen a los pacientes, como podrían ser la realización de sesiones para llevar a cabo las decisiones de la planificación de cuidados, con la participación de todos los profesionales implicados, en la que se sintiesen

escuchados e integrados en el equipo y pudiesen aportar ideas de mejora.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Castrillón, M. Teoría y práctica de la enfermería: los retos actuales. Investigación y Educación en Enfermería. 2001. Universidad de Antioquia. XIX(1), 55-56.
2. Carrasco, P. Importancia de la Enfermería Basada en Evidencia en la Elaboración de Protocolos y Guías Clínicas. 2004. Consultado el 11 de septiembre de 2017.
3. Gálvez, A.. Un enfoque crítico para la construcción de una enfermería basada en la evidencia. Investigación y Educación en Enfermería. 2003. Universidad de Antioquia. XXI(1), 50-64
4. Munduate Jaca ML. La motivación en el trabajo. Madrid. Servicio de Publicaciones. Ministerio de trabajo y Seguridad Social, 1984.
5. Clark SP. Encuesta sobre el grado de satisfacción en el trabajo. Nursing 2008;26:35-40
6. Ferrera Picado JA. La desmotivación en enfermería. Metas Enfermería. Madrid. Abril 2010, 13(3) 14-18.
7. Cepeda JM, San Román MJ, Vaca V, Álvarez C, Millán B, Pascual SM, et al. Validación de un cuestionario sobre la motivación hacia la investigación en enfermería. Rev enferm CyL. 2009; 1(2): 30-9.
8. Ortuño Soriano I, Posada Moreno P, Fernández del Palacio E. Actitud y motivación frente a la investigación en un marco de oportunidad para los profesionales de enfermería. Index Enfermer. Vol. 22, nº 3. Granada julio-septiembre 2013.
9. Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, González-María E, Gil A. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. Enfermería Clínica 2010; 20(3): 153-164.
10. Retsas, A. (2000). Barriers to using research evidence in nursing practice. Journal Advance Nursing. 31(3), 599-606.
11. Orellana A, Paravic K. Enfermería basada en evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. Ciencia y Enfermería XIII (1):17-24, 2007
12. Cepeda JM, San Román MJ, Álvarez C, Vaca V, Millán B. Actitud y motivación de la Enfermería de Castilla y León hacia la investigación. Rev enferm CyL. 2010; 2(2): 19-28.
13. Passalenti M. La gran dificultad: aplicar las evidencias a los cuidados cotidianos. Evidentia 2006 ene-feb; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/195articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 11 de Septiembre de 2017.

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Martínez, Yolanda Castellano, Marcela Fu, Montse Ballbè, Paz Fernández Ortega, Sandra Cabrera, Anna Riccobene, Eva Gavilán

TÍTULO/TITLE:

Factores asociados a la implementación de las 5As

Introducción: Modelo- 5As basado en evidencia: "Ask" Analizar; "Advice" Aconsejar; "Asesoría" Evaluar; Assist "Ayudar; "Arrange a follow-up" Seguimiento. Describir grado de implementación de 5As e identificar factores de su cumplimiento. Método: Estudio transversal a trabajadores inscritos en curso on-line de Intervención Breve, Red-Catalana-Hospitales-sin-Humo (n=714). factores individuales, cognitivos, conductuales y organizacionales. Regresión multivariante de cada componente de las 5As. Resultados: Medias y DS de ejecución las 3As son moderadas: [Analizar: media = 6,1 (3,3); Aconsejar: media = 6,8 (2,9); Evaluar: media = 6,1 (2,9)], y baja últimas dos As [Ayudar: media = 4,3 (3,0); Acordar: media = 3,2 (3,3)]. Correlación alta en 2As (Ayudar y Acordar un seguimiento) ($r = 0,71$, $p < 0,001$). Factores positivos para ejecución de las 5As son: sentirse competente y con apoyo de la organización. Ser fumador es factor individual negativo asociado a Aconsejar y Acordar. La falta de conocimientos y habilidades negativamente asociados a dar Ayuda para dejar de fumar. Conclusiones: Los trabajadores encuestados no implementan completamente el modelo 5As. Principales barreras y facilitadores identificados sugieren necesario poner en marcha programas de formación con sesiones prácticas para aumentar conocimientos y habilidades. Esencial el apoyo organización para aplicar las últimas 3As.

Background: Several health organizations have adopted the 5A's brief intervention model (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange), based on evidence-based guidelines for smoking cessation. We examine individual, cognitive, behavioral, and organizational factors associated with the 5A's performance among clinical healthcare workers in Catalonia. We also investigate how these factors interact and potentially predict the implementation of each component of the 5A's.

Methods: A cross-sectional survey was conducted among clinical health workers enrolled in an online smoking cessation training course (n=580). The survey included questions about individual characteristics as well as cognitive, behavioral, and organizational factors previously identified in research. We assessed self-reported performance of the 5A's, assessed on a scale from 0 to 10, and used Multivariate regression to examine factors associated with its performance.

Results: The performance means (standard deviation) were moderate for the first 3A's [Ask: 6.4 (3.1); Advise: 7.1 (2.7); Assess: 6.3 (2.8)] and low for the last 2A's [Assist: 4.4 (2.9); Arrange: 3.2 (3.3)]. We observed a high correlation between Assist and Arrange ($r=0.704$, $p<0.001$). Having positive experiences and feeling competent were positively associated with performing the 5A's model and having organizational support with Assist and Arrange. Personal tobacco use among healthcare workers was negatively associated with Advice and Arrange..

Conclusions: Our study found that clinical healthcare workers do not perform the 5A's completely. The main barriers identified suggest the need of training and making available practical guidelines in healthcare services. Organizational support is essential for moving towards the implementation of Assist and Arrange.

Keywords: smoking cessation; health workers; health organizations; barriers; facilitators

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

World Health Organization, ed. FCTC/COP4(8): Guidelines for implementation of article 14 of the WHO framework convention on

- tobacco Control. <http://www.who.int/fctc/Guidelines.pdf?ua=1>. ; 2010. Accessed Oct 18, 2016.
- McRobbie H, Raw M, Chan S. Research priorities for article 14--demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation. *Nicotine Tob Res.* 2013;15(4):805-816
- Duffy SA, Scholten RL, Karvonen-Gutierrez CA. The relation of tobacco use during hospitalization to post-discharge smoking cessation among US veterans. *Prev Med.* 2010;50(5-6):285-287
- Zack E. Smoking withdrawal and prolonged hospitalization. *Clin J Oncol Nurs.* 2002;6(1):7-
- Rigotti NA, Clair C, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:CD001837
- Fiore MC, Baker TB. Clinical practice. Treating smokers in the health care setting. *N Engl J Med.* 2011;365(13):1222-1231.
- Five major steps to intervention (the "5 A's"). December 2012. Agency for healthcare research and quality, rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/5steps.html>. Accessed October 11, 2016
- Freund M, Campbell E, Paul C, et al. Smoking care provision in hospitals: A review of prevalence. *Nicotine Tob Res.* 2008;10(5):757-774
- Martinez C, Fu M, Martinez-Sanchez JM, et al. Tobacco control policies in hospitals before and after the implementation of a national smoking ban in Catalonia, Spain. *BMC Public Health.* 2009;9:160
- 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;18(14):2066-2077
- Smit ES, de Vries H, Hoving C. Determinants of practice nurses' intention to implement a new smoking cessation intervention: The importance of attitude and innovation characteristics. *J Adv Nurs.* 2013;69(12):2665-2674
- Godin G, Belanger-Gravel A, Eccles M, Grimshaw J. Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implement Sci.* 2008;3:36-5908-3-36
- Leitlein L, Smit ES, de Vries H, Hoving C. Factors influencing dutch practice nurses' intention to adopt a new smoking cessation intervention. *J Adv Nurs.* 2012;68(10):2185-2194
- Freund M, Campbell E, Paul C, et al. Increasing smoking cessation care provision in hospitals: A meta-analysis of intervention effect. *Nicotine Tob Res.* 2009;11(6):650-662

AUTORES/AUTHORS:

YOLANDA VALCARCEL ALVAREZ, MARIA GONZALEZ GARCIA, ANA FERNANDEZ FEITO

TÍTULO/TITLE:

PERFIL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA COMPROMETIDOS CON LA DOCENCIA EN EL MEDIO ASISTENCIAL

Objetivos: Analizar el perfil de profesionales de enfermería tutores de prácticas clínicas y su opinión sobre la docencia en el Grado en Enfermería en la Universidad de Oviedo. Comparar esta visión según experiencia laboral y ámbito de trabajo de los profesionales de enfermería.

Método: Estudio descriptivo transversal en 84 enfermeros/as tutores de prácticas de estudiantes de 4º de Enfermería (curso 2014/15). Todos ejercían actividad asistencial en centros de salud del Área Sanitaria IV (Oviedo) y en cuatro hospitales públicos asturianos. Se diseñó una hoja de recogida de datos ad hoc. Se analizaron variables sociodemográficas (edad y sexo), otras relativas a su formación (capacitación postgrado, actividad investigadora, etc) y laborales (centro y ámbito de trabajo, experiencia profesional). Además se incluyeron ítems relacionados con su experiencia docente, valorando los principales aspectos positivos y negativos de las intervenciones con el alumno. Los datos se expresaron mayoritariamente mediante porcentajes, excepto en la edad (media y desviación estándar). Se utilizó el test de Chi-Cuadrado en el análisis comparativo.

Resultados: La mayoría de enfermeras tutoras eran mujeres (86,9%), con una edad media de 46,5 años (DE=8,9). El 85,7% trabajaban en hospitales. El 20,2% tenían formación orientada a la docencia. El 58,3% tenían entre 16 y 30 años de experiencia profesional. Los aspectos destacados como muy importantes fueron, para el 73,8% de la muestra, la transmisión de valores y para el 60,7% el intercambio mutuo de información. La mitad de los profesionales encuestados dan un valor alto a conocer los objetivos del programa de prácticas y a participar en la evaluación del alumno. El 48% considera necesario recibir formación en docencia. Conocer el plan de estudios y la comunicación con el profesorado fueron menos valorados. La mayoría (85,7%) identificaron como principal ventaja de la tutorización la actualización de conocimientos. No se detectaron diferencias significativas según la experiencia profesional o el ámbito de trabajo (primaria/especializada).

Discusión: El perfil del profesional de enfermería implicado en la tutorización de estudiantes corresponde a una enfermera hospitalaria asistencial y con elevada experiencia profesional, representando a la mayoría de enfermeros/as que actualmente tutelan prácticas(1). Los aspectos considerados más importantes fueron el intercambio de conocimientos y la formación en valores. Coincidiendo con otros autores (2,3), se detectó una elevada implicación en su papel en la tutorización del alumnado, asumiendo su responsabilidad en este rol. Sin embargo, los profesionales consideraron menos importantes los aspectos académicos. Deberíamos reflexionar sobre estos resultados y potenciar la colaboración entre estos tutores y las instituciones académicas(1) ya que se sabe que estos profesionales suelen demandar apoyo y formación para desarrollar mejor este papel docente(3).

Implicaciones para la práctica clínica: El perfil de los/as profesionales tutores está muy orientado a su formación clínica. Sería deseable mejorar la formación docente y la colaboración entre las instituciones, ya que estos profesionales son una pieza fundamental en el aprendizaje e integración laboral de los estudiantes.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran que no hay conflicto de intereses en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

1. Lapeña-Moñux YR, Cibanal-Juan L, Orts-Cortés MI, Maciá-Soler ML, Palacios-Ceña D. La experiencia de las enfermeras que trabajan con estudiantes de enfermería en un hospital:una investigación fenomenológica. Rev Lat Am Enfermagem. 2016; 24:e2788. [Acceso 22/05/2017]; Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-2402788.pdfdoi:10.1590/1518-8345.1242.2788
2. McIntosh A, Gidman J, Smith D. Mentors' perceptions and experiences of supporting student nurses in practice. Int J Nurs Pract. 2014; 20(4):360-5. doi: 10.1111/ijn.12163.
3. Bennett M, McGowan B. Assessment matters-mentors need support in their role. Br J Nurs. 2014; 23(9):454-8.

Mesa de Comunicaciones 17: Envejecimiento y fragilidad

Concurrent Session 17: Aging and Fragility

AUTORES/AUTHORS:

Cristina González Martín, Salvador Pita Fernández, Teresa Seoane Pillado, Raquel Veiga Seijo, Sonia Pértega Díaz, Vanesa Balboa Barreiro, Rocío Seijo Bestilleiro

TÍTULO/TITLE:

Relación de la patología podológica con la calidad de vida y dependencia en mayores de 65 años

OBJETIVOS

Determinar si la patología podológica modifica la dependencia y calidad de vida

MÉTODOS

Diseño: Observacional-transversal, poblacional

Ámbito: Cambre(A Coruña)

Periodo: Noviembre2012-Abril2015

Muestra: Población \geq 65años, consentimiento informado (muestreo aleatorio estratificado por edad-sexo)

Tamaño muestral: $n=497$ (precisión \pm 4,4%; seguridad=95%)

Mediciones: índice de masa corporal (IMC), comorbilidad (score-Charlson), exploración podológica, calidad de vida (SF-36), actividades básicas de la vida diaria (índice-Barthel) y actividades instrumentales de la vida diaria (índice Lawton-Brody)

Análisis:ANOVA y Kruskal-Wallis

RESULTADOS

La edad media $73,8\pm 6,3$ años, siendo 52,7% mujeres. Presentan $IMC\geq 30$ Kg/m² un 47,1% y un score de charlson ajustado por edad de $3,6\pm 1,3$. Las patologías más frecuentes fueron diabetes (15,2%), EPOC (9,0%), infarto de miocardio (8,4%) y tumores (6,9%). La prevalencia de Hallux Valgus, Hallux Extensus y Hallux Rigidus fue 46,4%, 15,3% y 5,9%, respectivamente. La prevalencia de Hallux Valgus resultó significativamente mayor en mujeres (54,4% vs. 37,3%; $p<0,001$). Presentaban dedos en garra (78,7%) y 5º radio plantar flexionado (10,5%).

Las puntuaciones estandarizadas de calidad de vida, basadas en normas poblacionales españolas, se obtuvieron por debajo de la media poblacional en todas las dimensiones excepto para Función Social ($52,5\pm 6,4$) y Rol Emocional ($51,8\pm 7,6$).

Presentan algún grado de dependencia para ABVD (35,3%) y para AIVD (14,02%), estableciendo como punto de corte para independencia 8 en mujeres y 5 hombres.

Se objetiva que la presencia de patología podológica no se asocia significativamente con la calidad de vida. No existen diferencias con la dependencia para ABVD ni para AIVD; aunque incrementa no significativamente la dependencia para ABVD.

DISCUSIÓN

No se encontró asociación entre la calidad de vida y la patología en el pie. Sin embargo, en otros estudios sí se encontró dicha relación debido a que la población integrante presentaba patología previa. En este estudio no se examina a una determinada patología, de esa forma los resultados difieren de lo encontrado en la literatura. El cuestionario SF-36, es un cuestionario genérico de salud, no es específico para una patología concreta.

En cuanto a la dependencia e independencia en relación a la patología podológica no se encontraron diferencias significativas, al igual que en otros estudios realizados en España.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Datos de patología podológica a nivel poblacional. En España no hay estudios aleatorios poblacionales.

La poca relación existente entre la calidad de vida y la patología podológica a pesar del importante tamaño muestral, pone a su vez de manifiesto la necesidad de utilizar cuestionarios específicos en podología.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. DUNN JE, LINK CL, FELSON DT, ET AL: Prevalence of foot and ankle conditions in a multiethnic community sample of older adults. Am J Epidemiol 159: 491, 2004.
2. HELFAND AE: Foot problems in older patients: a focused podogeriatric assessment study in ambulatory care. JAPMA 94: 293, 2004.
3. Munro BJ, Steele JR. Foot-care awareness. A survey of persons aged 65 years [13] and older. J Am Podiatr Med Assoc. 1998; 88(5):242-48
4. Hagedorn TJ, Dufour AB, Riskowski JL, Hillstrom HJ, Menz HB, Casey VA, et al. Foot disorders, foot posture, and foot function: the Framingham foot study. PLoS One. 2013; 8(9):e74364

AUTORES/AUTHORS:

Ana Isabel Briones García, Elisa Belén Cortés Zamora, Marta Mas Romero, Almudena Avendaño Céspedes, María Fe Ruiz García, María Felicidad Diéguez Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

VALORACIÓN DOLOR Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN UN SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS

INTRODUCCIÓN: Actualmente, encontramos que en la bibliografía el Dolor es definido por la Association for the Study of Pain en 2012 como una "Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial o descrito en términos de dicho daño". Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005 describe la Calidad de vida como la "Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

Tras la definición citada anteriormente en relación a la Calidad de vida, son muchos los signos y síntomas que podrían afectar a las distintas esferas que la conforman, siendo en el caso de los ancianos, el síntoma más habitual el dolor. A pesar de ser un síntoma comúnmente infravalorado e incluso infradiagnosticado, el dolor encuentra en la población anciana el segmento poblacional de mayor afectación, pudiendo llegar a producir alteraciones tanto en la salud física como psíquica del individuo, en su nivel de autonomía, e incluso puede afectar al modo en el que el mayor se relaciona con su entorno.

En cuanto a la etiología, se establece que entre las primeras causas de dolor crónico y de discapacidad en el anciano, destacan las enfermedades degenerativas osteoarticulares, tales como la artrosis o la osteoporosis, y diferentes cuadros degenerativos de la columna. No obstante, el dolor en el mayor es generalizado, con múltiples localizaciones y con una etiología diferente a las ya mencionadas anteriormente.

Entre las principales consecuencias producidas por el dolor se encuentran las caídas y sus consecuencias (fracturas, síndrome postcaída, etc), trastornos del ánimo, alteraciones cognitivas y del sueño, aislamiento psicosocial, y globalmente deterioro funcional, con tendencia a la discapacidad y a la dependencia.

OBJETIVO:

- Valorar la presencia de dolor en población geriátrica en un Servicio de Estancias Diurnas (SED).
- Valorar la calidad de vida relacionada con la salud en la población geriátrica en un Servicio de Estancias Diurnas (SED).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, observacional y transversal, que determina tanto la prevalencia como las características del dolor, así como la calidad de vida relacionada con la salud. En dicho estudio se incluye a todos los sujetos que se encontraban en el SED durante los meses en los cuales se llevó a cabo la recogida de datos, siendo el tamaño muestral de 33 sujetos. Se recogieron datos de carácter sociodemográfico, tratamiento habitual, comorbilidad mediante el Índice de Charlson, nivel de dolor mediante la Escala Analógica Visual del dolor (escala EVA), y calidad de vida relacionada con la salud mediante el Cuestionario EQ-5D. El análisis de dichas variables se realizó mediante el programa SPSS 22.0.

RESULTADOS: La edad media de la muestra fue 81,91 años (DE 7,67) de los cuales 23 (69.7%) eran mujeres, 29 (87.9%) obtuvieron un Índice de Masa Corporal (IMC) >25, 19 (57.6%) eran hipertensos, 10 (30.3%) diabéticos, y 14 (42.4%) presentaban alta comorbilidad según el Índice Charlson. En cuanto a la polifarmacia, 29 (87.9%) tenían prescritos más de 5 fármacos en su tratamiento habitual, 10 (53.1%) tratamiento analgésico, y 23 (71.9%) tratamiento analgésico de rescate. Del total de la muestra, 17 (51.5%) presentaban dolor, siendo crónico en 11 (64.7%) sujetos, 14 (82.4%) de origen mecánico, 8 (47.1%) presentaban dolor durante todo el día y 14 (82.4%) tenían limitaciones para algunas de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Entre los 17

(51,5%) sujetos que presentaban dolor, 10 (58.8%) tenían analgesia pautada previa, y en cuanto al género, 6 (60%) eran hombres y 11 (47.8%) eran mujeres.

En relación a la calidad de vida se obtuvieron los siguientes datos: 22 (66.7%) tenían algunos problemas en el cuidado personal, 25 (75.8%) algunos problemas para realizar actividades cotidianas, 18 (54.5%) presentaban dolor y 9 (27.3%) ansiedad/depresión. La media del estado de salud percibido fue 6.64. Según el sexo, 3 (13%) mujeres se encontraban en sillas de ruedas frente a ningún caso en hombres, en el cuidado personal, 5 (21.7%) mujeres eran incapaces, siendo solo 1 (10%) incapaz. En actividades cotidianas, 4 (17.4%) mujeres eran incapaces frente a ningún caso en hombres; 3 (13.0%) de las mujeres presentaban mucho dolor, frente a 1 (10%) hombre. 5 (21.7%) mujeres se encontraban deprimidas frente a ningún hombre.

CONCLUSIÓN: Tras el análisis de los resultados obtenidos, se puede concluir que en la muestra a estudio, existe una alta prevalencia de dolor crónico a pesar de tener pautado tratamiento analgésico habitual y tratamiento analgésico de rescate.

Así mismo, los datos obtenidos tras realizar el estudio del Cuestionario de Calidad de vida relacionado con la salud EQ-5D, el grado de mayor afectación, corresponde a las mujeres.

IMPLICACIÓN PRÁCTICA CLÍNICA: Por un lado consideramos necesaria la concienciación de los profesionales sanitarios de la importancia de considerar el dolor como la quinta constante vital, puesto que estamos convencidos de que su valoración de manera generalizada por parte del personal de enfermería puede ser muy efectivo, de fácil ejecución y de bajo coste, pudiendo emplear para ello la Escala Visual Analógica (EVA).

De igual modo, pensamos que el enfoque integral del anciano institucionalizado debe incluir la búsqueda de estados de salud deficitarios, siendo de nuevo en esta ocasión, el profesional de enfermería, el personal sanitario idóneo para valorar dichos déficits tanto por su formación como por su contacto diario siendo el cuestionario EQ-5D la herramienta adecuada para tal fin.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud (sede web)
- Fernández López J.A, Fernández Fidalgo M, Alarcos Cieza. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Revista Española Salud Pública (revista en internet) 2010 de marzo-abril (acceso 7 de agosto de 2017); 84 (2):[169-184]. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005
- Cardona D, Byron Agudelo H. Construcción cultural del concepto calidad de vida. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [revista en internet] 2005 enero-junio (acceso 7 de agosto de 2017); 23(1): [79-90]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023108>
- Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Elsevier (revista en internet). 2001 octubre (acceso 3 de agosto de 2017); 28 (6): [425-429]. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-euroqol-5d-una-alternativa-sencilla-1302021>

AUTORES/AUTHORS:

M^ºCARMEN BERBÍS MORELLÓ, GERARD MORA LÓPEZ, BLANCA ESCATLLAR GONZALEZ, PILAR MONDELO ALVAREZ, ANA MORO DE ANDRES, JOAN MARIA PRIM, MONTSERRAT CANADELL OLIVE, JOSEP MARIA ESTELRICH BARCELÓ, CARMEN FERRÉ GRAU

TÍTULO/TITLE:

LA SALUD PSICOEMOCIONAL DE LAS FAMILIAS Y PROFESIONALES INVOLUCRADOS EN EL PROCESO DE LA MUERTE

Objetivos:

Identificar las percepciones, vivencias y sentimientos que tienen los profesionales de enfermería respecto al acompañamiento familiar en una situación de muerte en urgencias de un Hospital de Tarragona.

Conocer las percepciones, sentimientos y vivencias de las familias que viven una situación de muerte en un servicio de urgencias de un Hospital de Tarragona, respecto a la atención recibida.

Metodología:

Estudio descriptivo fenomenológico. Paradigma cualitativo, utilizando la Teoría Fundamentada para el análisis de datos. Éstos fueron recogidos a través de entrevistas en profundidad realizadas a quince enfermeras con experiencia en el ámbito de las urgencias y a diez familias que habían estado en urgencias acompañando a pacientes durante cualquiera de las etapas del proceso de muerte. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas literalmente y verificadas por los participantes.

Se utilizó un cuestionario de variables sociodemográficas que incluía: edad, género, estado civil, antigüedad en urgencias, formación en duelo para el grupo de enfermeras y edad, género, estado civil, parentesco con el difunto, tiempo de estancia en urgencias y tipos de muerte para el grupo de las familias.

De acuerdo con los aspectos metodológicos, en este estudio se realizó una revisión bibliográfica simultánea al análisis de las entrevistas. Los descriptores utilizados fueron: family relations, emergency service, family, grief, mourning, death, hospital, emergency nursing, department i bereavement. Se utilizaron filtros en año de publicación (menos de 10 años) y idioma (castellano, inglés y portugués). Las bases utilizadas fueron: PubMed/Medline, CINHALL, PsycNET, Cuidatge, CUIDEN, ENFISPO, MEDES, IBECS, IME i ISOC. De 287 artículos identificados, y tras una lectura crítica de los mismos se obtuvo un resultado final de 29. El análisis se realizó a medida que se recogieron los datos. Se llevaron a cabo tres tipos de codificación: abierta, axial y selectiva. La saturación teórica fue el criterio que permitió finalizar el proceso de muestreo. Se utilizó el método comparativo constante, analizando las similitudes y las diferencias a través del análisis de incidentes contenidos en los datos.

Los conceptos que surgieron durante la recogida y análisis de datos se registraron en modo de memorandos en los que se escribieron ideas sobre las categorías y sus relaciones, paso fundamental entre la recogida de datos y la transcripción de la teoría (Charmaz 2009).

El proyecto fue aceptado por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC). Posteriormente se pidió consentimiento informado a la Dirección del centro y a los participantes en el estudio.

Los datos fueron tratados según la "Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal".

Resultados:

En este estudio emergieron las categorías temáticas siguientes: El poder de la información/comunicación, el juicio del profesional en las dimensiones del cuidado, la humanización de la muerte en urgencias y el acompañamiento emocional en el proceso del duelo.

El poder de la información/comunicación

La información es un elemento terapéutico que favorece la comunicación entre el paciente, familia y profesional.

La necesidad de información que presentan las familias cuando acuden a urgencias se ve reflejada en algunos de los relatos:

"Es que no habría tanta angustia por parte de la familia... cuando les has dicho cuatro cosas y lo entienden, el sufrimiento del

enfermo no se les va pero se sienten mucho más arropados», INF8.

«... tú llegas allí y estás diciendo... a ver, ¡que me digan, que salga alguien!...», FAM2.

La información sobre una muerte se percibe de manera diferente si se trata de una situación esperada o inesperada.

Las familias que viven una situación de muerte inesperada identifican la necesidad de recibir información de manera periódica, sensible a la situación que viven, que les permita resolver dudas, evitar falsas expectativas y les facilite iniciar su proceso de duelo, requisitos indispensables pero inexistentes en la mayoría de las entrevistadas:

«Yo recuerdo estar esperando noticias y pensar: ¿Le estarán operando?, ¿Le habrá pasado algo?... y ¡mi hijo ya estaba muerto! », FAM4.

«... Algo así hubiera necesitado! Yo aquella noche pensaba: ¿de qué se ha muerto mi hijo?, si mi hijo no tenía nada, era un crío sano», FAM2.

En situaciones de muerte esperada, si la familia es consciente de la situación crítica del paciente y acepta el deterioro de su enfermedad, está más receptiva a entender lo que se le explica. La percepción referente a la calidad de información es en general satisfactoria.

«Fue cuando dije: ¿no podéis hacer nada, no?, ya lo sabíamos. Nosotros sabíamos que tenía la mama, y los médicos nos informaron muy bien. », FAM1.

La persona que comunica una muerte ha de mostrar afecto y empatía a los familiares implicados, utilizando los recursos disponibles para conseguir una comunicación eficaz que permita un mejor manejo del duelo y afrontamiento de la pérdida:

«...Y nos dijo: -Los familiares de Héctor?. Nos hicieron entrar en un cuartito, y yo era como si estuviera viendo una película de estas de urgencias...porque fue como diciendo: - Hemos hecho todo lo posible pero no hemos podido hacer nada más. Héctor ha fallecido... ¡Yo lo vi tan frío, tan estudiado lo que tenían que decir! », FAM2.

La información que recibe la enfermera de las familias le ayuda a gestionar mejor los cuidados durante el proceso asistencial.

« Gracias a la información que te da, tú ya vas a actuar de otra manera... hablando con el familiar, t vas a conocer su ámbito social... su relación familiar, la unión que haya entre ellos, o sea, te va a aportar prácticamente todo», INF3.

El juicio del profesional en las dimensiones del cuidado

La demanda y presión asistencial obligan a los profesionales a ofrecer cuidados biomédicos y excluir de su competencia asistencial los cuidados emocionales que la familia en duelo necesita.

«...a lo mejor sí que es más fácil darles un poco de calor, pero estás pensando que tienes que hacer no sé qué... por lo tanto, no te vas a preocupar de otra cosa...», INF5.

Las decisiones de flexibilizar las normas son únicas, dependen del momento, de la situación, del profesional que decide actuar según sus valores, criterios y sentimientos:

«Hemos de ser más sensibles, creo que tenemos que romper con las normas establecidas », INF2.

«Pero me quedé con las ganas del último beso a mi hijo. Tenía que darle un beso, y no me dejaron», FAM2.

El abordaje psicoemocional forma parte de los cuidados integrales que ofrece la enfermera al paciente y familia, a medida que adquiere experiencia durante su trayectoria profesional. Este nivel de experiencia la conduce a saber afrontar mejor las situaciones de pérdida:

«Me acuerdo que al principio me impactaba mucho, no sabes cómo actuar, nadie te ha enseñado a tratar a la familia o a darle apoyo en temas de muerte... », INF7.

La humanización de la muerte en urgencias

En situaciones de muerte esperada, los cuidados que realizan los profesionales a la familia van dirigidos a ofrecerles un espacio

íntimo, darles confort y paliar la sintomatología física que la situación de pérdida pueda ocasionarles:

« Lo único que podemos hacer es intentar que la familia esté cómoda... necesita intimidad, es decir, yo estoy con él y ahora me toca recordar, cogerle de la mano y llorar si me da la gana... », INF6.

La mayoría de discursos señalan la invisibilidad que presenta la familia que vive una muerte inesperada, por parte de las enfermeras, cuyo contacto entre ellos es mínimo o inexistente:

«Se los llevan a la salita, allí les dan la noticia, empiezas a oír gritos y la familia desaparece, o sea, no tienes contacto y si los ves, tampoco tienes mucha relación», INF6.

La familia considera necesaria la implicación institucional respecto a la creación de un protocolo de intervención integral en primeros auxilios a las familias en duelo en urgencias:

« El hospital no puede ser totalmente ajeno a todo esto... creo que hay que implicarse más... tendría que haber un protocolo que guiara todo esto », FAM4.

Acompañamiento emocional en el proceso de duelo

La familia expone que necesita una persona que le acompañe, que responda a los interrogantes que se le plantea e identifica la importancia de que se facilite el que puedan despedirse de la persona agónica o difunta.

«Yo alguien, algún profesional que hubiera estado a mi lado. Que me hubiera acompañado. O sea en el momento que me dicen:-Su hijo ha fallecido, ¿quieres verlo?, que me hubieran dejado estar allí, con mi niño (plora) y me hubieran dicho: - mira, no ha sufrido », FAM2.

En los discursos se detecta a menudo la vulnerabilidad del profesional, quien reconoce que no tiene suficientes aptitudes y conocimientos para dar el apoyo emocional que la familia necesita:

«Lo que pasa es que no estamos preparados para hacer todo esto... por mucho que pongamos de nuestra parte, no sabemos cómo tratarlo», INF15.

Discusión:

En los discursos se evidencia la importancia que tiene la información / comunicación durante el proceso asistencial. Comunicación llena de dificultades y limitaciones que pueden ser aminoradas teniendo en cuenta las recomendaciones que nos proporciona la literatura consultada referente a la manera de comunicar, basadas en afecto, cercanía y asertividad (Roe 2012, O'Malley et al. 2014, Scott 2013, Foresman 2007).

Por otra parte, las respuestas arquitectónicas de la organización sanitaria son una amenaza para el desarrollo de una muerte digna. La falta de espacio, la distribución de las camas, el nivel de ocupación de la unidad, los mínimos recursos existentes para proporcionar confort e intimidad al paciente y familia y la falta de tiempo del profesional debido a la saturación del servicio (Tudela & Mòdol 2015) son inconvenientes identificados en diferentes estudios que dificultan a los profesionales ofrecer una relación terapéutica adecuada (Gálvez et al. 2011, Fernández et al. 2013).

Asimismo, la satisfacción del paciente y la familia está ligada a la relación más o menos existente con el profesional (Bailey et al. 2011). Otros autores manifiestan que pertenecer a una cultura que prioriza la atención biomédica y la técnica limita a los profesionales para cuidar a la persona y a su familia en situación de muerte y consideran esencial mejorar la postura humanista ante ésta (Mota et al. 2011, Sabatke et al. 2012, Bailey et al. 2011).

Autores como Dell'Acqua et al. (2011) exponen que el contacto con el sufrimiento de la familia en duelo genera una ansiedad al

profesional que se traduce en una variedad de actitudes relacionadas con el inmenso dolor que supone la pérdida. Aunque las enfermeras son conscientes de que es necesario cuidar, les genera una dificultad para hacerlo, que se incrementa si se trata de situaciones trágicas, en las cuales se potencia el distanciamiento entre el profesional y familia, como medida de autoprotección (Sabatke et al., 2012).

Son muchos los estudios que comparten la opinión del escaso conocimiento que tienen los profesionales en situaciones de duelo y que reconocen la importancia y necesidad de que se realicen cursos de formación para disminuir el sufrimiento de éstos (Castanedo et al., 2010; Sabatke et al., 2012; Zalenski et al., 2006) y mejorar la atención a las familias (Allen, 2009).

Conflicto de intereses:

Ningún conflicto de interés ha sido declarado por los autores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Allen, M. (2009). A child dies in the emergency department: Development of a program to support bereaved families and staff. *Clinical Nurse Specialist*, 23(2), 96.

Bailey, C., Murphy, R., i Porock, D. (2011). Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of clinical nursing*, 20(23-24), 3364-3372.

Castanedo, I. M., Suárez, C., i Vivar, C. (2010). Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo. *Enfermería Docente*, 91, 16-18.

Charmaz K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.

Dell'Acqua, M. C. Q., Tome, L. Y., i Popim, R. C. (2011). Enfermagem cuidando de paciente adulto e família no processo de morte em sala de emergência. *Cienc Cuid Saude*, 10(4), 650-657. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i4.18307>

Fernández, M., García, M. P., Pérez, N., i Cruz, F. (2013). Experiencias y obstáculos de los psicólogos en el acompañamiento de los procesos de fin de vida. *Anales de psicología*, 29(1), 1-8.

Foresman, J. (2007). Grief telling: death of a child in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 33(5), 505-508.

Gálvez, M., Fernández, C., Muñumel, G., Ríos, F., Fernández, L., i Águila, B. del (2011). Acompañamiento familiar: una herramienta para dignificar el proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos. *Index de Enfermería*, 20(4), 233-237.

O'Malley, P., Barata, I., Snow, S., American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine, i Emergency Nurses Association Pediatric Committee. (2014). Death of a child in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 40(4), 83-101.

Sabatke, C., Montezeli, J., Venturi, K., i Ferreira, A. (2012). Experience the death of victims of trauma in ready study. Online Brazilian Journal of Nursing, 11(1).

Scott, T. (2013). Sudden death in emergency care: responding to bereaved relatives: Tricia Scott outlines five simple exercises practitioners can complete to reflect on the support they give to people whose loved ones have died suddenly. Emergency Nurse, 21(8), 36-39.

Tudela, P., i Mòdol, J. M. (2015). La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias, 27:113-120.

Zalenski, R., Gillum, R. F., Quest, T. E., i Griffith, J. L. (2006). Care for the adult family members of victims of unexpected cardiac death. Academic Emergency Medicine, 13(12), 1333-1338

Mesa de Comunicaciones 18: Salud Mental

Concurrent Session 18: Mental Health

AUTORES/AUTHORS:

Alicia Ugarte Esquivel, Maria Dolores Serrano Parra, Alejandro Morales Jinez, Yolanda Ivonne Trujillo León, Francisco Javier López Rincón, Luz Elena Rodríguez Mejía, Víctor Armando Tamez Rodríguez, Leyla Aguilera Tellez, Ricardo Martín Cerda Flores

TÍTULO/TITLE:

Asociación entre sentido de coherencia y nivel de Depresión en los adultos mayores del Norte de México

Objetivo: Determinar la asociación del sentido de coherencia y el nivel de depresión en los adultos mayores residentes del norte de México.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, transversal, en el norte de México. Se realizó un muestreo aleatorio simple. La población fue de Adultos mayores de 60 años no institucionalizados, que residían en los estados de Coahuila y Durango del Norte de México. El tamaño de muestra fue de 265 adultos mayores. El presente estudio se ajustó a las normas éticas de Helsinki y se firmó el consentimiento informado. Se aplicó el cuestionario Pfeiffer y se incluyeron en el estudio a los adultos mayores que obtuvieran un funcionamiento intelectual normal (0 a 3 errores). Para la colecta de datos se valoraron los antecedentes sociodemográficos y antropométricos de los sujetos. Para evaluar la depresión se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico en su versión de 15 ítems (GDS15) y la de sentido de coherencia de Antonovsky (SOC 13) se ha utilizado para pronosticar las medidas de salud percibida y objetiva, se relaciona muy positivamente con comportamientos saludables. El cuestionario evalúa tres componentes: Comprensibilidad, Manejabilidad y Significado. El sentido de coherencia es un patrón cognitivo-motivacional o una orientación global en la forma de ver las situaciones de la vida. Antonovsky refiere que puede guardar relación con la salud influyendo en el proceso de evaluación que una persona hace de las situaciones como estresantes o no, moderando el grado de tensión que un estresor produce y moderando también las consecuencias adversas para la salud. La Comprensibilidad se refiere a la capacidad de percibir los estímulos internos o externos como información ordenada, consistente, estructurada y clara, y no como algo caótico, desordenado o inexplicable. Como es sabido, la ambigüedad, la incertidumbre y la dificultad para comprender situaciones en la vida son importantes fuentes de estrés, por lo que se cree que un elevado sentido de comprensibilidad favorecería la interpretación de los acontecimientos como explicables o con sentido (con independencia de que dichos estímulos o situaciones sean o no deseables). La Manejabilidad se refiere al grado en que la persona cree tener a su disposición los recursos adecuados para hacer frente a las demandas planteadas por la vida.

En el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas y antropométricas de los adultos mayores, se aplicó la prueba de X² para determinar si la asociación del sentido de coherencia y depresión.

Resultados: El promedio de edad en el norte de México fue de 69.5(DE=6.3), del total de la muestra 115 (43.3 %) fueron hombres y 150 (54.6%) mujeres, la mayoría están casados 153 (57.7%). La media de años de estudio fue 5.95 (DE 4.049), en el estado nutricional 105 (38.9%) presentó sobre peso y 64 (23.7%) obesidad. El análisis de fiabilidad del instrumento fue de .797. Para establecer el nivel del sentido de coherencia se clasificó la puntuación de los 13 ítems en el primer cuartil como bajo en el segundo y tercer cuartil, medio y el cuarto cuartil alto, presentando el nivel alto 103 (38.9%), medio 87 (32.8%) y Bajo 75 (28.3%), en cuanto a la presencia de depresión se evaluó de acuerdo a los criterios de puntos de cohorte del autor de nula, leve y establecida, se encontró con un nivel leve a 114 (43.0%) y Nula 151 (57%) adultos mayores. Al aplicar el estadístico de asociación, se encontraron diferencias significativas entre el sentido de coherencia y el grado de depresión a nivel general (X² 67.762 gl.40 p<0.004). Al realizar el análisis de las dimensiones del sentido de coherencia y el grado de depresión, hubo significancia estadística en la comprensibilidad (X² 89.494 gl.48 p<0.000) y significatividad (X² 76.941 gl.40 p<0.000), en la dimensión de manejabilidad no hubo diferencia significativa.

Discusión: El envejecimiento de la población mexicana según Zúñiga (2004) es uno de retos más grandes a los que se enfrentará la sociedad mexicana durante la primera mitad de este siglo. El incremento relativo de la población en edades avanzadas, que inició a mediados de los noventa, continuará durante toda la primera mitad del siglo XXI, primero a un ritmo moderado y después en forma más acelerada, hasta alcanzar 28 por ciento de la población en el año 2050. Este cambio en la estructura por edades de la población

se traducirá en una serie de desafíos de distinta índole, en primer lugar, el envejecimiento de la población implicará un incremento en el monto de los recursos destinados al cuidado de la población en edades avanzadas, lo que significa que se dispondrá de menores montos para invertir en otros ámbitos. Además, el incremento de la población en edades avanzadas se traducirá en presiones hacia las instituciones públicas de seguridad social, tanto en el ámbito de las pensiones como en el de la atención a la salud. Esta transformación también comprometerá la viabilidad de las distintas formas de apoyo familiar a la vejez, en las que ha descansado principalmente el sostenimiento de la población en edades avanzadas en México. Finalmente, el envejecimiento de la población también obligará a profundos cambios culturales, que necesariamente pasarán por una redefinición del significado social de la vejez y de las formas de integración social y cultural de los adultos mayores.

Cantillo (2012) afirma que para los adultos mayores el impacto a la vida diaria, economía, cultura, sociedad, salud apenas se viene vislumbrando, se debe promover un cambio en la percepción discapacidad, dependencia y fragilidad que hace pasivos a los seres humanos por la de personas autónomas, independientes, activas, actuando por su salud y sus derechos.

Cusumano & Inserta (2007) Mencionado por Quiceno y Vanaccia (2012) vaticinan que el mayor peso de este cambio epidemiológico va a ser soportado especialmente por los países en vías de desarrollo, por tener menores recursos y encontrarse en plena transición epidemiológica; además, se suman las patologías asociadas al proceso de envejecimiento y a los cambios en los estilos de vida, por lo que la esperanza de vida.

El adulto mayor que se siente satisfecho con la vida es aquel que tuvo la responsabilidad y el estímulo permanente de una experiencia positiva y de éxito durante el transcurso de su vida, que ha dejado una estela en el camino y que alcanzó el nivel de triunfo en el proceso. Triunfar en la vida y en la vejez significa poner todas sus cualidades y fuerza de voluntad para conseguir, aquí y ahora, toda la armonía y la felicidad en la convivencia y en el trato con los demás, el triunfador es una persona realizada que cumple sus proyectos, vive positivamente su existencia siempre, sabe que el pasado ya no le pertenece, el futuro no está todavía en sus manos, y por ello sabe vivir el momento presente con alegría, ilusión y esperanza. Pero toda esta satisfacción surge de una capacidad interna que ha sido llamada resiliencia (Gutiérrez 1994)

En este mismo sentido Kantún Marín, Moral de la Rubia, Gómez Meza, Salazar González, (2011) Analizando las circunstancias y consecuencias del envejecimiento refieren que los expertos tratan de responder a la heterogeneidad de esta condición y de entender cómo a pesar de que el envejecimiento es reflejo de la biología de cada quien y de los eventos de la vida, algunos adultos mayores mantienen y consolidan su nivel de independencia frente a retos mayores de la mente, del cuerpo y del espíritu.

En la actualidad hay un creciente interés entorno al modelo salutogénico creado por Antonovsky, este modelo contribuye básicamente como el paradigma de la promoción de la salud que es muy viable en la investigación y la práctica. La salutogénesis sostiene que la astucia de hacer frente al estrés es propia de los individuos y entonces, su entorno cobra sentido. Entonces el sentido de coherencia predice el éxito frente a la adversidad de las causas que producen estrés durante el proceso salud-bienestar-enfermedad. (Antonovsky y Sagy, 1986).

Eriksson y Lindström (2006) refieren una fuerte asociación entre el sentido de coherencia y la salud percibida.

El presente estudio mostro buenos resultados, ya que los adultos mayores presentaron una puntuación elevada en el instrumento del sentido de coherencia y no se encontró una depresión establecida y un resultado relativamente bajo de casos de depresión leve. Es de relevancia comentar que los adultos mayores participantes autopercebían su salud como estable cuando fueron entrevistadas, aunque algunas de ellas padecían enfermedades crónicas.

Las experiencias a lo largo de la vida del adulto mayor contribuyen a desarrollar capacidades para comprender cómo está organizada su vida, cómo manejarla y cómo darle sentido.

Es importante que los profesionales de salud inicien a centrarse no en factores de riesgo que desencadenan enfermedades sino en factores protectores de salud, para garantizar una mejor calidad de vida en este grupo vulnerable y estén preparados para enfrentar

este nuevo reto en relación al crecimiento de la población adulta mayor.

Conflicto de intereses. El presente estudio no tiene conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Antonovsky, S. (1986). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *Journal of Social Psychology*, 126 (2), 213- 225. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1987-24682-001>

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.

Antonovsky, A. (1994). The sense of coherence: an historical and future perspective. En H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson & J. E. Fromer (Eds.), *Sense of coherence and resiliency: stress, coping, and health*. Madison, WI: The University of Wisconsin-Madison.

Anzola, E., et al. (1994). *La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Cantillo, L. (2012) *Investigación y Experiencias En La Atención Del Adulto Mayor En México impacto socio-cultural en el envejecimiento* Symposium

Eriksson, M. y Lindström, B. (2006). Antonovsky´s sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376- 381.

Fernández Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: contribuciones de la psicología: Pirámide*. Madrid.

Gutiérrez, L. (1994). *Concepción holística del envejecimiento*. México: Universidad Autónoma de México.

Hernández Zamora, Z. (2010). Sentido de coherencia y salud en personas adultas mayores autopercebidas como sanas. Universidad Veracruzana, México. *Revista Costarricense de Psicología*, Vol. 29, no 43, 2010. Pp.17-34.

Lindstrom B. Y Eriksson M. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review". *Journal of Epidemiology &Community Health* 2005;59:6 437

Quiceno J. & Vinaccia S. (2011). Artritis reumatoide: consideraciones psicobiológicas *Revista Diversitas - Pers Pectivas En Psicología*, (17) 1.

Quiceno J., Vinaccia S.& Remor E. (2011) Programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con artritis reumatoide *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, (16) 1, 27-47.

Quiceno J. & Vinaccia, A. (2012) Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Revista Psicología desde el Caribe*, (29), 1.

Zúñiga, E. & Vega, D. (2004) "Envejecimiento de la Población de México. Reto del siglo XXI"; Consejo Nacional de Población (CONAPO); Primera Edición, Noviembre

AUTORES/AUTHORS:

Rubén J Bernal Celestino, Jacinto Ruiz-García, Silvia Muñoz-Romera, Ana I Lozano-Díaz, José M Romero de Ávila Román, David León Hurtado

TÍTULO/TITLE:

Relación entre los Problemas Conductuales y la Salud de las Personas con Discapacidad Intelectual.

La dificultad para identificar los síntomas de las PDI por parte de los cuidadores, debido al enmascaramiento de síntomas y las dificultades de comunicación, (1, 2) podría hacer que se infradiagnosticasen muchas enfermedades en esta población.

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 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% (3).

Dentro de los modelos y teorías multidimensionales que explican la casuística de estas conductas problemáticas, se incluye la Teoría Biológica (4). En ella se tiene en cuenta la salud física como un factor predisponente. En estos casos, las conductas desadaptadas cobran un papel de conducta adaptativa para el individuo.

Hay estudios que han relacionado la presencia de alteraciones de conducta como la autoagresividad, con problemas de salud (5, 6). Se estima que un 13,2% de la PDI pueden presentar algún tipo de Autolesión.

Existe bibliografía que relaciona la enfermedad por reflujo gastroesofágico con la presencia de autolesiones. La explicación conduce a la hipótesis de que las PDI pudieran usar esta conducta como mecanismo de estimulación de las vías inhibitorias descendentes y así paliar el dolor visceral (7).

La evaluación de la conducta adaptativa ha supuesto un cambio de visión entorno a las buenas prácticas de la evaluación y tratamiento de las conductas problemáticas de las PDI. Este tipo de evaluación se basa en la identificación de los factores relacionados con el problema de conducta y consiste en el registro, evaluación descriptiva y análisis experimental de la misma, es decir se trata de identificar los estímulos, las posibles causas, la relación entre la respuesta y los refuerzos, variabilidad, topografía e intensidad del problema de conducta.

Así, los escasos estudios de los que se dispone en ese ámbito han relacionado enfermedades como o la otitis, con conductas de aislamiento social o escape, además de autolesiones (12). Los problemas del oído, además de ser un factor limitante y ocasionar malestar físico y dolor, pueden actuar como un factor de riesgo de otras enfermedades. Existen estudios que ponen de manifiesto la relación entre la pérdida de audición con problemas psiquiátricos (14) e incluso con la aparición de conductas problemáticas en PDI (15).

Ese mismo refuerzo negativo llevaría a una PDI a desarrollar una aversión a la comida debida al reflujo gastroesofágico. De la misma forma se ha relacionado alergias con autolesiones o dismenorrea con conductas no colaborativas, problemas de sueño, estreñimiento e incluso problemas de salud mental (10, 13).

Otros estudios han relacionado el malestar producido por la alergia y la falta de sueño (11) con problemas de conductas del tipo evitación o conductas de escape que pudieran asimilarse al Retraimiento y/o Falta de atención en nuestro estudio.

Estos resultados se han de tomar con prudencia ya que responden a situaciones y personas concretas, es decir, el equivalente a estudios de casos.

Es importante continuar en la línea de investigar la relación que pudiera existir entre las diferentes enfermedades y la aparición, gravedad y mantenimiento de problemas conductuales. El avance en la comprensión de esta vinculación, además de dar un impulso al papel de la enfermería fomentando, previniendo enfermedades y cuidando a las PDI cuando lo necesiten, ayudaría a reducir las medidas restrictivas (Psicofármacos e inmovilizaciones terapéuticas) en personas cuyos problemas conductuales se interpretan

erróneamente como alteraciones psicóticas.

OBJETIVO PRINCIPAL:

- Evaluar la relación entre los problemas de salud de las PDI y la presencia de las Conductas Problemáticas.

OBJETIVO SECUNDARIO:

- Determinar la Prevalencia de Problemas de Salud en las PDI.
- Evaluar la Prevalencia y Gravedad de las Conductas Problemáticas de las PDI.
- Investigar que otros aspectos clínicos o contextuales influyen en la presencia y de la Conducta Problemática.

DISEÑO

Para la consecución de los objetivos del presente trabajo se diseñó un Estudio Multicéntrico Transversal.

Se confeccionó un cuestionario. Dicho cuestionario se entregó a los cuidadores de las personas que manifestaron el deseo de participar en el estudio.

Este trabajo se ha desarrollado con personas usuarias de centros de día, centros ocupacionales, centros residenciales, residencias comunitarias y viviendas con apoyo para PDI de la localidad de Ciudad Real.

Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta la edad entre 18 y 65 años, el diagnóstico DI (16), ser usuario de los dispositivos citados anteriormente desde hace más de 6 meses. Respecto a los cuidadores se incluyeron a aquellos con experiencia mínima de 2 años en el cuidado de estas personas y convivencia de al menos 20 horas semanales con la PDI.

Se excluyeron a aquellas personas que tuvieron hospitalizaciones y/o intervenciones quirúrgicas en las dos semanas anteriores.

El tamaño de muestra se calculó para la comparación de proporciones de grupos independientes en base a las diferencias detectadas en la Conducta Autolesiones entre la población con y sin problemas en los órganos de los sentidos 23% y 46%, obtenido a través de un pilotaje previo. Teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80% se estimó un tamaño muestral de 130 personas.

VARIABLES E INSTRUMENTOS

El cuestionario diseñado para la recogida de información constaba de 4 partes: Datos Sociodemográficos de la PDI: Edad; Sexo y Tipo de residencia. Datos del Informante: Relación con la persona encuestada; Años de experiencia en el cuidado de la/s persona/s con discapacidad intelectual; Horas semanales de convivencia y Variables clínicas sobre discapacidad y problemas de salud: Grado de Discapacidad, Problemas de Salud: Extraídos de indicadores de salud para personas con DI según la entrevista POMONA P15 (17). Problemas de conducta, según en el Inventory for Client and Agency Planning (ICAP).

Para comprobar que el conjunto del cuestionario fuera entendible para los informantes se hizo un pilotaje del mismo con 10 personas: 5 cuidadores profesionales y 5 familiares.

Una vez solicitados los permisos y seleccionados a los sujetos e informantes se nombró un responsable para cada centro, asociación, residencia, etc.... Este responsable fue el encargado de distribuir las hojas de recogida de información entre los participantes y devolverlas al investigador. En el momento de la entrega de la información, los participantes rellenaban una hoja con los datos sociodemográficos, datos de contacto y consentimiento informado.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos, calculando porcentajes y frecuencias absolutas de las variables cualitativas. mediante un análisis de Regresión Logística se estudiaron las variables independientes que en el análisis univariable resultaron con $p < 0,15$ y/o fueron consideradas relevantes. Para evaluar la Fuerza de Asociación entre las variables antes citadas se utilizó la Odds Ratio (OR).

El presente estudio fue presentado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real.

RESULTADOS:

Se enviaron 430 cuestionarios los centros colaboradores, de los cuales fueron devueltos al investigador 132.

En cuanto al sexo, la mayoría de los informantes, 104 (78,8%) eran mujeres. La edad de los informantes era Md= 50 (RQ 20,67) años. La edad era mayor en el caso de los familiares Md= 55,27 años (RQ 11,66); U=667,5 p<0,001.

Las PDI eran en su mayoría hombres 80 (60,6%) La edad media era de 42,88 (dt 13,70) años. La edad era superior en los hombres =44,84 (dt 13,39) que en las mujeres =39,87 (dt 13,73); t=2,06 p=0,041. La edad de las PDI era mayor en aquellos cuyos informantes no eran familiares 47,34 (RQ 14,52) años; U=822, p<0,001.

Respecto al grado de Discapacidad, 41 PDI (31,2%) estaban diagnosticadas con DI Severa, 26 (19,7%) Moderada y 15 (11,4%) poseían el diagnóstico de Leve o Sin Especificar. En otras 15 (11,4%) no se conocía el tipo de diagnóstico que tenían.

Se observó que las PDI padecían Md= 4 (RQ 4,75) problemas de salud. Los Problemas de Salud más frecuentes en la muestra fueron las Alteraciones en el Lenguaje, los Problemas bucales: Caries y Gingivitis, la Epilepsia, los Problemas Mentales, los Problemas de Movilidad y el Estreñimiento. Los problemas menos frecuentes hallados fueron los de Próstata, Cirrosis o Hepáticos, Hemorroides, Alergias (excluyendo el asma) y Dolores a Nivel Cervical.

Se encontró una correlación positiva con la edad de la PDI y el número de Problemas de salud detectados, r=0,418 p<0,001.

Las Conductas Problemáticas más frecuentes fueron los Hábitos Atípicos 55,3 (73%), el Retraimiento o Falta de Atención y la Conducta No colaboradora 62 (46,97%). Los problemas conductuales de menor prevalencia era la Conducta Social Ofensiva 28 (21,21%) y la Destrucción de Objetos 32 (24,24%). Todas las Conductas Problemáticas menos estas dos últimas, se daban en mayor proporción en el grupo de PDI Severa-Profunda.

Las Autolesiones se daban más en los hombres 35 (43,8%) que en las mujeres 10 (19,2%), 2=8,43, p=0,004. Del mismo modo la Probabilidad de presentar Destrucción de Objetos era mayor en Hombre 25 (31,3%) que en mujeres 7 (13,5%); 2=5,43 p=0,02 y en edades más jóvenes 37,48 (dt 11,14) vs 44,31 (dt 14,03); t=2,31 p=0,01.

Atendiendo al análisis multivariante las personas que padecían Problemas en la Piel también presentaban Autolesiones OR 6,54 IC 95%(1,66-25,71). La Otitis se relacionaba con las Autolesiones OR 4,19 IC 95%(1,17-15,02) y Hábitos repetitivos OR 9,07 IC 95%(1,10 – 74,78) y la bronquitis con la Destrucción de Objetos OR 38,99 IC 95%(4,47 - 339,54). Los problemas mentales se relacionaban con todas las conductas problemáticas menos con el Retraimiento y la Conducta no Colaboradora. La Alteración en el Lenguaje y la Comunicación se presentaba mayormente en aquellas personas que además mostraban Autolesiones OR 3,65 (1,29 -10,31)

DISCUSIÓN:

Las PDI con Problemas de Comunicación presentaban una mayor probabilidad de Autolesiones, apoyando la teoría de que las Conductas Problemáticas en general y las autolesiones en particular pudieran presentarse como mecanismos “adaptativos” ante la presencia de patologías o dolor y que estos se mantuviesen ante el refuerzo de alguna respuestas inhibitoria externa, por ejemplo, aumento de la atención, medicación, alejamiento de estímulos o de tareas cotidianas.

Además de factores como el Grado de Discapacidad y los Problemas Mentales, existen problemas de conducta relacionados con la Otitis, Problemas de la Piel, de la Comunicación Verbal y Antecedentes de Caídas tal como sugiere la Bibliografía Previa (10, 13-15, 18).

Sin embargo, y en contra de otros estudios basados en datos individuales, no se ha podido verificar la relación entre otros problemas como el reflujo gastroesofágico y las alergias. Respecto a esta última enfermedad considerar que si aparecían reflejados los problema de la piel como factores asociados a la Autolesión, pudiéndose entender como tal las alergias cutáneas que cursen con prurito y/o dermatitis.

En vista de los resultados aquí expuestos, se abre la vía a seguir explorando los problemas de conducta de las PDI desde el modelo biológico. En este sentido, se deben promover intervenciones basadas en buenas prácticas que contemplen la valoración integral, comenzando por el confort y problemas de salud que pudieran causar las conductas problemáticas. Todo ello mediante protocolos consensuados a nivel interdisciplinar y utilizando instrumentos validados para esta población.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Straetmans J, Valk HvSL-d, Schellevis F, Dinant G-J. Health problems of people with intellectual disabilities: The impact for general practice. *British Journal of General Practice*. 2007;57.
2. Schroyensteen HMJv, Walsh PN. Managing health problems in people with intellectual disabilities. *Student BMJ* 2009;17.
3. 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.
4. Martín-Cilleros MV. Evaluación de factores asociados a la conducta problemática en adultos con discapacidad intelectual. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2009.
5. Courtemanche A, Schroeder S, Sheldon J, Sherman J, Fowler A. Observing signs of pain in relation to self-injurious behaviour among individuals with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2012;56(5):501-15.
6. Sandman CA, Touchette P, Lenjavi M, Marion S, Chicz-DeMet A. B-Endorphin and ACTH are Dissociated After Self-Injury in Adults With Developmental Disabilities. *American Journal on Mental Retardation*. 2003;108(6):414-24.
7. Peebles KA, Price TJ. Self-injurious behaviour in intellectual disability syndromes: evidence for aberrant pain signalling as a contributing factor. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2012;56(5):441-52.
8. Turk V, Khattran S, Kerry S, Corney R, Painter K. Reporting of health problems and pain by adults with an intellectual disability and by their carers. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2012 Mar;25(2):155-65.
9. Breau LM, Camfield CS. The Effects of Psychopathology on the Pain Expression of Children and Youth With Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. 2011 2011/10/01;4(4):290-309.
10. May ME, Kennedy CH. Health and Problem Behavior Among People With Intellectual Disabilities. *Behavior Analysis in Practice*. 2010 Fall;3(2):4-12.
11. Kennedy CH, Meyer KA. Sleep deprivation, allergy symptoms, and negatively reinforced problem behavior. *J Appl Behav Anal*. 1996 Spring;29(1):133-5.
12. O'Reilly MF. Functional analysis of episodic self-injury correlated with recurrent otitis media. *J Appl Behav Anal*. 1997 Spring;30(1):165-7.

AUTORES/AUTHORS:

Juan Ramón de Moya Romero, Raquel Valera Llopis, Olga Brotons Girona, Eva Martin, Consuelo López-Trigo Reig, Alejandro José Pacios Álvarez, Ana Garcia Feria, Maria del Carmen Cortes Valdecabres, Antonio Martinez

TÍTULO/TITLE:

EVALUACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES CON TRANSTONO MENTAL GRAVE TRAS UN PROCESO DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA

OBJETIVO: Evaluar la efectividad de un Plan de Atención Individualizada en TMG. **METODOLOGÍA:** Ensayo clínico controlado, aleatorizado a través de EPIDAT. Nuestro estudio se desarrolla en 40 pacientes en tratamiento en el Departamento 5 de la Agencia Valenciana de Salud. El tamaño muestral estimado, se fija en 40 sujetos para detectar diferencias en las variables respuesta fundamentales. Se realizará una primera diferenciación según el grupo diagnóstico del paciente: a) 20 pacientes afectos del grupo Trastornos Psicóticos (TP) y b) 20 pacientes afectos del grupo de los Trastornos del Estado de Ánimo (TEA) tras la obtención de la muestra y verificación de la etiqueta diagnóstica por el Psiquiatra participante del estudio. La aleatorización se realizó estableciendo un grupo control con 10 pacientes afectos de TP y otro control 10 pacientes afectos de TEA, un grupo intervención de 10 pacientes afectos de TP y otros 10 para el grupo intervención afectos de TEA. Los fueron criterios de Inclusión: 1.Diagnóstico CIE-10 o DMS-IV- Tr de Trastornos Esquizofrénicos o Trastorno Bipolar de más de dos años de duración. 2. Haber tenido al menos un ingreso en la sala de Psiquiatría del HUCV en los últimos 30 meses. 3. Puntuación de GAF basal igual o menor de 45. Los criterios de exclusión: 1.No firmar el consentimiento informado para participar en el estudio. 2.Pacientes diagnosticados de Patología Dual. Variables Sociodemográficas: Edad, Sexo. V Físicas:Medidas físicas: tensión sanguínea, peso, talla, IMC Hemograma y bioquímica básica: colesterol total, HD-colesterol, LDL-colesterol. V. Efectos secundarios medicación: escala UKU. Funcionales: Escalas: EEAF, CGI, GEOPTE. Ingreso hospitalario en unidad de agudos del HCUV V.Psicopatológicas:escalas PANSS y BPRS. La medición de todas las variables se realizaron en tiempo basal, postintervención y 3 meses tras la intervención. La recogida de datos se llevo en sesiones individuales.

INTERVENCIÓN AL GRUPO EXPERIMENTAL: T. Cognitivo Conductual (individual o grupal): psicoeducación, manejo de stress y enfermedad, estrategias de afrontamiento, manejo de síntomas en sesiones semanales de hora y media durante 3 meses junto con psicoeducación en hábitos saludables. Todo ello desarrollado por un equipo interdisciplinar. Para el análisis de los datos se realizaron pruebas no paramétricas mediante Test de Wilcoxon y Krussal Wallis y T de Student y ANOVA para variables continuas. **RESULTADOS y DISCUSIÓN:** Tras el PAI, tanto en el tiempo postintervención así como 3 meses después encontramos una reducción del LDL($p=0.012$) y aumento del HDL ($p=0.028$). También encontramos un mejor control de los efectos secundarios de la medicación psiquiátrica en el grupo intervención frente al grupo control. $(p=0,047)$ Consideramos que este efecto viene derivado de las sesiones del equipo interdisciplinar, un mayor contacto con nuestros pacientes nos permitía identificar mejor los efectos secundarios y proceder a su paliación con ajustes del tratamiento farmacológico, así como otras medidas higiénico-dietéticas. (p menor 0,05) puntuación total de PANSS ($p<0,001$), GAF ($p<0,001$) y CGI ($p<0,05$), mostrando diferencias significativas tras la intervención en el grupo experimental ($p<0,001$, $p<0,05$, $p<0,005$ y $p<0,005$ respectivamente para cada escala a IC:95%). Solo se mantuvieron estas diferencias a los 3 meses de intervención dentro del grupo experimental en las escalas GAF y CGI ($p<0,05$ y $p<0,005$) lo cual parece indicar una disminución de los efectos de la intervención tras el abandono de la terapia pero con algunos resultados estables en un plazo medio. **DISCUSIÓN:** En primer lugar debemos establecer las pérdidas producidas durante el tiempo de intervención. Dos pacientes se excluyeron del estudio por presentar consumo abusivo de tóxicos. Dos pacientes se excluyeron a partir de la 6 sesión por ingreso en la sala de agudos del HCUV por exacerbación de su sintomatología. Un paciente abandono el grupo intervención por decisión propia. Todas estas pérdidas, producidas en el grupo

intervención, más las 7 personas del grupo control que no acudieron tras 3 citas consecutivas a la evaluación post-intervención, nos indican

una tasa de respuesta a la evaluación post-intervención del 70 % del total de nuestra muestra.

Este dato es revelante puesto que coincide con los resultados de una revisión sistemática Cochrane de este mismo año, la cuál evaluaba las diferencias de resultado en programas de seguimientos más intensivos con pacientes afectos de TMG, como la gestión de casos o el tratamiento asertivo comunitario, en los que la retención de los pacientes en los programas, y por tanto el cumplimiento con las visitas establecidas con el profesional sanitario pertinente era superior frente al tratamiento habitual. (Dieterich et al,2011) (Perestelo Pérez,2010)

El análisis de los resultados por categoría diagnóstica no evidenciaron diferencias significativas entre las personas afectas de TP y las personas afectas de TEA. Esto nos lleva lugar a dos ideas importantes, primero que en todas las escalas clínicas en las que no encontramos diferencias significativas en la evaluación basal, la intervención no ha producido una mayor mejoría entre los integrantes de los afectos por TP y los afectos por TEA, sino que el efecto ha afectado por igual a ambos grupos. En el caso de la BPRS, en la cual se mostraron diferencias significativas en la evaluación basal dependiendo de si las personas padecían un TP o un TEA, no se encuentran diferencias diagnósticas en el tiempo post-intervención, lo que nos indica que el estado global del las personas afectas por TP mejoró hasta igualarse a la de los afectos por TEA, aunque debe resaltarse que esta igualdad puede que sea debida a la mejoría en la sintomatología positiva por parte del grupo TP, que como hemos señalado anteriormente la BPRS recoge en mayor proporción frente a sintomatología afectiva. Se establecieron diferencias estadísticamente significativas para todas las escalas utilizadas a excepción de la BDI, entre los participantes del grupo intervención afecto de TMG y del grupo control. Los resultados del grupo experimental tras los dos meses de intervención,

mostraron una mejora del estado funcional, aumentado su puntuaciones en la escala EEAG.

La disminución en la puntuación de la CGI-SI, expresa una mejoría en la impresión clínica global de marcadamente enfermero a moderadamente enfermo. La disminución en la puntuación de la escala BPRS por parte del grupo intervención, establece un cambio de "trastorno grave" o "caso cierto" a "trastorno leve" o "caso probable". La mejoría del estado funcional del grupo que se encontró en el grupo PAI frente al grupo en tratamiento habitual, coincide con otros estudios en los que se comparaban programas asertivos comunitarios o gestiones de casos intensivas frente al tratamiento habitual. (Marshall,2008)

Con respecto al estado clínico, los pacientes incluidos en el grupo intervención mostraron una mejoría debido a la reducción de sus síntomas psicopatológicos, frente al grupo control que los mantuvo similares. Como resultado se produjo una disminución en la puntuación de la escala y subescalas de la PANSS, así como en la puntuación la escala PSYRATS. Tras el PAI, encontramos un mejor control de los efectos secundarios de la medicación psiquiátrica por parte del grupo intervención frente al grupo control, justificado por una reducción en la puntuación de la escala UKU en el grupo intervención. Consideramos que este efecto viene derivado de las sesiones del equipo interdisciplinar, un mayor contacto con nuestros pacientes nos permitía identificar mejor los efectos secundarios y proceder a su paliación con ajustes del tratamiento farmacológico, así como otras medidas higiénico-dietéticas.

Si nos centramos en la comparación entre el subgrupo intervención y el subgrupo control de los TP, nuestros resultados indican que tras la intervención se evidencia una mejoría en el estado funcional frente al grupo control, encontrándonos un aumento en la escala EEAG y una reducción de la puntuación en la CGI-SI. Esta mejora en la funcionalidad en el grupo TP se encuentra fundamentada a que los psicoeducativos adaptados sobre los trastornos psicóticos aumentan el conocimiento sobre la enfermedad por parte de los participantes, permitiendo a estas personas a afrontar su enfermedad más efectivamente. (Pekala y Merinder,2008)

También podemos indicar que tras el PAI, la sintomatología clínica en el grupo intervención TP frente al grupo control mejora significativamente demostrada en una reducción en la escala y todas las subescalas PANSS, así como una mejoría sobre la

gravedad de las alucinaciones por la disminución en la puntuación de la escala PSYRATS. Hemos de destacar que consideramos que la reducción en la gravedad de las alucinaciones en este grupo es debido a las sesiones de terapia cognitiva conductual individuales integradas en el PAI..(Perona-Garcelán,2001).

En el caso del grupo intervención afecto de TEA, se observaron mejoras en el estado funcional tras el PAI, pero no en la sintomatología clínica. Este hecho se encuentra acorde a la revisión sistemática de Morris et al 2008, en la que se establece que pacientes afectos de Trastorno Bipolar sometidos a terapias intensivas de reconocimiento de síntomas, mejoraban su estado funcional pero no su sintomatología clínica. Con respecto a la cumplimentación de las evaluaciones por parte de nuestra muestra, al pasar tres meses tras la intervención sin contacto alguno las pérdidas aumentaron considerablemente, puesto que solo un 40% del total de la muestra acudieron la última evaluación de nuestro estudio. Éste número de personas se conformaban del 55% del total del grupo intervención (11 personas) y el 25% del grupo control (5 personas). Como podemos observar el cumplimiento de las evaluaciones sigue siendo mayor en nuestro grupo intervención que sobre nuestro grupo control, pero las pérdidas producidas en el primer grupo, donde el cumplimiento de la evaluación post-intervención fue del 75% y en este tiempo es del 55%, hace reflexionar de la importancia que posee la relación terapéutica para una continuidad de los cuidados a corto plazo. Tal y como muestran nuestros resultados, tres meses después de la intervención nuestro grupo intervención mantienen un mejor estado global de la enfermedad, frente a los integrantes del grupo control que cumplimentaron la tercera evaluación. Nuestro grupo intervención, también mantuvo una mejor sintomatología de sus afectaciones psiquiátricas frente al grupo control. Con respecto a la última parte de la discusión en la sintomatológica y el estado funcional de nuestro grupo intervención, nos gustaría recalcar que debido al corto periodo de seguimiento que posee el estudio, así como a las pérdidas que se produjeron en la última evaluación, existe una pérdida de potencia estadística a través la cuál no podemos asegurar que el mantenimiento del estado funcional y sintomatológico de nuestros pacientes entre el tiempo post-intervención y 3 meses después sea real, o sea simplemente coincidencia de que acudieron a la evaluación los pacientes que se encontraban en mejor estado. Actualmente la controversia sobre la coste-eficiencia de los programas que incluyen procesos de atención integral y su tasa de reingreso versus tratamientos convencionales sigue abierta. La revisión publicada por Perestelo en 2010 afirma que los PAI no ha demostrado menor índice de ingresos frente al tratamiento convencional.

CONCLUSIÓN E IMPLICACIÓN PARA LA PRACTICA: Los pacientes que reciben tratamiento por medio de programas de atención individualizada SI que mejoran su estado funcional, perfil lipídico y presencia de efectos secundarios frente un grupo en tratamiento estándar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Elola, P. L. (2017). Resultados de la implantación del Programa Cuidado de la Salud Física para pacientes con Trastorno Mental Grave. Revista Española de Enfermería de Salud Mental, 1(1).

Perestelo Pérez L, Rivero Santana AJ, González Lorenzo M, Pérez Ramos J. Eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento asertivo comunitario para las personas con trastorno mental grave y persistente y su relación con el contexto de aplicación. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCO N° 2007/14. disponible el 20/07/2016 en: http://aunets.iscii.es/ficherosproductos/272/SESCO%20N.2007_14_ACT_sin.pdf

Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998; Issue 2. Art. Nº.: CD001089.. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 4. Art. (on line) disponible el 19-07-2016 en :<http://www.update-software.com//BCP/WileyPDF/EN/CD001089.pdf>

Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. The Cochrane Library 2011, Issue 2. consultado el 24/08/2016 en : <http://www.update-software.com//BCP/WileyPDF/EN/CD007906.pdf>

Brotons Girona, O. Martín Moreno, E. Moya Romero, JR. González Piqueras, JC. "Abordaje Integral del trastorno mental grave" pag 2553-2563 de: Vallejo Ruiloba, J. y Leal Cercós, C. Tratado de Psiquiatria (2008) Ed Ars Médica ISBN:9788497513999 Barnett AH, Mackin P, Chaudhry I, Farooqi A, Gadsby R, Heald A, Hill J, Millar H, Peveler R, Rees A, Singh V, Taylor D, Vora J, Jones PB. Minimising metabolic and cardiovascular risk in schizophrenia: diabetes, obesity and dyslipidaemia. J psychopharmacol 2007, 21: 357-73.

ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. Sample and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). Acta Psychiatr Scand. 2004;109 Suppl:8-20

Gisbert Aguilar, C. Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo. AEN 2003. (On line) Disponible en: <http://www.feafes.com/NR/rdonlyres/7E268455-D66B-425A-AB0D4F35ACA56F03/23792/Rehabilitacinpsicosocialtratamientointegral.pdf>
Consultado el 23/08/2016

Mesa de Comunicaciones 19: Cuidadores

Concurrent Session 19: Carers

AUTORES/AUTHORS:

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

TÍTULO/TITLE:

Translation and Testing of the Portuguese Version of Iceland-Expressive Family Functioning Questionnaire

Nurses who work with families dealing with acute or chronic illnesses, need to know the effectiveness of their interventions on families. Valid and reliable instruments that can measure family functioning including expressive functioning, therapeutic change and the result of nursing interventions on families' outcomes, are needed in both clinical and research contexts (Sveinbjarnardóttir, Svavarsdóttir & Hrafnkelsson, 2012; Chesla, 2010; Mattila et al, 2009).

Several instruments for the evaluation of family functioning, mainly focused on family functioning in healthy families, have been developed and tested in the areas of sociology and health sciences and applied by nurses. It's important to measure family functioning in normal families, but also essential, family expressive functioning in families who are facing acute and chronic illnesses of a family member.

The Iceland-Expressive Family Functioning Questionnaire (ICE-EFFQ) developed in 2012 by Sveinbjarnardóttir, Svavarsdóttir & Hrafnkelsson, measures family expressive functioning a multidimensional concept that includes expression of emotions, collaboration and problem solving, and communication and behavior in families dealing with an acute or chronic illness of a close relative.

The singularity of this instrument resides on its background, based on the conceptual framework of the Calgary Family Assessment Model (CFAM), built on years of family nursing clinical experience and family narratives of living with an acute or chronic illness of a family member (Wright & Bell, 2009; Wright & Leahey, 2009; Sveinbjarnardóttir, Svavarsdóttir & Hrafnkelsson, 2012). This instrument was not designed with the purpose to determine whether the family is emotionally healthy or not. However, "balanced emotional expression, effective communication, collaboration among family members, and appropriate parenting are dimensions that are often considered essential dimensions of healthy family functioning" (Sveinbjarnardóttir, Svavarsdóttir & Hrafnkelsson, 2012 p355).

In Portugal there are no instruments known that measure family expressive functioning in families facing an acute or chronic illness of a relative. The ICE-EFFQ seems to be appropriated to measure this dimension of family functioning in families affected by a member's acute or chronic illness such as depression, since these families generally report difficulties in expressive family functioning related to the family members' illness.

Depression is a serious psychiatric disease that entails significant impact to individuals and families. In presence of such health condition, several changes may occur in the overall family functioning (wright & Leahey, 2013; Sveinbjarnardóttir, Svavarsdóttir & Hrafnkelsson, 2012; wright & Leahey, 2009). Poor communication, decrease of intimacy, decrease of family interaction, decrease of affective involvement, increase of conflicts and difficulties on problems solving, occur as result of depression's impact on family systems. (DiBenedetti et al, 2012; Souza et al, 2011; Ogburn et al, 2010; Saeki et al, 2002; Keitner et al, 1991).

Mental health nurses attend to these families' difficulties, by implementing interventions focused on cognitive, emotional and behavioural changes in family functioning, in order to enhance families' strengths, promote the development of families' capabilities and resilience, and make families less susceptible to see stressful situations as problematic.

To design and evaluate family nursing interventions involving families affected by depression, mental health nurses need valid and reliable instruments that can measure the results of their nursing interventions within these families. For the purpose of obtaining such an instrument, we decided to translate the Iceland-Expressive Family Functioning Questionnaire (ICE-EFFQ) to the European Portuguese language and test the psychometric properties of the translated version.

AIMS

- Translate, culturally adapt and validate the Iceland-Expressive Family Functioning Questionnaire (ICE-EFFQ) to European Portuguese.
- Evaluate the psychometric properties of the Portuguese version of the ICE-EFFQ.

METHODS

The ICE-EFFQ instrument is a self-report questionnaire composed of 17 items with 4 factors reflecting the expressive aspects of the CFAM and a 5 point scale Likert-type ranging from 1 (almost never) to 5 (all the time).

It is based on the functional assessment category of the CFAM and was developed and psychometrically tested through 3 different factorial analyses (1 Principal component analysis and 2 Confirmatory factor analyses). The final version has Internal consistency with appropriate scores of Cronbach's alpha coefficient for the full scale (.922) and for the four factors ("Expressing emotions" .737, "Collaboration and problem solving" .809, "Communication" .829, "Behaviour" .813).

The ICE-EFFQ adaptation to Portuguese language started with the linguistic component through translation and back translation cycle by four independent bilingual experts (two Portuguese natives and two English natives with different backgrounds). The linguistic screening and the cultural adaptation were performed by one-way expert analysis and an external experts meeting to check the operational, conceptual and

cultural specifications, based on the theoretical conceptions of the authors and the cultural characteristics of the populations involved in the study. The format and instructions of the original scale were maintained. The pre-final version was obtained by consensus. Cultural pre-test was performed with ten family members of families affected by depression. There were no changes in the instructions, items or format of the answers after the pre-test application.

The Portuguese version of the ICE-EFFQ was applied in community health centers and Psychiatric hospitals of Madeira Island/Portugal to a random sample of 121 family members, aged 18 years or older, with a recent experience of family depression that is the occurrence of a depressive episode in a family member within a year prior to the application of the questionnaire. Test and retest data, with at least 3 weeks of interval, were collected from May 2015 to February 2017.

The instrument psychometric properties were verified through validity and reliability, with the program SPSS Statistics, IBM (v.23) and involved exploratory factor analysis in principal components (PCA) followed by Varimax rotation with Kaiser normalization. Internal consistency of the instrument was examined by calculating the Cronbach's alpha coefficient (Pestana & Gageiro, 2014; Marôco, 2014; Nunnally, 1994).

This study was conducted in accordance with the Helsinki Declaration for human Research (World Medical Association, 2013) and received the ethical approval from the Madeira Regional Health Service's Ethics Committee. All participants were given a written description of the study and were informed that their participation was voluntary, anonymous and confidential. Participants were required to give a written consent of their participation.

RESULTS

In order to evaluate the instrument adequacy to proceed to factorial analysis, was used the measure of sampling adequacy Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) which obtained .834, value considered appropriate, as well as the factorability of the correlation matrices, Bartlett's χ^2 sphericity tests = 620,824 $p < 0.001$ also adequate (Pestana & Gageiro, 2014).

All items were analysed and were extracted four factors (Communication, Expression of emotions, Problem solving, Cooperation) with eigenvalues greater than 1 (Kaiser criterion and graphic test proposed by Cattell), which explained 55,580% of the total variance. Throughout the process of factors extraction, were taken into account the underlying theoretical perspectives and the results of factorial analysis. Items saturation in each factor varied between .46 and .82, revealing values greater than .30, as suggested by the authors.

The basic assumption, according to Cronbach (1990), is that high correlations in the same factor show that the items are measuring something in common.

The reliability index, Cronbach's alpha coefficient, is the most important (Nunnally & Bernstein, 1994; Cronbach, 1990), and a good internal consistency should exceed an alpha of .80 (Nunnally, 1978; Stevens, 1996). However, values above .60 are acceptable (Ribeiro, 1999). Cronbach alpha coefficient revealed adequate scores for the total scale (.86) and for the subscales (factor I "Communication" .79, factor II "Expression of emotions" 0.68, factor III "Problem Solving" .71, factor IV "Cooperation" .60).

The factor "Collaboration and Problem Solving" of the ICE EFFQ was transformed in two distinct factors in the Portuguese version: "Problem Solving" and "Cooperation". The denomination of the factor "Behaviour" was removed and its items were integrated in the other scale factors of the Portuguese version.

The item-total correlation coefficient and temporal stability (test-retest correlation) were other ways of obtaining information about internal consistency. All items were positively correlated with the total scale with correlations between .37 and .60, except for item 1 with .23.

The test-retest correlations evaluated in a subset of the sample (n = 40 interval of 3 weeks), evidenced good temporal stability for the total scale with .75, as well as for the subscales Communication (.66), Expression of emotions (.55), Problem solving (.66) and Cooperation (.64).

DISCUSSION

The Portuguese version of the ICE-EFFQ presents psychometric properties with satisfactory indexes in both validity and reliability studies. It is able to measure family expressive functioning in Portuguese families with depressed members.

It can be used to measure the effectiveness of family-centred health care and can be applied in clinical and research contexts to Portuguese families facing acute or chronic illnesses of relative ones.

The content validity of the Portuguese version of the ICE-EFFQ is established, and a confirmatory factor analyse is being done. In the exploratory factor analysis, some differences were found in relation to the original Icelandic instrument, which can be related to cultural differences, to different levels of literacy in both populations and to the sample dimension.

Is acceptable the fact that the expression of emotions has a lower temporal stability than the expected value (.6), since it is susceptible to situational factors that can change from one measurement to another.

The correlation between the items and the total scale also revealed a low value for item 1 (.23) "I know when my family members are expressing their feelings, e.g. joy, anger and sadness" which may be related to the impact of depression in families expressive functioning, as well as with the characteristics of many Portuguese families for whom the expression of feelings, emotions and suffering is still culturally inappropriate. It was decided to maintain this item, once the results of the internal consistency of the scale and subscale were not affected if the item was removed. The Portuguese version of the ICE EFFQ have the same 17 items as the original Icelandic scale.

we suggest that Portuguese version of the ICE EFFQ (Questionário do Funcionamento Expressivo da Família- QFEF) need to be tested in other Portuguese clinical contexts and in larger family samples.

-Conflict of interest: None declared.

-Funding: First author supported by FCT – Foundation for Science and Technology - PhD Grant Nº SFRH/BD/113061/2015.

-First and fourth 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).

-Supported through the first and fourth 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: Approved by the Madeira Regional Health Service's Ethics Committee (Nº 51/2014).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

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

DiBenedetti, D.B. et al (2012). Development of a family functioning scale for major depressive disorder. *Current Medical Research and Opinion*, 28 (3), 303-313.

Gageiro, J. N.& Pestana, M. H. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS. (6ªed)* Lisboa. Sílabo.

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.

- Marôco, J. (2014). Análise estatística com o SPSS Statistics. (6ª ed) Report Number Análise e gestão da Informação Lda.
- 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.
- Nunnally, J.C. & Bernstein, I.H. (1994) Psychometric Theory. (3rd Ed), New York. McGraw-Hill.
- Pallant, J. (2005) SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for windows (version 12). Sydney. Allen & Unwin.
- 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.
- Sousa, V.D. & Rojjanasrirat, W. (2010) Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user friendly guideline. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 17 (2), 268-74.
- Souza, J.; Abade, F.; Silva, P. M. C.; Furtado, E. F. (2011). Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental. Revista Psiquiatria Clínica, 38 (6), 254-259.
- Sveinbjarnardottir, E. K.; Svavarsdottir, E. K.; Hrafnkelsson, B. (2012). Psychometric development of the Iceland-Expressive Family Functioning Questionnaire. Journal of family Nursing, 18 (3), 353-377.
- Wright, M. L. & Leahey M. (2009). Enfermeiras e famílias: Um guia para a avaliação e intervenção na família. (4ªed.). São Paulo. Roca.
- Wright, M. L.; Bell, J.M. (2009). Beliefs and illness: A model for healing. Calgary. 4th Floor Press.
- Wright, M. L. & Leahey, M. (2013). Nurses and Families: A guide to family assessment and intervention. (6ªed.). Philadelphia: Davis Company.

AUTORES/AUTHORS:

Montserrat Solís-Muñoz, Almudena Santano-Magariño, Begoña De Andrés-Gimeno, Teresa Gordillo-Martínez, Antonia Cachinero-Murillo, Milagros Arriaga-Lugo, Esmeralda Tovar-Benito, Ricardo Herranz-Quintana, Milagros Lobete-Cardenoso

TÍTULO/TITLE:

Escala HUMANIZA-Hospital: diseño y validación de una escala para valorar la percepción de los pacientes y cuidadores

Objetivo: diseñar y validar una escala para valorar la percepción de los pacientes y cuidadores familiares sobre la Humanización en el Entorno Hospitalario.

Método: diseño y validación psicométrica de la Escala HUMANIZA-Hospital, en cinco fases: 1)Diseño primera versión, mediante búsqueda bibliográfica y técnicas consenso grupo multidisciplinar formado por 16 profesionales. 2)Validez aspecto y contenido, con participación de grupo de 11 expertos. 3)Pre-test cognitivo, con participación de pacientes y cuidadores. 4)Estudio piloto, con participación de 16 pacientes ingresados en Unidades Médicas y Quirúrgicas. 5)Validez de constructo: escala de 35 ítems, cada ítem puntúa de 0 (nada de acuerdo)a 5 (totalmente de acuerdo). Se elaboró una encuesta, autocumplimentada y anónima, que incluía datos sobre el perfil del paciente y la escala. Se entregaba a pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización Médica (UHM) y Quirúrgica (UHQ) y Observación de Urgencias (ObUrg), o cuidadores familiares (si el paciente no estaba en condiciones de contestar la encuesta). Ámbito: Hospital Universitario de la Comunidad de Madrid. Tamaño muestral 5 sujetos/ítem (n=175). Análisis: fiabilidad escala mediante coeficiente alfa de Cronbach e Intervalo Confianza 95% (IC95%); validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio, método de componentes principales con rotación varimax para extracción de factores, y adecuación del modelo mediante Coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y test de Barlett. SPSS 19.0.

Resultados: 347 pacientes, 53% varones. Edad 1-98 años, mediana 63, rango intercuartil P25-P75 48-74. Días ingreso 1-117 días, mediana 6, rango intercuartil P25-P75 de 3-14. 52% de UHQ, 43% UHM y 5% ObUrg. Los motivos de ingreso son muy heterogéneos, pero los más frecuentes son: Cirugía, problemas gastrointestinales, cardiológicos, respiratorios e infecciosos. Análisis factorial: caen dos ítems por pesos factoriales muy bajos. Modelo tetrafactorial: Factor 1: actitudes y práctica de los profesionales (18 ítems), Factor 2: manejo del dolor (6 ítems), Factor 3: ruido (4 ítems), Factor 4: habitación del paciente (5 ítems). Varianza total explicada a través de los 4 componentes de la escala del 64,2%. KMO de 0,841, test de Barlett Chi-cuadrado 2723,874 (p <0,001). Alta consistencia interna de la escala. Coeficiente alfa de Cronbach para el conjunto de la escala 0,95 (IC95% 0,93-0,96). Coeficientes alfa de Cronbach Factor 1: 0,93 (IC95% 0,92-0,94), Factor 2: 0,92 (IC95% 0,89-0,93), Factor 3: 0,86 (IC95% 0,84-0,88), Factor 4: 0,75 (IC95% 0,70-0,79).

Conclusiones: Se corrobora la adecuación del modelo factorial a los datos de la Escala HUMANIZA-Hospital y se muestra una alta fiabilidad. La escala se compone de 33 ítems en una estructura tetrafactorial: "actitudes y práctica de los profesionales", "manejo del dolor", "ruido", "habitación del paciente".

Implicaciones para la práctica: contar con un instrumento válido y fiable para medir la percepción de los pacientes y cuidadores familiares sobre la humanización de la atención en el entorno hospitalario nos permite detectar necesidades de mejora y plantear planes específicos de intervención. Es un instrumento fácil de utilizar y medir.

Agradecimientos: a todos los profesionales que han colaborado en el diseño y validación de la escala. A todos los pacientes y cuidadores familiares que lo hicieron posible gracias a su participación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Consejería de Sanidad. Madrid, 2016. [Documento en Internet] [12 jul 2017] Disponible en:
<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>.
2. López Espuela F, Moreno Monforte ME, Pulido Maestre ML et al. La intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de Enfermería. NURE Inv. [Revista online] 2010. [Acceso 2 feb 2016]; 7(46): Disponible en:
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/orig_intimidad_46.pdf.
3. Blanca Gutiérrez JJ, Muñoz Segura R, Caraballo Núñez MA et al. La intimidad en el Hospital: La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras. Index Enferm [Revista en Internet]. 2008 [Acceso 10 marzo 2016];17(2):106-110. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200006&Ing=es
4. R.D. 1367/2007, de 19 de octubre, por el que se desarrolla la Ley 37/2003, de 17 de noviembre, del Ruido, en lo referente a zonificación acústica, objetivos de calidad y emisiones acústicas.
5. World Health Organization 2009. Night Noise Guidelines for Europe. Disponible en:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/43316/E92845.pdf.
6. Amaral G, Pascoal MJ. Factores que interfieren en el sueño del paciente en ambiente hospitalario. Revista ROL de Enfermería. 2014;37(9):8-14.
7. Medina Cordero A et al. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Enferm. Glob. [revista online]. 2009 [citado 15 Feb 2015];(17). Disponible:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300005&script=sci_arttext.
8. Fajardo DL, Yurany S, Argote LA. Niveles de ruido en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal «CIRENA» del Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia. Colomb Med 2007;38 (Supl 2): 64-71.
9. Xie H, Kang J, Mills GH. Clinical review: The impact of noise on patients' sleep and the effectiveness of noise reduction strategies in intensive care units. Critical Care. 2009;13:208
10. Tineo T, Montero A, Trujillo MJ, Rodríguez P, Gómez M, Valdivieso H, Santos M. ¿Por qué se altera la necesidad de descanso-sueño en los pacientes ingresados en cuidados críticos? Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2011;34(2):39-45.
11. Gómez Sanz CA. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Enferm Intensiva. 2013;24(1):3-11.
12. Choiniere D. The effects of hospital noise. Nurs Adm Q 2010;34(4):327-33.

AUTORES/AUTHORS:

Joaquín Salvador Lima-Rodríguez, Isabel Domínguez-Sánchez, Marta Lima-Serrano

TÍTULO/TITLE:

Factores predictores de la salud familiar

OBJETIVOS

La salud familiar puede definirse como un hecho que determina y está determinado por la capacidad familiar para alcanzar un funcionamiento efectivo, como unidad biopsicosocial, que favorezca el desarrollo de sus miembros, mediante la satisfacción de sus necesidades, la resolución de problemas y la adaptación a las situaciones de crisis, en las distintas etapas de su ciclo vital, y en el contexto de una cultura y una sociedad. Se considera está constituida por cinco subdimensiones que son el clima social familiar, la integridad familiar, el funcionamiento familiar, la resistencia o resiliencia familiar y el afrontamiento familiar.

En conjunto, esta dinámica debe mantenerse en equilibrio con diferentes factores de índoles tanto interna como externa, que determinarían la salud del sistema familiar. Según diversos autores, estos determinantes podrían estar relacionados con el tipo de familia, nivel de ingresos, área de residencia, apoyo social o acontecimientos vitales estresantes que soportan, entre otros.

Se propuso con este trabajo conocer los factores asociados a la salud familiar y establecer un modelo explicativo de dicha asociación.

MÉTODO

Estudio correlacional de corte transversal, sobre una muestra de 535 unidades familiares residentes Sevilla. Mediante muestreo intencional se seleccionó a un miembro principal de la unidad familiar. La recogida de datos se desarrolló en domicilios, centros de salud y hospitalarios, por entrevistadores entrenados. Se recogieron como variables independientes datos sociodemográficos del encuestado (edad, sexo/género, nacionalidad) y de la familia (composición, tipo de familia, años de convivencia de la pareja, tipo de relación de pareja, etapa del ciclo vital familiar (CVF), transición entre etapas del CVF, residencia rural/urbana (considerándose rural aquel municipio con menos de 30.000 habitantes), nivel de estudio, profesión y clase social), apoyo social percibido (cuestionario MOS de apoyo social), acontecimientos vitales estresantes (AVE) (Escala de Reajuste Social), gestión familiar de la enfermedad (escala de Manejo Familiar de la Enfermedad). Como variable dependiente la autopercepción de la salud familiar y sus dimensiones: clima, integridad, funcionamiento, resiliencia y afrontamiento familiar (Escala Autopercepción Familiar de la Salud Familiar, AESFA). Todos los participantes firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio, ofreciéndoles un espacio de confianza para completar el cuestionario, en presencia de los encuestadores para solventar posibles dudas o preguntas. Los datos se trataron respetando la confidencialidad. El estudio fue aprobado por el comité ético correspondiente.

Se realizaron análisis descriptivos de la muestra y de regresión lineal univariante y multivariantes. Sólo aquellas variables que presentaron resultados significativos fueron incluidas en el análisis del modelo. Se utilizó un nivel de significación del 5% ($p < .05$). Se calculó el tamaño de efecto de R^2 ajustada (R^2), con valores = 0.02 considerados bajos; medios = 0.15; altos = 0.35. se utilizaron la F de Snedecor ($p < 0.05$) y R^2 para el diagnóstico de los modelos. Se utilizó el software R 3.3.0 para el análisis.

RESULTADOS

Los encuestados fueron principalmente mujeres ($n = 368$, 69%), de 45.6 ± 13.74 años de edad de media. El perfil principal de las familias fue de tipo nuclear ($N = 416$, 78.4%), compuesta por 3.23 ± 1.08 miembros de media, en la etapa CVF de familia con hijos adolescentes ($N = 180$, 33.9%), de clase social baja ($N = 209$, 39.7%). Presentaron un buen nivel de autopercepción de la salud familiar (AESFA: 70.20 puntos de media, $SD = 9.08$) buen manejo de la enfermedad (Gestión familiar de la enfermedad: 54.17 puntos de media, $SD = 3.84$), adecuado apoyo social (MOS: 85.22 puntos de media, $SD = 11.68$) y presentaban bajo riesgo de disfunción o enfermedad según el sumatorio de acontecimientos vitales estresantes vivenciados en el último año (50.8% de las familias).

Regresión lineal simple.

En el análisis de regresión lineal simple, las variables que se asociaron significativa y positivamente con la salud familiar fueron el nivel educativo más alto del sistema conyugal (formación profesional superior: $B = 3.04$, $p = 0.02$; estudios universitarios de ciclo corto –diplomaturas, escuelas técnicas: $B = 5.04$, $p < 0.001$; y estudios universitarios de ciclo largo –licenciados, máster, doctorado: $B = 6.09$, $p < 0.001$), ocupación profesional más alta de los conyugues (profesiones científico-intelectuales: $B = 5.11$, $p < 0.001$; directores y gerentes de empresa: $B = 5.18$, $p = 0.003$), la clase social familiar (media-baja: $B = 2.99$, $p = 0.001$; media: $B = 4.29$, $p < 0.001$; y alta: $B = 4.54$, $p = 0.006$), el apoyo social ($B = 0.29$, $p < 0.001$) y el manejo familiar de la enfermedad ($B = 1.04$, $p < 0.001$). El nivel educativo también se asoció positivamente con las dimensiones de clima social familiar (valores B entre 1.30 y 2.90), resiliencia familiar (valores B entre 1.14 y 1.15) y afrontamiento familiar (valores B entre 0.52 y 0.72). El apoyo social (valores B entre 0.05 y 0.07) y el manejo familiar de la enfermedad (valores B entre 0.17 y 0.31) se asociaron con todas las subdimensiones de la salud familiar.

Aquellas variables significativa y negativamente asociadas con la salud familiar estaban relacionadas con el tipo de familia (familias monoparentales: $B = -3.61$, $p = 0.011$), años de convivencia conyugal ($B = -0.07$, $p = 0.005$), impacto de los acontecimientos vitales estresantes (medio riesgo: $B = -1.88$, $p = 0.02$; y alto riesgo: $B = -6.37$, $p < 0.001$) y etapa del ciclo vital familiar (familias con hijos en edad adolescente: $B = -2.62$; $p = 0.03$; familias con hijos en edad independiente: $B = -5.43$, $p < 0.001$).

El impacto de los acontecimientos vitales estresantes también se asoció significativa y negativamente con las subdimensiones de la salud familiar clima, integridad, funcionamiento y resiliencia familiares (valores B entre -0.47 y -20.06). La etapa del ciclo vital familiar lo hizo con las cinco subdimensiones (valores B entre -0.76 y -1.47), destacando las establecidas con las etapas de hijos adolescentes e independientes.

Análisis de Regresión múltiple.

Se incluyeron en el análisis cinco variables: nivel educativo del sistema conyugal, apoyo social percibido, manejo familiar de la enfermedad, etapa del ciclo vital familiar e impacto de los acontecimientos vitales estresantes. La salud familiar y sus dimensiones se consideraron las variables dependientes.

Se asociaron positivamente con la salud familiar los niveles de estudio: bachiller/formación profesional grado medio ($B = 1.71$, $p = .05$) universitarios de grado medio ($B = 3.94$, $p < .001$) y grado superior ($B = 3.40$, $p < .001$), la gestión familiar de la enfermedad ($B = .85$, $p < .001$) y el apoyo social percibido ($B = .20$, $p < .001$). Se asociaron negativamente el impacto de los AVE, riesgo medio ($B = -1.14$, $p < .05$) y riesgo alto ($B = -2.78$, $p = .003$), y la etapa del CVF, familia con hijos lactantes ($B = -2.59$, $p < .05$). Este modelo resultó ser el más parsimonioso presentando un valor $F(16;410) = 23.49$, $p < .001$ y $R^2 = 0.46$.

En el caso de las dimensiones de la salud familiar, el clima social familiar se asoció positivamente con el nivel educativo de los conyugues: bachiller/formación profesional grado medio, etapa del ciclo vital familiar: niños en edad escolar, apoyo social percibido y manejo familiar de la enfermedad ($F(16,409) = 14.26$, $p < 0.001$, $R^2 = 0.33$). La integridad familiar mostró asociaciones positivas con el apoyo social percibido y el manejo familiar de la enfermedad; mientras que fueron negativas con las etapas del ciclo vital de niños en edad adolescente e independientes, y el alto riesgo a disfunción según agentes estresantes ($F(16,409) = 8.94$, $p < 0.001$, $R^2 = 0.23$). El funcionamiento familiar se asoció positivamente con el apoyo social percibido y el manejo familiar de la enfermedad, lo hizo negativamente con la etapa del CVF de hijos adolescentes ($F(16,409) = 6.85$, $p < 0.001$, $R^2 = 0.18$). La resiliencia familiar por su parte mostró asociaciones positivas con el nivel más alto de educación del sistema conyugal: estudios universitarios de ciclo corto, apoyo social percibido y manejo familiar de la enfermedad ($F(16,409) = 10.81$, $p < 0.001$, $R^2 = 0.27$). Finalmente, el afrontamiento se asoció positivamente con el nivel de estudios de universitarios de ciclo largo, apoyo social percibido y manejo familiar de la enfermedad; lo hizo negativamente con la etapa del CVF de hijos lactantes y familia anciana ($F(16,409) = 10.5$, $p < 0.001$, $R^2 = 0.26$).

DISCUSIÓN

En el modelo explicativo, cinco factores se asociaron significativamente con la salud familiar y sus dimensiones. La familia con hijos lactantes y el impacto de los acontecimientos vitales estresantes pueden poner en riesgo la salud familiar, mientras que niveles

formativos elevados de los cónyuges, disponer de buen apoyo social y la gestión adecuada de la enfermedad de alguno de sus miembros, favorecen la salud familia.

El desarrollo de las diferentes etapas del ciclo vital familiar debe considerarse enmarcado dentro de las vivencias de una serie de acontecimientos vitales estresantes inherentes a este ciclo, como pudieran ser la llegada del primer hijo, la etapa de crisis de la edad adolescente, la emancipación de los hijos, la jubilación de los conyugues o la muerte de alguno de ellos. Todos estos cambios afectan al sistema conyugal y a la familia como unidad, requiriendo cambios y readaptaciones continuas para permitir el equilibrio y desarrollo de sus miembros en un entorno cálido, enriquecedor y sano. Diferentes autores afirman que aquellas familias con mal manejo de los acontecimientos vitales estresantes, mantienen peores relaciones familiares, conflicto con los hijos, peores actitudes en el trabajo y la escuela, separaciones matrimoniales, enfermedades crónicas de sus miembros e incluso fallecimientos.

De acuerdo a otros autores, buenos y altos niveles educativos de los conyugues les permiten disponer de mayores ingresos y recursos, haciendo a la familia más resiliente. Un bajo nivel formativo en el sistema conyugal que forma la familia, puede conllevar niveles más altos de precariedad económica, inestabilidad laboral y desempleo, llevando a la familia a tener que depender de ayudas sociales.

El apoyo social se ha reafirmado como importante recurso en el manejo de las crisis y problemas que surgen a lo largo de la historia familiar. El apoyo de la familia extensa y los amigos permiten mejor afrontamiento a los acontecimientos vitales estresantes, observándose como familias consideradas en riesgo social poseen menos redes de apoyo.

El correcto manejo de la enfermedad por parte de la familia también se asocia a mejores niveles de salud familiar, en el sentido en que mientras mayor sea la adaptación familiar a la nueva situación, disponiendo nuevas rutinas, modificando los roles necesarios, buscando los recursos necesarios y adquiriendo correctas estrategias de afrontamiento, más positiva será la vivencia de la situación tanto para el miembro enfermo o discapacitado, como para la familia como unidad.

Los resultados obtenidos pueden ser útiles para conocer los factores que se asocian con la salud familiar, para poder intervenir sobre ellos. Igualmente pueden facilitar el trabajo enfermero para promover la salud familiar y ser utilizados en la docencia, la investigación, la asistencia, la gestión de recursos y la planificación de estrategias destinadas a mejorarla.

Conflicto de intereses: los autores afirman que no existe conflicto de intereses.

Financiación: este trabajo fue apoyado por la Fundación Progreso y Salud de la comunidad autónoma de Andalucía (España) (PI-0444/2013).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cohen, J., 1992. A Power primer. *Psychol Bull.* 112, 155-159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Conger, R.D., Conger, K.J., and Martin, M.J., 2010. Socioeconomic Status, Family Processes, and Individual Development. *J Marriage Fam.* 72 (3), 685-704. doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00725.x
- De la Revilla, L., Luna del Castillo, J., Bailón, E., Medina, I., 2005. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia.* 6 (1), 10-18.
- Downey, L., Crowder, K., Kemp, R.J., 2017. Family Structure, Residential Mobility, and Environmental Inequality. *J Marriage Fam.* 79 (2), 535-555. doi:10.1111/jomf.12355
- García-Cueto, E. Pedrosa, I., Suárez-Álvarez, J. y Robles, A., 2013. Evaluación del nivel social en población española: creación de un instrumento de medida. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada.* 18 (2), 1-11
- Hautsalo, K., Rantanen, A., Astedt-Kurki, P., 2013. Family functioning, health and social support assessed by aged home care clients and their family members. *J Clin Nurs.* 22 (19-20), 2953-2963. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04335.x
- Holmes, T. H. and Rahe, R. H. 1967. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res.* 11(2), 213-21.
- Lima-Rodríguez, J.S., Lima-Serrano, M., Domínguez-Sánchez, I., 2015. Psychometric properties of an instrument to measure family disease management. *Int J Clin Health Psychol.* 15 (3), 253 - 264. doi:10.1016/j.ijchp.2015.05.002

- 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. *Rev Esp Salud Publica*. 86, 509-521.
doi:10.1590/S1135-57272012000500005
- Lima-Rodríguez, J.S., Lima-Serrano, M., Sáez-Bueno, A., 2009. Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enferm Clin*. 19 (5), 280-283. doi:10.1016/j.enfcli.2009.05.001
- Organisation for Economic Co-operation and Development. 2008. Growing unequal? Income distribution and poverty in OECD countries. OECD, Paris.
- Robert Wood Johnson Foundation Commission, 2009. Issue Brief Series: Exploring the Social Determinants of Health. Education and Health (Issue Brief Series 6). http://www.issuebrief.org/resource/education_matters_for_health
- Sandín, B., 2003. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Int J Clin Health Psychol*. 3 (1), 141-157.
- Sherbourne, C.D., Stewart, A.L., 1991. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Med*. 32, 705-14.

AUTORES/AUTHORS:

Margarita Pérez-Cruz, Laura Parra-Anguita, Inmaculada Sánchez-García, Rafael del-Pino-Casado

TÍTULO/TITLE:

FACTORES RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD EN PERSONAS CUIDADORAS FAMILIARES DE MAYORES DEPENDIENTES

INTRODUCCION.

El envejecimiento de la población en los países industrializados ha ocasionado un aumento de las situaciones de dependencia y de los requerimientos de cuidados de larga duración. Cuidados de larga duración que son prestados mayoritariamente por las familias(1). Es la mujer la que se encarga del cuidado asumiendo el papel de cuidadora principal(2).

El cuidado familiar de mayores dependientes con frecuencia supone una importante fuente de estrés que afecta a la vida de la persona cuidadora. Una de las principales consecuencias negativas que aparecen las personas cuidadoras sometidas a situaciones de estrés prolongadas es la ansiedad(3,4), sin embargo, es una de las consecuencias negativas menos estudiada. Para llevar a cabo una adecuada estrategia preventiva de la ansiedad, se hace necesario identificar los factores relacionados con ella.

OBJETIVO.

Determinar los factores relacionados con la ansiedad en las personas cuidadoras familiares de mayores dependientes.

METODOS.

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Población. Personas cuidadoras familiares de mayores dependientes ingresadas en la UGC de Medicina Interna, Cuidados Paliativos y Pluripatológicos del CHJ; muestreo no probabilístico de conveniencia (personas cuidadoras y sus familiares mayores dependientes, ingresados en el segundo semestre de 2016), tamaño muestral: 270 (precisión del 5,8% para la estimación de una proporción con una prevalencia esperada del 50% y de ± 2 para la estimación de una media, con una desviación típica de hasta 20 unidades).

Variables. a) Variables sociodemográficas de la persona cuidadora: edad, sexo, parentesco (cónyuge vs. otros), residencia en común (sí/no); b) estrategias de afrontamiento, medida con el Cuestionario COPE abreviado de Carver(5); c) carga objetiva: nº de horas atendiendo actividades básicas de la vida diaria (ABVD), nº de ABVD atendidas y la antigüedad en el cuidado (en meses); d) sobrecarga subjetiva, medida con el índice de esfuerzo del cuidador de Robinson(6) y e) ansiedad. Medida con la Escala de ansiedad de Hamilton(7).

Recogida de datos. Se ha llevado a cabo mediante entrevista estructurada. Por dos de las autoras de este estudio con experiencia y adiestramiento específico sobre la recogida de datos, con más de 10 años de experiencia en la atención a personas cuidadoras de mayores dependientes.

Análisis de los datos. a) Descriptivo: porcentajes, medias y desviaciones típicas e intervalos de confianza al 95%; b) bivariante: coeficiente de correlación de Pearson o de Spearman en caso de variables que no cumplieron con el supuesto de normalidad; c) multivariante: regresión lineal múltiple, confirmando previamente los supuestos del modelo de regresión lineal. Los cálculos se realizaron con el programa estadístico SPSS v 19.0.

RESULTADOS.

Descripción de la muestra estudiada. Las personas cuidadoras de personas mayores dependientes son mujeres (87%), hijas (54%) de la persona cuidada, con una media de edad de 58 años ($\pm 12,79$), ama de casa (54%) y comparte el domicilio con la persona cuidada en el 68% de los casos. Las personas mayores receptoras de cuidados presentan una media de edad de 79 años y son hombres (55%) y el diagnóstico principal motivo de ingreso es el de accidente cerebrovascular (31%) seguido de cáncer (24%).

Las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas cuidadoras son: el afrontamiento centrado en el problema (rango 0-24), obteniendo una puntuación media de 17,50 ($\pm 4,05$); afrontamiento centrado en la emoción (rango 0-40) con una media de puntuación de 24,23 ($\pm 4,13$) y afrontamiento disfuncional (rango 0-48) con una media de puntuación de 19,84 ($\pm 4,38$). Con respecto a la carga objetiva, las personas cuidadoras dedican una media de 4 ($\pm 2,39$) horas a la atención de las ABVD, atienden unas 8 ($\pm 2,71$) ABVD y la antigüedad en el cuidado de la persona mayor dependiente es de 38,77 ($\pm 47,68$) meses. La media de sobrecarga subjetiva, se sitúa en 5,58 (rango 0-13), con una desviación típica de $\pm 2,83$. Obteniendo una puntuación media de ansiedad de 20,29 (rango 0-56), con una desviación típica de $\pm 10,76$.

En el análisis bivalente hemos encontrado asociación estadística positiva entre la ansiedad y el afrontamiento disfuncional ($r = 0,275$, $p = 0,000$), sobrecarga subjetiva ($r = 0,402$, $p = 0,000$), número de ABVD atendidas ($r = 0,245$, $p = 0,000$) y antigüedad en el cuidado ($r = 0,313$, $p = 0,000$), mientras que no hemos encontrado asociación estadística con el afrontamiento centrado en el problema ($r = -0,093$, $p = 0,126$), el afrontamiento centrado en la emoción ($r = -0,013$, $p = 0,836$) y las horas atendiendo ABVD ($r = -0,007$, $p = 0,908$).

El modelo de regresión de la ansiedad presenta una R^2 de 0,37. En dicho modelo la ansiedad está asociada positivamente con el afrontamiento disfuncional ($B = 0,342$, $p = 0,019$) y el afrontamiento centrado en la emoción ($B = 0,274$, $p = 0,046$), la sobrecarga subjetiva ($B = 1,662$, $p = 0,000$), el número de ABVD atendidas ($B = 0,940$, $p = 0,000$), horas atendiendo ABVD ($B = 1,480$, $p = 0,000$) y la antigüedad en el cuidado ($B = 0,045$, $p = 0,000$), mientras que hemos encontrado asociación negativa con el afrontamiento centrado en el problema ($B = -0,325$, $p = 0,019$).

DISCUSIÓN.

En este estudio se ha obtenido que, tras controlar por las variables potenciales de confusión, el afrontamiento disfuncional, el afrontamiento centrado en la emoción, la sobrecarga subjetiva y la carga objetiva (número de ABVD atendidas, horas atendiendo ABVD y antigüedad en el cuidado) están relacionadas con una mayor ansiedad, mientras que el afrontamiento centrado en el problema relacionado con una menor ansiedad. Estos resultados son coincidentes con las revisiones sistemáticas de Cooper et al. (3) y Li et al. (8) que encuentran que la ansiedad se relaciona con la carga objetiva, la sobrecarga subjetiva y algunos tipos de afrontamiento. También son coincidentes con los estudios de Del-Pino-Casado et al. (4) y con los de Pérez-Ordoñez et al. (9). En cuanto a la relación negativa del afrontamiento centrado en el problema y la ansiedad, nuestros resultados son discrepantes con los hallados en la revisión sistemática de Li et al. (8), y los estudios de Pérez-Ordoñez et al. y Del-Pino-Casado et al., ya que estos autores no encuentran relación entre la ansiedad y el afrontamiento centrado en el problema.

Los resultados anteriores permiten: establecer la hipótesis de que el afrontamiento disfuncional y el centrado en la emoción podría utilizarse como marcador de riesgo para la ansiedad a la hora de prevenir dicho problema en la atención a personas cuidadoras familiares de mayores dependientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. OCDE. Ageing and long-term care. Health at a Glance 2013. París: OCDE; 2013.
2. Pérez-Cruz M, Muñoz-Martínez MA, Parra-Anguita L, Del-Pino-Casado R. Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. Aten Primaria. 2017.
3. Cooper C, Balamurali TB, Livingston G. A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. Int Psychogeriatr. 2007; 19(2):175-95.
4. Del-Pino-Casado R, Pérez-Cruz M, Frías-Osuna A. Coping, subjective burden and anxiety among family caregivers of older dependents. J Clin Nurs. 2014; 23:3335-44.
5. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. Int J Behav Med. 1997; 4(1):92-100.
6. Robinson BC. Validation of a Caregiver Strain Index. J Gerontol. 1983; 38(3):344-8.

7. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959; 32(1):50-5.
8. Li R, Cooper C, Bradley J, Shulman A, Livingston G. Coping strategies and psychological morbidity in family carers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2012; 39(1):1-11.
9. Pérez-Ordoñez F, Frias-Osuna A, Romero-Rodriguez Y, Del-Pino-Casado R. Coping strategies and anxiety in caregivers of palliative cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2016; 25(4):600-7.

AUTORES/AUTHORS:

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

TÍTULO/TITLE:

Translation and Testing of the Portuguese Version of Iceland-Family Perceived Support Questionnaire

Depression is one of the most serious and disabling public health problems that entails a greater burden worldwide. Depression's impact on families often requires structural transformations and changes that affect the overall family functioning resulting in poor communication, increased conflicts, decreased family interactions, decreased intimacy 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).

Nurses must create the context to provide families the therapeutic change, by offering interventions aimed to changes in the cognitive, emotional and behavioural domains of family functioning (Wright and Leahey, 2013, Wright and Leahey, 2009). 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 supports and help families to find and decide what is better for themselves (Wright and Leahey, 2009; McCubbin and McCubbin, 1989).

To design and evaluate family nursing interventions involving families affected by depression, nurses need valid and reliable instruments able to measure the effectiveness and influence of their interventions, the perceived benefits associated with health care and families' perception of the support received from nurses (Bruce et al, 2016; Sveinbjarnardottir, Svavarsdottir & Hrafnkelsson, 2012; Chesla, 2010; Mattila et al, 2009).

Most of the current measurement instruments in the field of family nursing are centered on nurses' perception about their own practice. Although nurses need to be aware of their interventions to improve their practice, there's a need to extend the scope of research to families' perceived benefits of family nursing interventions. More instruments are needed that measure family members' perceptions of support from nurses (Sveinbjarnardottir, Svavarsdottir & Hrafnkelsson, 2012).

For the purpose of obtaining such an instrument, we decided to translate the Iceland-Family Perceived Support Questionnaire (ICE-FPSQ) to the European Portuguese language and test the psychometric properties of the translated version.

The Iceland-Family Perceived Support Questionnaire (ICE-FPSQ) developed by Sveinbjarnardottir, Svavarsdottir & Hrafnkelsson in 2012, is based on the conceptual framework of the Calgary Family Intervention Model (CFIM). Measures how family members perceive support received from nurses and reflects the support in two domains of family functioning: the emotional support, defined as the support offered by nurses to help families handle the overload of emotions associated to the member's illness and the cognitive support, defined as the support offered by nurses to inform and educate families, to help them to cope with the illness experience (Wright and Leahey, 2009; Sveinbjarnardottir, Svavarsdottir & Hrafnkelsson, 2012).

AIMS

- Translate, culturally adapt and validate the Iceland-Family Perceived Support Questionnaire (ICE-FPSQ) to European Portuguese.
- Evaluate the psychometric properties of the Portuguese version of the ICE-FPSQ.

METHODS

The ICE-FPSQ instrument is a self-report questionnaire composed of 14 items with 2 factors reflecting the cognitive and affective domains of the CFIM and a 5 point scale Likert-type ranging from 1 (almost never) to 5 (all the time). Developed and psychometrically tested through 3 different factorial analyses (1 Principal component analysis and 2 Confirmatory factor analyses) has appropriate scores of Cronbach's alpha coefficient for the full scale (.961) and for the two factors ("Emotional support" .952, "Cognitive support" .881).

The ICE-FPSQ adaptation to Portuguese language started with the linguistic component through translation and back translation

cycle by four independent bilingual experts (two Portuguese natives and two English natives with different backgrounds). The linguistic screening and the cultural adaptation were performed by one-way expert analysis and an external experts meeting to check the operational, conceptual and cultural specifications, based on the theoretical conceptions of the authors and the cultural characteristics of the populations involved in the study. The format and instructions of the original scale were maintained. The pre-final version was obtained by consensus. Cultural pre-test was performed with ten family members of families affected by depression. There were no changes in the instructions, items or format of the answers after the pre-test application.

The Portuguese version of the ICE-FPSQ was applied in community health centers and Psychiatric hospitals of Madeira Island/Portugal to a random sample of 119 family members, aged 18 years or older, with a recent experience of family depression that is the occurrence of a depressive episode in a family member within a year prior to the application of the questionnaire. Test and retest data, with at least 3 weeks of interval, were collected from May 2015 to February 2017.

The instrument psychometric properties were verified through validity and reliability, with the program SPSS Statistics, IBM (v.23) and involved exploratory factor analysis in principal components (PCA) followed by Varimax rotation with Kaiser normalization. Internal consistency of the instrument was examined by calculating the Cronbach's alpha coefficient (Pestana & Gageiro, 2014; Marôco, 2014; Nunnally, 1994).

This study was conducted in accordance with the Helsinki Declaration for human Research (World Medical Association, 2013) and received the ethical approval from the Madeira Regional Health Service's Ethics Committee. All participants were given a written description of the study and were informed that their participation was voluntary, anonymous and confidential. Participants were required to give a written consent of their participation.

RESULTS

In order to evaluate the instrument adequacy to proceed to factorial analysis, was used the measure of sampling adequacy Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) which obtained .91, value considered very good, as well as the factorability of the correlation matrices, Bartlett's χ^2 sphericity tests = 1199,486 $p < 0.001$ also adequate (Pestana & Gageiro, 2014).

All items were analysed and were extracted two factors (Emotional support, Cognitive support,) with eigenvalues greater than 1 (Kaiser criterion and graphic test proposed by Cattell), which explained 65,164% of the total variance.

Throughout the process of factors extraction, were taken into account the underlying theoretical perspectives and the results of factorial analysis. Items saturation in each factor varied between .554 and .830, revealing values greater than .30, as suggested by the authors.

The reliability index, Cronbach's alpha coefficient, is the most important (Nunnally & Bernstein, 1994; Cronbach, 1990), and a good internal consistency should exceed an alpha of .80 (Nunnally, 1978; Stevens, 1996). Cronbach alpha coefficient revealed adequate scores for the total scale (.935) and for the subscales (factor I "Emotional support" .927, factor II "Cognitive support" 0.864).

The item-total correlation coefficient and temporal stability (test-retest correlation) were other ways of obtaining information about internal consistency. All items were positively correlated with the total scale with correlations between .485 and .832.

The test-retest correlations evaluated in a subset of the sample ($n = 40$ interval of 3 weeks), evidenced acceptable values of temporal stability for the total scale with .682, as well as for the subscales Emotional support (.649) and Cognitive support (.709).

DISCUSSION

The Portuguese version of the ICE-FPSQ presents psychometric properties with satisfactory indexes in both validity and reliability studies. It is able to measure how family members perceive emotional and cognitive support received from nurses in Portuguese families with depressed members.

It can be used to measure the effectiveness of family-centred health care and can be applied in clinical and research contexts to Portuguese families dealing with an acute or chronic illness of a family member.

The content validity of the Portuguese version of the ICE-FPSQ is established, and a confirmatory factor analyse is being done.

In the exploratory factor analysis, were not found differences in relation to the original Icelandic instrument neither to the Swedish version of the ICE-FPSQ (Bruce, E. et al, 2016) except on temporal stability, that was acceptable in the Portuguese version but lower in relation to the Swedish version values. The Portuguese version of the ICE FPSQ have the same 14 items and two factors and similar values of Cronbach's alpha coefficient, as the original Icelandic scale and the Swedish version of the ICE-FPSQ. we suggest that Portuguese version of the ICE-FPSQ (Questionário de Perceção do suporte familiar-QPSF) need to be tested in other Portuguese clinical contexts and in larger family samples.

-Conflict of interest: None declared.

-Funding: First author supported by FCT – Foundation for Science and Technology - PhD Grant N° SFRH/BD/113061/2015.

-First and fourth 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).

-Supported through the first and fourth 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: Approved by the Madeira Regional Health Service's Ethics Committee (N° 51/2014).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Bruce, E. et al (2016). Translation and Testing of the Swedish version of Iceland-Family Perceived Support Questionnaire with parents of children with congenital heart defects. *Journal of family Nursing*, 22 (3), 298-320.
- Chesla, C. A. (2010). Do family interventions improve health? *Journal of Family Nursing*. 16 pp 355-377.
- DiBenedetti, D.B. et al (2012). Development of a family functioning scale for major depressive disorder. *Current Medical Research and Opinion*, 28 (3), 303-313.
- Gageiro, J. N.& Pestana, M. H. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS. (6ªed)* Lisboa. Sílabo.
- 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.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics. (6ª ed)* Report Number *Análise e gestão da Informação* Lda.
- 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.
- Nunnally, J.C.& Bernstein, I.H. (1994) *Psychometric Theory. (3rd Ed)*, New York. McGraw-Hill.
- Pallant, J. (2005) *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for windows (version 12)*. Sydney. Allen & Unwin.
- Sousa, V.D.& Rojjanasrirat, W. (2010) Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17 (2), 268–74.
- Souza, J.; Abade, F.; Silva, P. M. C.; Furtado, E. F. (2011). Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental. *Revista Psiquiatria Clínica*, 38 (6), 254-259.
- Sveinbjarnardottir, E. K.; Svavarsdottir, E. K.; Hrafnkelsson, B. (2012). Psychometric development of the Iceland-Family Perceived Questionnaire. *Journal of family Nursing*, 18 (3), 328-352.
- Wright, M. L.& Leahey M. (2009). *Enfermeiras e famílias: Um guia para a avaliação e intervenção na família. (4ªed.)*. São Paulo. Roca.
- Wright, M. L.; Bell, J.M. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary. 4th Floor Press.

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

AUTORES/AUTHORS:

Antonia Arreciado Marañón, Paola Galbany Estraguès

TÍTULO/TITLE:

El deseo de cuidar como esencia de las relaciones enfermería- familia: perspectiva de los profesionales masculinos

Objetivo. Conocer, desde la perspectiva de los enfermeros, qué factores intervienen en el establecimiento de unas relaciones óptimas con la familia de los niños hospitalizados.

Métodos. Investigación cualitativa fenomenológica realizada en un hospital de tercer nivel. Los participantes fueron enfermeros asistenciales del área materno-infantil. A través de un muestreo intencional se seleccionaron aquellos participantes que pudieran garantizar la calidad de la información. Se contemplaron criterios de homogeneidad y heterogeneidad, conteniendo perfiles diversos para obtener la máxima variabilidad de discursos. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, grabadas en voz y transcritas literalmente. La recogida de datos finalizó con la saturación de la información, produciéndose con 12 entrevistas. Se realizó un análisis temático, utilizándose el programa Dedoose para la categorización y organización de los datos. Rigor y calidad se concretaron aplicando los criterios de Guba.

Resultados. Se identifican dos temas que los profesionales masculinos consideran esenciales en las relaciones con las familias. 1) Las características personales de los profesionales. Son el factor principal. El carácter del profesional, más emocional o racional, es entendido como un atributo personal que favorece la relación y que marca una clara diferencia a la hora de establecer las relaciones. Este aspecto se utiliza además para constatar la no existencia de diferencias en las relaciones por cuestión de género. 2) Ser padre. Tener hijos hace que el enfermero se sienta más identificado con la familia e intente un acercamiento a ellos como estrategia de soporte emocional. Por otro lado, la familia también valora el hecho que el profesional tenga hijos.

Discusión. Estos resultados rechazan la visión de género tradicional por la que cuidar es una labor femenina. Cuidar es una capacidad humana alejada de la diferenciación entre mujeres y hombres. Ser cuidadoso o sociable, aspectos vinculados a la empatía, son rasgos que poseen los profesionales de enfermería, pero es el deseo de cuidar la característica dominante. Es en base a este deseo de cuidar entendido como actividad relacional, más desarrollado en algunos profesionales y que no distingue de género, que pueden entenderse los resultados. Además, el deseo de ayudar o cuidar es uno de los principales factores para escoger enfermería, lo que explicaría la propensión de determinados profesionales a establecer buenas relaciones con las familias. Por otro lado, la empatía que muestran los enfermeros es otro de los atributos individuales vinculados al deseo cuidador y que en nuestro estudio aparece reforzado en enfermeros que son padres. Puede entenderse que los hombres que deciden ser enfermeros ya poseen características empáticas y que con la paternidad se refuerzan.

Implicaciones para la práctica. Los resultados sugieren la importancia de tener profesionales con características cuidadoras bien desarrolladas, independientemente del género y de contemplar la motivación para cuidar como factor indispensable en Enfermería. Todo ello puede ayudar al reclutamiento y retención de profesionales motivados para cuidar.

Investigación financiada por RecerCaixa, programa impulsado por la Obra Social "La Caixa", con la colaboración de la Associació Catalana d'Universitats Públiques (2014ACUP00045).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Al-Mutair, A. S., Plummer, V., O'Brien, A., & Clerehan, R. (2013). Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 22, 1805–17. doi.org/10.1111/jocn.12065.
- Arreciado, A., & Isla, M. P. (2017). Contradictory views of nursing care among students at the end of their nursing education. *Journal of Advanced Nursing* 73, 410–420. doi.org/10.1111/jan.13114.
- Carrasco, C. (2014). Care as relational good: towards possible indicators. *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global* (128), 49–60.
- Eley, D., Eley, R., Bertello, M., & Rogers-Clark, C. (2012). Why did I become a nurse? Personality traits and reasons for entering nursing. *Journal of Advanced Nursing* 68, 1546–55. doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05955.x.
- Fleischer, S., Berg, A., Zimmermann, M., Wüste, K., & Behrens, J. (2009). Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *Journal of Public Health* (17), 339–353. doi.org/10.1007/s10389-008-0238-1.
- Harrison, T. M. (2010). Family-centered pediatric nursing care: state of the science. *Journal of Pediatric Nursing* 25, 335–43. doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.006.
- Loghmani, L., Borhani, F., & Abbaszadeh, A. (2014). Factors Affecting the Nurse-Patients' Family Communication in Intensive Care Unit of Kerman: a Qualitative Study. *Journal of Caring Sciences* 3, 67–82. doi.org/10.5681/jcs.2014.008.
- MacWilliams, B. R., Bonnie, S., & Bleich, M. R. (2013). Men in Nursing. *American Journal of Nursing* 113, 38–44. doi.org/10.1097/01.NAJ.0000425746.83731.16.
- Millard, L., Hallett, C., & Luker, K. (2006). Nurse-patient interaction and decision-making in care: patient involvement in community nursing. *Journal of Advanced Nursing* 55, 142–50. doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03904.x.
- O'Connell, E. (2008). Therapeutic relationships in critical care nursing: a reflection on practice. *Nursing in Critical Care* 13, 138–143. doi.org/10.1111/j.1478-5153.2008.00273.x.
- Penprase, B., Oakley, B., Ternes, R., & Driscoll, D. (2015). Do Higher Dispositions for Empathy Predispose Males Toward Careers in Nursing? A Descriptive Correlational Design. *Nursing Forum* 50, 1–8. doi.org/10.1111/nuf.12058.
- Shattell, M. (2004). Nurse-patient interaction: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 13, 714–22. doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00965.x.

Mesa de Comunicaciones 20: Enfermería Comunitaria

Concurrent Session 20: Community Nursing

AUTORES/AUTHORS:

DOLORES PEREZ GALVEZ, CECILIA BANACLOCHE CANO, LAURA MARTINEZ ALARCON, PABLO FERNANDEZ ABELLAN, JULIA GOMARIZ HERRERO, ESTEBAN JOSE CORTES MARTINEZ, ANA MARTÍNEZ NAVARRO, JOSE FRANCISCO MARIN MARTINEZ, FRANCISCO JOSÉ FERNANDEZ VÉLEZ

TÍTULO/TITLE:

Hábitos de consumo de fruta, bollería y zumos industriales en niños: ¿influye si desayunan en casa?

INTRODUCCIÓN

Los cambios en los hábitos alimentarios de la población española hacen necesarias estrategias de promoción del consumo diario de fruta y verdura y la disminución del consumo de azúcares simples y grasas saturadas. La bollería y los zumos industriales contienen grasas saturadas, grasas trans y azúcares cuyo consumo está directamente relacionado con las enfermedades cardiovasculares. Según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud, dos de cada 10 niños españoles tienen sobrepeso y uno de cada 10 sufre obesidad; es decir, el 27,8% de los menores en nuestro país ya presenta algún tipo de problema de peso que, con los años, puede desembocar en diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), coordinada por la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN), ha presentado en 2015 el estudio Aladino para vigilar el "crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad". En dicho estudio aconsejan seguir trabajando en estas claves, que estadísticamente están relacionadas con mayor peligro:

- Malos hábitos de alimentación.
- Falta de ejercicio físico.
- No desayunar a diario. El 15,5% de los niños consultados respondieron que habían tomado solo agua, leche o zumo. Además, aún son una pequeña minoría los que toman fruta o zumo natural a primera hora: un 8,4%. Un 6,4% tomaron otros alimentos, como huevos o jamón, mientras que un 12,3% comieron bollería.
- Tener televisión, ordenador o videojuegos en su habitación.
- Usar estos dispositivos más de dos horas diarias.
- Dormir poco.
- Bajo nivel de ingresos familiares.
- Bajo nivel educativo de padres y madres.

El 53% de los niños encuestados dijo que no tomaban nunca bollería tipo industrial; el 31% lo hacía una vez a la semana o menos; el 12,1% entre uno y tres días; y solo un minúsculo 0,8% lo hacía cada día. En cambio, las galletas, pasteles, donuts o bollos son consumidos a diario por un 7,8% de los niños y hasta un 39% lo hace entre una y tres veces por semana.

En un estudio de octubre de este mismo año, la OMS concluyó que los refrescos azucarados son la primera causa de obesidad infantil. Entre las recomendaciones de la organización internacional estaba aumentar los impuestos a estos productos. El estudio Aladino viene a negar la importancia de ese factor en nuestro país: según estos nuevos datos los niños no consumen refrescos azucarados a diario.

Los enfermeros de los centros de salud desempeñan un importante papel en la valoración de la alimentación de la población, la educación nutricional y el acompañamiento en la motivación para lograr cambio de hábitos nocivos hacia hábitos saludables. El objetivo del estudio es analizar hábitos del consumo de zumos y bollería industrial y fruta y su relación con desayunar o no en casa en niños de la Región de Murcia.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, epidemiológico, observacional y analítico. Los datos fueron obtenidos de la Historia Clínica OMI-AP. Los datos fueron recogidos en dos periodos de tiempo distintos: Octubre 2015-Mayo 2016 y Agosto 2016-Abril 2017. Criterios de inclusión: Historias clínicas OMI-AP, de niños sanos de 2 a 7 años. Criterios de exclusión: Niños de 2 a 7 años en cuyas historias clínicas figuren los siguientes episodios: incapacidad/minusvalía, cáncer/neoplasia maligna, anomalías congénitas múltiples,

cardiovasculares, del aparato locomotor, del sistema nervioso, endocrino/metabólica, del aparato digestivo, Hepatitis viral, Fallo/retraso del crecimiento, enteritis crónica/colitis ulcerosa, Incapacidad/minusvalía mental, enfermedad del aparato digestivo, Alteraciones funcionales del estómago o los recién nacidos prematuros/inmaduros. El consumo de fruta se categorizó entre 0 y más de tres piezas. Se preguntó sobre si hacían el desayuno en casa denariamente o no y si tomaban zumos industriales a diario, tres o cuatro veces a la semana o una vez por semana o nunca. Lo mismo se preguntó respecto al consumo de bollería industrial. Se realizó un análisis de frecuencias mediante Chi cuadrado (significancia $p < 0,05$).

RESULTADOS

De un total de 5.046 historias que incluían datos sobre el desayuno y el consumo de zumo diario, 163 (3%) niños no desayunan en casa a diario mientras que 4.883 (97%) si lo hacen. De los que no desayunan en casa, 110 (67,5%) toman un zumo industrial al día, y 3.223 (66%) de los que desayunan en casa también lo toman. No hay ninguna diferencia entre grupos.

Cuando analizamos este hábito de consumo por edad, se aprecia que consumen al menos un zumo industrial al día 297 (52%) niños de 2 años, 282 (52%) de 3 años, 595 (71%) de 4 años, 781 (72%) de 5 años, 656 (66%) de 6 años y 721 (70%) de 7 años. Se produce un incremento en el consumo con la edad ($p < 0,0001$), pero es destacable que el porcentaje de niños de 2 años que consumen este tipo de producto es muy elevado.

De un total de 4.335 registros de historias clínicas de varios centros de salud, que incluían si el niño desayuna en casa y si consume o no bollería industrial, 140 niños no desayunan en casa diariamente, mientras que 4.195 sí lo hacen.

Sin embargo, el número de registros que contenían datos del desayuno y el consumo de fruta diario fue de 8.303. Un total de 739 (17%) de los niños incluidos en el estudio toman bollería industrial diariamente. Con respecto al consumo de fruta, 641 (7,7%) niños no consumen fruta diariamente, 3.105 (37,4%) consume 2 piezas diarias y 107 (1,3%) consume más de tres piezas diarias.

De los niños que no desayunan en casa, 42 (30%) de ellos toma bollería industrial a diario, mientras que de los niños que sí desayunan en casa diariamente, 697 (16,6%) la toma, siendo significativa la diferencia entre los dos grupos ($p < 0,001$).

Con respecto a los registros del consumo de fruta, de los niños que no desayunan en casa, 39 (14,4%) no toma fruta diariamente frente a 602 (7,5%) de los que desayunan en casa ($p < 0,0001$). También se observan diferencias en los niños que toman más de tres piezas diarias, ninguno de los que no desayunan en casa, frente a 107 (1,3%) de los que sí desayunan en casa ($p < 0,0001$).

CONCLUSIONES

En la población estudiada hay un bajo porcentaje de niños que no desayunan en casa. Un 3% de la población estudiada no desayuna en casa frente al 8 % del estudio nacional Aladino.

El factor desayunar fuera de casa implica un mayor consumo de bollería industrial diariamente y un menor consumo de fruta. El cuidado familiar que conlleva el desayuno diario en casa, por tanto, influye en estos hábitos.

Hay una diferencia importante respecto a la población del estudio Aladino con respecto al consumo de bollería industrial. Un total de 739 (17%) de los niños incluidos en el estudio toman bollería industrial diariamente frente a los datos del estudio Aladino 7,8%.

El consumo de zumo industrial diariamente aumenta con la edad y no está relacionado con el hábito de desayunar en casa.

Es especialmente destacable el elevado número de niños de 2 años que toman zumos industriales.

Sería interesante estudiar qué entienden los padres por "bollería industrial" ya que pueden considerar que madalenas o galletas que se venden con la publicidad "caseras", "estilo casero", "aceites vegetales", no cuentan como bollería industrial, adquiriéndolos sin examinar su contenido en grasas saturadas, grasas trans y azúcares.

Así mismo, estudiar qué factores inciden en el bajo consumo de fruta diario, qué conocimientos tienen los adultos sobre la composición de los zumos industriales, su relación con la caries infantil, la obesidad y las recomendaciones de la OMS sobre reducción de los azúcares en la dieta.

Posiblemente los consumidores identifican estos zumos como fruta y no conocen los contenidos en micronutrientes, en ocasiones poco saludables.

En las historias clínicas los protocolos contienen el registro del consumo de zumos industriales y no de refrescos azucarados. Esto podría enmascarar el verdadero consumo de azúcar de los niños.

Consideramos que los protocolos de registro de las revisiones del niño sano deben completarse para asegurar una mejor entrevista nutricional.

Creemos que la educación sanitaria a los padres sobre qué componentes de los alimentos de los niños han de evitar y cómo leer la composición nutricional de los mismos es una intervención estratégica a tener en cuenta la hora de conseguir el objetivo principal de promocionar la salud de la población y de los niños en particular.

Declaramos que contamos con los permisos necesarios para la utilización de los datos.

Así mismo declaramos que no existe conflicto de intereses por parte de ninguno de los autores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Estudio ALADINO 2015: Estudio de Vigilancia Del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil Y Obesidad En España 2015. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
- Pérez-Farinós N, López-Sobaler AM, Dal Re MÁ, et al. The ALADINO study: A national study of prevalence of overweight and obesity in spanish children 2011. Biomed Res Int. 2013;2013.
- Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2015.
- Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas: informe de un Grupo de Estudio de la OMS. OMS Serie de informes técnicos nº. 797. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1990 (http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_797/es/).
- ley de seguridad alimentaria y nutrición 17/2011. BOE

AUTORES/AUTHORS:

Sacramento Ruiz González, Cristina Márquez Calzada, Mercedes Bernal Bolaños, M^a Isabel Ocete Alcalde, Mercedes Martínez Granero, Alfonso Martínez-Esparza Otero, Margarita Pallarés Fernández, Antonia Aguilera Luna, M^a Carmen Raposo Florez

TÍTULO/TITLE:

Cuidados informales en la atención a pacientes crónicos complejos (estudio Paliar-AP)

Objetivos

- Identificar el perfil de las cuidadoras de una cohorte de pacientes crónicos complejos según criterios definitorios (CD) del estudio Paliar-AP
- Evaluar la carga sentida por las cuidadoras de dichos pacientes.

Método

Ámbito: centros de salud de Atención Primaria de Andalucía – Servicio Andaluz de Salud.

Diseño: estudio descriptivo transversal multicéntrico.

Sujetos: adultos que otorguen su consentimiento a participar con uno o más CD del estudio Paliar-AP:

- Insuficiencia cardíaca crónica (ICC) con disnea basal igual o mayor de III de la NYHA;
- Insuficiencia respiratoria crónica (IRC) con disnea basal igual o mayor III de la MRC o satO₂<90% u oxigenoterapia domiciliaria;
- Insuficiencia renal crónica (IRc) en estadio 4 ó 5 (TFG menor de 30mL/min según Cockcroft-Gault) o creatinemias basales iguales o superior a 3mg/dL;
- Hepatopatía crónica (HC) con datos clínicos±analíticos±endoscópicos±ecográficos de hipertensión portal y/o insuficiencia hepatocelular (puntuación escala Child-Pugh>7);
- Enfermedad neurológica crónica (ENC) con deterioro cognitivo establecido (Test Pfeiffer –TP- igual o superior errores) y/o deterioro funcional para las ABVD establecido (Índice de Barthel –IB- menor de 60 puntos).

Muestra: 838 seleccionados por muestreo consecutivo.

Variables: sujetos: sociodemográficas, clínicas, estado funcional (IB) y cognitivo (TP); cuidadoras: sociodemográficas, necesidad (IB<60 y/o TP>=5)/presencia de persona cuidadora, relación con el paciente, tiempo dedicado al cuidado, convivencia en el mismo domicilio, otras ayudas al cuidado y evaluación de la sobrecarga del cuidador (cuestionario Zarit); ley de dependencia (LAPAD).

Instrumentos para la obtención de los datos: entrevista estructurada y revisión de historia clínica digital. Los datos se recogieron en un cuaderno ad hoc y se volcaron en una base de datos online.

Análisis de datos: programa estadístico SpSS v.22. Análisis descriptivo uni y bivariante según naturaleza de las variables

Resultados

En el momento de la redacción de este trabajo se habían incluido 561 pacientes, siendo el 54% mujer y la edad media 79,6 años (DS 10,6). El 53,3% estaba casado y el 39,3% viudo. La media de categorías fue de 1,33 (DS 0,5) siendo la ENC el CD más frecuente (56,9%), seguido de ICC (30,7%) e IRC (28,3%). La media de enfermedades fue 8,8 (DS 3,8) y la de fármacos prescritos 9,21 (D 4). La mediana del IB fue 45 (IQR 64) y del TP 5 (IQR 8); el 9,1% presentó delirium y el 2,4% psicosis.

El 71,1% necesitaba persona cuidadora y un 81,3% tenía; el 89,7% era de tipo informal, el 54,5% hij@ y el 81,6% mujer, siendo la edad media 60,20 años (DS 20,9). El 62,4% se dedicaba a tiempo completo al cuidado, el 72,2% convivía con la persona a la que cuidaba y el 67,3% disponía de otras ayudas para el cuidado; el 16,6% estaba incluido en algún programa de apoyo al cuidador. El 35,2% era beneficiario de la LAPAD. Se administró el Zarit a 219 cuidadoras informales (45,2%); la puntuación media fue 57,50 (DS 15,2); el 55,7% presentaba sobrecarga intensa, con significación estadística con IB, consumo de psicofármacos y delirium (p<0,05);

la puntuación también fue mayor si el paciente presentaba psicosis, aunque sin significación estadística.

Discusión.

Nuestra población de pacientes con enfermedades crónicas complejas es de edad elevada, alta comorbilidad y polimedicada. Presenta un importante deterioro funcional y cognitivo, circunstancia que se puede relacionar con el hecho de que gran parte de la muestra estudiada tenga cuidador. El perfil de las personas cuidadoras coincide con los de la literatura: mujeres, cónyuges e hijas, que se dedican casi por completo al cuidado, tarea que acaba teniendo como consecuencia la aparición de malestar físico y psicológico. La relación de la puntuación del IB con la carga sentida es un indicador más para trabajar con insistencia en la preservación de la funcionalidad de nuestros pacientes. Atención especial merece el consumo de psicofármacos, asociado al deterioro cognitivo moderado-avanzado de muchos pacientes que conlleva mayor dependencia y, por lo tanto, mayor sobrecarga del cuidador. Una valoración más completa de esta población sería posible si se dispusiera de datos sobre la situación socioeconómica, fecha de inicio de inicio del rol de cuidadora y el estado fisiopatológico.

Implicaciones para la práctica.

La prestación de cuidados en el domicilio es común en pacientes con enfermedades crónicas en estado avanzado y es un pilar básico en la calidad y continuidad asistencial. El conocimiento del perfil de las cuidadoras y la carga sentida relacionada con los cuidados nos permite implantar mecanismos específicos para la atención a esta población actuando de manera preventiva, detectando situaciones de riesgo y asistiendo cuando aparece alguna alteración. Cuidar a las cuidadoras es cuidar a nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Moreno Gaviño L, Bernabeu Wittel M, Álvarez-Tello M, Rincón Gómez M, Bohórquez Colombo P, Cassani Garza M, Ollero Baturone M, García Morillo S. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*. 2008; 40(4), 193-198.

Rodríguez González AM, Rodríguez Míguez E, Duarte Pérez A, Díaz Sanisidro E, Barbosa Álvarez A, Clavería A. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Aten Primaria*. 2017; 49(3):156-165.

Mesa de Comunicaciones 21: Género y Práctica Clínica**Concurrent Session 21: Gender / Clinical Practice****AUTORES/AUTHORS:**

ROSARIO NAVARRO GUERRERO

TÍTULO/TITLE:

AUTOCONCEPTO Y FACTORES RELACIONADOS EN MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA

OBJETIVO: Describir el nivel de autoestima, imagen corporal, apoyo social y recursos de afrontamiento presentes en el postoperatorio de mujeres tras la intervención de histerectomía. Explorar la relación entre las variables nivel de autoestima e imagen corporal; nivel autoestima y relación de pareja y nivel de autoestima y realización de actividad física. **MEDOTOLOGÍA:** estudio observacional, descriptivo realizado en el Servicio de Ginecología del H.U. Rafael Méndez de Lorca (Murcia). La población diana N=220 (mujeres histerectomizadas en años 2014 y 2015). La muestra del estudio estuvo conformada por las pacientes histerectomizadas, antes del alta médica, durante los meses de Marzo a Mayo 2016. En el análisis descriptivo se obtuvieron X y DT para variables cuantitativas y para variables categóricas la distribución de frecuencias absolutas y relativas; también, se estableció una relación entre variables, mediante la prueba de Chi cuadrado. La recolección de datos se obtuvo mediante cuestionarios autoadministrados que incluían datos sociodemográficos y preguntas con respuesta tipo Likert para las variables apoyo social, relación sentimental y recursos de afrontamiento. Se utilizaron las escalas siguientes: se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg, 1965 y la escala Body Scale Inventory, Hopwood et al 2001, para imagen corporal. Para el tratamiento y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 20.0. **RESULTADOS:** n=47mujeres 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 32% presentó alteración en la imagen corporal. 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. El 70% se identificaron como personas con sentido del humor y el 45% dijo haberse beneficiado de éste para el afrontamiento. El 36% no realizaba ningún tipo de actividades agradables. Se obtuvo una relación entre el nivel de autoestima alto y la satisfacción con la pareja, $p<0,05$; así como la realización de actividades agradables, $p<0,01$. También se obtuvo relación entre imagen corporal y autoestima, $p<0,003$. **DISCUSION Y CONCLUSIONES:** las mujeres histerectomizadas presentan un autoconcepto bajo. Considerando que el útero es un órgano que está simbólicamente vinculado a la identidad de género y feminidad, entendemos como la histerectomía ejerce un impacto importante en las mujeres; teniendo efectos emocionales que pueden incluir modificaciones de la autoestima, en el estado de ánimo, en el deseo sexual, y en las relaciones de pareja posteriores a la cirugía. La presencia de factores como apoyo social y recursos personales, son necesarios para mejorar el afrontamiento tras la intervención. **IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:** El asesoramiento y apoyo por parte de enfermería son imprescindibles junto con la implementación de estrategias para aumentar el nivel de autoestima y fortalecer recursos personales en el afrontamiento tras la histerectomía.

Palabras clave: Mujer, útero, histerectomía, postoperatorio, autoestima, imagen corporal, apoyo social, afrontamiento.

EL ESTUDIO NO POSEE CONFLICTO DE INTERESES.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. World Health Organization. Dept. of Gender WaH-. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS Ginebra : Organización Mundial de la Salud; 2009.
2. Recuenco VAC. Proceso de Adaptación en las mujeres Histerectomizadas según la Teoría de Callista Roy. Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio Mogrovejo; 2012.
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 histerectomizadas. Salud Pública de México. 2014;56:239-40.

- 5.Chen M. The impact of a radical hysterectomy on coping behavior and patients' womanhood. *Tzu Chi Nursing Journal*. 2009;8(4):73-81 9p.
- 6.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).
- 7.Solbraekke KN, Bondevik H. Absent organs--present selves: exploring embodiment and gender identity in young Norwegian women's accounts of hysterectomy. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2015;10:26720.
- 8.Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. 1965.
- 9.Hopwood P. The assessment of body image in cancer patients. *European Journal of Cancer*. 1993;29(2):276-81.
- 10.Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*. 2001;37(2):189-97.
- 11.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.
- 12.Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*: Springer publishing company; 1984.
- 13.Seligman MEP, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American psychologist*. 2005;60(5):410.
- 14.Martin RA, Lefcourt HM. Sense of humor as a moderator of the relation between stressors and moods. *Journal of personality and social psychology*. 1983;45(6):1313.
- 15.Cucarella MSP. *Bienestar emocional, Imagen corporal, Autoestima y Sexualidad en Mujeres con Cáncer de Mama*. Valencia: Universidad de Valencia; 2011.

AUTORES/AUTHORS:

Elisa Bosch-Donate, Juan Carlos Fernández-Domínguez, Olga Velasco-Roldán

TÍTULO/TITLE:

La insoportable inevitabilidad de la incontinencia urinaria femenina: una cuestión de género

INTRODUCCIÓN:

La incontinencia urinaria (IU) femenina, aun siendo un problema de salud muy común que compromete la calidad de vida de las mujeres, está infradiagnosticada, se consulta poco y por consiguiente, está infratratada (1–3). También conviene señalar, que frecuentemente las mujeres tardan un periodo muy largo, incluso años, desde el primer síntoma hasta la consulta (4,5). Además, hay mujeres que nunca llegan a consultar por este problema, y otras no quieren ser tratadas (6).

OBJETIVO:

Averiguar cómo las creencias culturales, los roles y estereotipos de género de las mujeres y el personal sanitario influyen en la concepción de la IU femenina.

MÉTODO:

La metodología del estudio es cualitativa de carácter interpretativo, utilizando el análisis crítico del discurso e incorporación del enfoque de género en el análisis de los datos. Se diseñó un muestreo intencional para poder explorar las construcciones sociales de las mujeres y del personal sanitario en relación al género y la IU. El lugar donde se ha llevado a cabo el estudio es la isla de Mallorca en el Casal de les Dones del Instituto Balear de la Mujer. Se realizaron 18 entrevistas a profesionales de la salud de diferentes especialidades (medicina familiar, urología, ginecología, rehabilitación, fisioterapia, enfermería y comadronas) y dos grupos focales de mujeres con IU que no habían solicitado ayuda formal. Para el análisis y la reducción de los datos se utilizó la codificación manual y el programa NVivo11. Como estrategias de rigor se han tenido en cuenta la triangulación de los datos entre investigadores, member checking (7), la reflexividad y la posicionalidad (8,9).

RESULTADOS:

Naturalización de la IU por parte de las mujeres: las razones principales por las que se considera natural la IU en las mujeres son la edad y los partos. “Creo que la generación de setenta años vive la incontinencia como una consecuencia y que no se puede hacer nada más, que eso era un precio que tenían que pagar por haber tenido niños”(Rehabilitadora, 42 años).

Naturalización de la IU por parte del personal sanitario: parte del personal sanitario también considera normal la IU en las mujeres. “Hay ginecólogos que piensan que la IU es un problema de la mujer normal, porque es una degeneración nuestra, es la evolución normal la IU en la mujer [...] se lo dice el propio ginecólogo - Ya se te pasará, esto es normal -esta frase la utilizan para todo (fisioterapeuta 38 años). “...y ahora cuando he ido al ginecólogo porque me han hecho digamos, la última revisión por la edad, me ha dicho que...que lo mío no tiene operación, que esto es normal en mi edad” (Paz, 60 años).

La naturalización de la IU a través de la publicidad: “A nivel social, creo que hay otra variable muy importante, y es que se perpetúa esta idea que la IU es normal, con la publicidad ¿No?” (Enfermera, 42 años).

DISCUSIÓN

La inevitabilidad de la IU es una idea que habita en el imaginario colectivo y discursos hegemónicos de las mujeres y de parte del personal sanitario. Esta creencia tan fuertemente arraigada en nuestra cultura se ha construido: primero, con la ayuda de los

estereotipos de género que consideran que no se puede prevenir la IU posterior a los partos o a la edad avanzada; segundo, a través de los mensajes erróneos emitidos por el personal sanitario que considera la IU normal o transitoria en algunos procesos fisiológicos; y, tercero, a través de los anuncios publicitarios que distorsionan la realidad haciendo creer que la IU es normal en la mujer y que las compresas son la solución.

IMPLICACIONES

Las implicaciones de este estudio van dirigidas por una parte a las mujeres con IU, con las que se deben tratar aspectos que desnaturalicen la IU. Por otra parte, es necesario fomentar una atención sanitaria de la IU sensible al género que rompa la estereotipación de la misma y que garantice el acceso a la prevención y al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Nieto Blanco E, Camacho Pérez J, Dávila Álvarez V, Ledo García M, Moriano Bejar P, Pérez Lorente M, et al. Epidemiología e impacto de la incontinencia urinaria en mujeres de 40 a 65 años de edad en un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria*. 2003;32(7):410-4.
2. Cockey CD. The State of the Science on Urinary Incontinence. *AWHONN Lifelines*. 2003;7(2):146-51.
3. Cotterill N. Quality of life issues in continence care. *Nurs Stand*. 2011;26(8):51-6.
4. Irwin DE, Milsom I, Kopp Z, Abrams P, Cardozo L. Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries. *BJU Int*. 2006;97(1):96-100.
5. Spencer J. Reducing barriers and improving access to continence care: examining the evidence. *Urol Nurs [Internet]*. 2009;29(6):405-13.
6. Ros C, España-Pons M, Ortega JA, Aliaga F. Urinary incontinence in gynaecological consultations. Do all women with symptoms wish to be treated? *Actas Urol españolas*. 2015;39(10):628-34.
7. Birt L, Scott S, Cavers D, Campbell C, Walter F. Member Checking A Tool to Enhance Trustworthiness or Merely a Nod to Validation? *Qual Health Res*. 2016;48-70.
8. Cisterna F. Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*. 2005;14(1):61-71.
9. Bover A. Herramientas de reflexividad y posicionalidad para promover la coherencia teórico-metodológica al inicio de una investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*. 2013;23(1):33-7.

AUTORES/AUTHORS:

Rosa María Cárdaba García, Inés Cárdaba García

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO DE CORRELACION ENTRE LA CONFORMIDAD CON NORMAS DE GÉNERO FEMENINAS Y LA SALUD PSÍQUICA EN EL CLIMATERIO

OBJETIVO:

Analizar si la concordancia personal con estereotipos de género femenino está relacionada con la salud psíquica de la mujer en el climaterio.

MÉTODO:

El estudio es una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo correlacional, transversal, retrospectiva. En él intervienen dos cohortes establecidas de acuerdo al criterio edad (Cohorte 1: de 45 a 54 años y Cohorte 2: de 55 a 65 años) de mujeres de Segovia y Madrid.

El muestreo empleado para obtener un grupo de 419 mujeres fue no probabilístico por medio de dos técnicas: intencional o de conveniencia y bola de nieve.

La recogida de datos se realizó con metodología de encuesta autoadministrada. La captación se llevó a cabo: por difusión online y en formato papel gracias a la colaboración de dos matronas de Atención Primaria del Área de Salud de Segovia. El cuestionario recoge datos sociodemográficos de las féminas y emplea como instrumentos el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) y el Inventario de Conformidad con Normas de Género Femeninas (CFNI).

El análisis descriptivo de los datos se realiza a través del paquete estadístico IBM SPSS en su versión 22.0, expresando los resultados en variables de tipo nominal categórico por medio de tablas de frecuencias y porcentajes, en tanto que en las variables de tipo cuantitativo se ha realizado un análisis descriptivo clásico a través de la media, la desviación estándar y los valores del rango (máximo/mínimo). Para explorar la relación entre las distintas variables sociodemográficas y variables referentes a salud psíquica y conformidad con normas de género, se han empleado en las de tipo nominal categórico el Test Chi-cuadrado de independencia y en las variables de tipo cuantitativo, el contraste se ha realizado mediante procedimiento de diferencias entre medias. La prueba de correlación empleada ha sido el Coeficiente de Spearman.

El protocolo de estudio fue aprobado por un Comité de ética de investigación de Segovia, a través de resolución positiva del 17 de diciembre de 2014.

RESULTADOS:**1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO:**

En función de la edad se han establecido dos grupos de estudio muestral, de manera que en el grupo 1, de entre los 45 y 54 años se dispone de 273 mujeres (un 65.2%) y en el grupo 2, de entre 55 y 64 años se encuentran las restantes 146 (el 34.8%).

Algo más de la mitad de esta muestra (el 50.4%, 211) son mujeres casadas, a las que se las puede añadir otro 10.3% (43) que afirman tener una pareja de hecho. El resto no tienen pareja, siendo un 21% separadas o divorciadas, un 15.8% solteras y un 2.6% viudas.

Consultadas al respecto de su orientación sexual, la inmensa mayoría (un 95.2%, 398) afirman ser heterosexuales. Un 1.7% (7) respondió ser lesbiana y 2.2% (9) ser bisexual.

En cuanto a lo que podemos denominar características coyunturales de las participantes, en primer lugar y consultadas sobre su

lugar de residencia: cerca de las 2/3 partes de la muestra (el 67.5%, 283) residen en el medio urbano, un 22.4% en localidades semiurbanas (entre 2 mil y 10 mil habitantes) y el 10% restante en localidades del medio rural con menos de 2 mil habitantes. Al respecto de sus nivel educativo, algo más de las mitad de la muestra (un 58.7%, 246) tienen estudios universitarios y le sigue un 33.7% (141) con estudios medios. Solamente una participante no tiene estudios. En tanto que a la cuestión de la situación laboral actual se han encontrado diversas respuestas de las que se deduce que la mayoría de la muestra (un 69.2%, 290) trabajan además de realizar las tareas domésticas del hogar. De lejos le sigue el 9.9% (38) que se dedican a estas tareas domésticas de forma exclusiva. Un 5.5% está en el paro y un 6.2% ya están jubiladas, tratándose en ambos casos de población no activa laboralmente hablando.

Para el GHQ-12, se obtiene un alfa de Cronbach de .874 y para el CFNI un alfa de Cronbach de .776, lo que demuestra la adecuación de los instrumentos de medida para la muestra.

En la mayoría de los ítems del GHQ-12, la respuesta más frecuente es la de valor 1 ("igual que lo habitual" en los positivos o "no más de lo habitual" en los negativos). En aquellos ítems donde no se da esta respuesta, el porcentaje más alto se ha situado en la respuesta de valor 0 ("más/mejor que lo habitual" en los positivos, "no, en absoluto" en los de contenido negativo). Apenas aparecen mujeres que respondan en el valor 3 ("mucho menos que lo habitual" en los positivos; y "mucho más de lo habitual" en los negativos). Por estas razones, los valores medios en todos los ítems se sitúan en el entorno del valor 1, con desviaciones estándar bajas que indican alta homogeneidad o similitud entre las participantes. Es interesante comentar que el ítem donde claramente la media es menor (mejor estado de salud) es en el ítem nº 11 o "¿Ha pensado que es una persona que no vale para nada?". En cuanto a los valores medios, en las dos variables del instrumento (Síntomas ansioso-depresivos y Disfunción social) y en la puntuación total, se aprecia claramente que, en global, la autopercepción de la salud psíquica es buena. Destacar que aunque la gran mayoría de la muestra (un 80.7%) no presenta patología psíquica alguna, en un 12.4% (52) hay indicios de posible patología, junto a otro 6.9% (29) donde hay sospechas de patología subumbral.

La mayoría de los ítems del CFNI tienen valores medios superiores a los 2 puntos e incluso en algunos casos a los 3 puntos, indicando una cierta tendencia al acuerdo ante el contenido de los enunciados por parte de las mujeres de la muestra. Se comprueba que en todas las variables los valores promedio se pueden considerar altos, o al menos medio-altos, indicando más bien una tendencia hacia la conformidad con los roles femeninos evaluados por el instrumento. Se puede admitir que en aquellos ítems donde menos grado de conformidad se ha observado son: Fidelidad sexual (media: 10.99), Modestia (11.75) y Delgadez (12.15); en tanto que donde es más elevada dicha conformidad es en Tareas domésticas (media: 16.61). La puntuación media total (122 puntos; en escala 25 – 160) es elevada.

El CFNI tiene unas puntuaciones que muestra conformidad general de las mujeres a los roles sociales en sus nueve subescalas, siendo la media del resultado 127 en las subescalas sobre un máximo de 160.

2. ANÁLISIS INFERENCIAL:

Para realizar el análisis estadístico inferencial del presente estudio de investigación, se ha procedido a correlacionar mediante el Coeficiente de Spearman a las tres variables del GHQ-12 con las del Cuestionario CFNI. Se puede afirmar a tenor de los resultados obtenidos, que no existen correlaciones con la suficiente intensidad como para que alcancen significación estadística aun a pesar del elevado número de mujeres que componen la muestra. Solamente hay indicios de relación directa y significativa ($p < .01$), entre la dimensión Síntomas ansioso-depresivos con el Romanticismo y con la Delgadez, así como entre la puntuación total del GHQ-12 y las mismas variables del CFNI. En todos los casos la intensidad de la relación es baja, equivalente a efectos de entre un 2% y un

4.5%. La relación directa indica que las mujeres con valores más altos en estas dimensiones GHQ-12 (Síntomas ansioso-depresivos y puntuación total), también tienen valores altos en las dimensiones citadas del CFNI (Romanticismo y Delgadez).

DISCUSIÓN:

El mito de la salud psíquica deteriorada en el climaterio por causa del cambio hormonal parece cada vez más en entredicho. Nuestra investigación demuestra que las mujeres en la perimenopausia no puntúan alto en cuestionarios que miden la salud psíquica percibida, destacando principalmente la percepción de valía personal que dichas féminas tienen. No ocurre así en todos los casos, pero si en la inmensa mayoría, lo que indica que afirmar que la mujer empeora psíquicamente por el hito de la menopausia, es una falacia.

Los datos del estudio muestran resultados que ya fueron hallados por Sánchez-López, Cuéllar-Florez, Dresch y Aparicio-García (2009), según las cuales, las mujeres españolas no suelen tener una elevada conformidad con las normas de género femeninas. Así ocurre con la muestra de esta investigación, en la que las mujeres parecen no estar conformes con las normas de género femeninas que la sociedad les impone, principalmente en lo relativo a fidelidad sexual, comportarse con modestia y mantener una estética de delgadez. La explicación propuesta a este fenómeno parece ser los cambios sociales llevados a cabo en nuestro país en la segunda mitad del siglo XX y la lucha por la igualdad de género, lo que ha generado cambios en el imaginario colectivo de las mujeres. A pesar de estos cambios, las tareas domésticas, que forman parte del denominado trabajo reproductivo y asociado clásicamente a la mujer, se siguen entendiendo como una norma social femenina con la que las mujeres están más de acuerdo y con la que les es más sencillo identificarse.

En referencia a la correlación específica entre la salud psíquica y la conformidad con las normas de género de las mujeres perimenopáusicas, existe relación, aunque de baja intensidad, entre padecer síntomas ansioso-depresivos y peor salud mental, y tener mayor conformidad con las normas de género femeninas que marcan que la mujer debe ser romántica en las relaciones amorosas y mantener una figura delgada de acuerdo a los cánones de belleza actual.

La principal limitación con la que cuenta el estudio es el procedimiento de muestreo, que por cuestiones de accesibilidad ha sido no probabilístico y a través de voluntariado, lo que ha generado que en variables como el lugar de residencia, el tamaño muestral no sea equilibrado.

La investigación realiza aportaciones a la ciencia sanitaria como son:

- Referir la salud psíquica de las mujeres perimenopáusicas y poder desmontar el mito de la mala salud mental en esta etapa de la vida.
- Conocer exactamente con qué normas sociales las mujeres climatéricas están más de acuerdo y cuáles son las que conllevan malestar psíquico, para que los programas de salud de la mujer en esta etapa del ciclo vital incidan en erradicarlas y mejorar así la salud mental percibida de las féminas.

Las autoras declaran que el trabajo no ha contado con ningún tipo de financiación y que no se ha generado ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Alzás, T., Galet, C. & Felipe, J. (2016). Análisis de la discapacidad social de los roles de género. *Asparkia: investigación feminista*, 29 (23), 75-89.

García, A., Martínez, C., Paterna, C. & Parent, M. (2017). Adaptación al español del Inventario de Conformidad con las Normas de

Género Femeninas-45. Uaricha Revista de Psicología, 14(32), 1-10.

Gómez-Mármol & A., Moya, M. (2013). Estudio de las dimensiones de la salud autopercebida en mujeres adultas. Revista Española de Comunicación en Salud, 4(2), 93-103.

Hurt, M., Piccoli, V., Gonsalkorale, K. & Carnaghi, A. (2015). Feminine role norms among Australian and Italian women: A cross-cultural comparison. Sex roles, 73,533-542.

Jayme, M. & Sau, V. (2004). Psicología diferencial del sexo y el género. Barcelona: Icaria.

Sánchez-López, M. P., Cuéllar-Flores, I., Dresch, V., & Aparicio, M. E. (2009). Conformity to feminine norms in Spanish population. Social Behavior and Personality: An international journal, 37, 1171-1186.

Vega, S. (2017). Cuidados y abordaje de enfermería en el climaterio (Trabajo Fin de Grado). UVA, Valladolid. Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/24735>

Vela, M.A. (2016). Manejo del climaterio en la Atención Primaria de Salud desde una perspectiva integral (Trabajo fin de Máster). Universidad Técnica de Ambato, San Juan Bautista de Ambato. Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/24200>

AUTORES/AUTHORS:

M^a Josefa Gonzalez García, Nerea Elizondo Rodriguez, Susana Fernandez Carrasco, Lourdes Alvira Gurrupide, M^a Teresa Garcia Araguas, Virginia Ayarra Ullate, Ana M^a Mateo Cervera

TÍTULO/TITLE:

Plan de Acogida al personal de nueva incorporación: Evaluación de Jefas de Unidad del Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivo: Conocer la opinión, utilidad, elementos facilitadores y dificultades que las Jefas de Unidad (JU) del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) tienen sobre el procedimiento de acogida al nuevo personal de enfermería.

Metodología: Cualitativa. Dos Grupos focales, a través del cual se ha analizado el Plan de Acogida (PA) realizado a empleados de nueva incorporación (n=477) en el (CHN) durante 2016. Los grupos focales lo formaron Jefas de Unidad (N=74). Un grupo (n=11) lo formaron JU, que llevaban más de 5 años en el cargo (antes de implementar el PA) y el segundo grupo (n=8) de JU con 1-5 años en el cargo. Sesión única de 90 minutos para cada grupo. Dimensiones del diálogo: utilidad del PA para las JU y el resto del equipo, utilidad de la formación en TICs, utilidad de las Guías de Acogida confeccionadas, dificultades encontradas y sugerencias de mejora. Los participantes fueron informados de los objetivos del estudio. Participación voluntaria, solicitando consentimiento a través del correo electrónico. Para asegurar la confidencialidad de los datos y la privacidad de los participantes se asignaron códigos de identificación a cada una de las unidades de respuesta.

Contexto: Hospital público del Sistema Nacional de Salud. Formado por tres hospitales más los centros de consultas extra-hospitalarias. Dotado de 1100 camas, con 1097 y 946 personal sanitario titulado y no titulados respectivamente. La contratación en una organización de estas dimensiones se convierte en un procedimiento habitual y de magnitud considerable. En 2106 se realizaron alrededor de 1500 contratos de profesionales dependientes de la Dirección de Cuidados. El PA implementado se compone de distintas partes cuyo desarrollo se supedita a las necesidades detectadas en el trabajador. Consta de información, recibimiento, formación en soportes informáticos, gestión de permisos de usuarios, entrevista con la Jefa de Unidad (JUE), visita a la unidad y evaluación. Orientados por evaluaciones anteriores, este año se han introducido cambios con el fin de aumentar la eficacia y efectividad. Se ha aumentado la información vía telemática y en contratos menores de 7 días o incorporaciones inminentes, la formación en APPs, se realiza de forma virtual mediante el envío de videotutoriales ofreciendo la posibilidad de formación presencial.

Resultado: Las categorías y subcategorías, aportan distintos elementos de análisis en relación con el PA, si bien por la lógica limitación de cualquier estudio, refleja el análisis en mayor profundidad de unos elementos frente a otros. Se observa un pensamiento uniforme dentro de los grupos en cuanto al constructo "incorporación de nuevo personal" que va más allá del PA y sobre el que no aparecen grandes discrepancias al respecto. Categorías: 1- Toma de Contacto con el personal de nueva incorporación: Parte esencial de la que depende el resto del PA. El primer contacto entre el profesional de nueva incorporación y la Unidad de acogida se realiza mediante llamada telefónica. Es facilitado por el Departamento de Recursos Humanos. Si este contacto no se produce, son las JU las que ponen en contacto al equipo de acogida con el nuevo profesional. Se detecta algún caso en que no se llega a contactar con el nuevo profesional, lo que ha dado lugar a que el personal contratado llegue a la Unidad de destino sin haber tenido contacto ni con la JU ni con el equipo de acogida. 2- Solicitud de acceso a aplicaciones informáticas: Es preciso realizar solicitud para tener acceso a programas informáticos de registro y consulta. La petición se realiza de forma telemática. Para la mayoría de las JU, la solicitud requiere demasiado tiempo y seguimiento. Conseguir los datos personales necesarios para cumplimentar la solicitud, se convierte en muchas ocasiones en un periplo de llamadas a personal, administrativas, persona empleada etc. Asimismo, En casos de colegiación en otras comunidades, debes esperar a tener el nuevo nº de colegiación. Si se trata de profesional Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería que no han trabajado nunca, no se dispone del nº de identificación laboral hasta pasado 2-7 días, por lo que no tiene acceso a la información y no puede realizar registros durante ese

tiempo. La opinión general indica la necesidad de simplificar, mejorar el proceso e implantar la automatización de los permisos. 3- Formación en TIC: La inclusión y el desarrollo de tecnologías de la información (TIC) para la gestión del cuidado hacen imprescindible que la persona contratada conozca el manejo de distintos programas informáticos para desempeñar su trabajo. De forma unánime se considera fundamental la formación antes de comenzar a trabajar. Lo contrario aumenta los problemas en la incorporación laboral, ya que la formación mínima recae en el resto del equipo, convirtiéndose en una sobrecarga para el resto de personal y con el consiguiente detrimento en la calidad del registro. La formación pre-incorporación supone un alivio para los equipos y una mejora en la calidad de los registros. El problema aumenta en contratos imprevistos en los que no hay tiempo material para formar. En este aspecto algunas JU transmiten como buena opción, el desarrollo de formación virtual. Se detecta una demanda de formación en otras aplicaciones que hasta ahora no están contempladas en el PA. 4- Guías de acogida confeccionadas: Se detecta que alguna de las guías informativas confeccionadas por cada unidad, precisan actualización por cambios estructurales y de especialidades. Las observaciones son variadas en este aspecto y el pensamiento y actitud difiere de unas a otras JU. Mientras unas las encuentran útiles, otras las encuentran poco prácticas y demasiado largas. En algunas Unidades se han confeccionados manuales secundarios por perfiles y/o funciones que complementan a la existente o la sustituyen. No tener la información disponible on-line, ocasiona una infrutilización de la documentación generada y una pérdida de oportunidad para todos. 5- Proceso de Acogida global: De manera general el PA se percibe de forma positiva para las personas implicadas. Demandan mayor cobertura de horarios (fines de semana y festivos). Consideran que el PA está muy bien valorado por el personal de nueva incorporación y se convierte en una ayuda para los equipos, las personas y un elemento que aporta calidad. También existe alguna opinión que indica que en estos últimos meses el PA ha retrocedido y ha perdido calidad. Algunas solicitan ampliar la cobertura a otros servicios y perfiles profesionales. Se observa la necesidad de implementar un PA general para JU de nueva incorporación, Así mismo solicitan el seguimiento del nuevo profesional durante un tiempo por parte del equipo de acogida, como una opción deseable para reforzar el aprendizaje y resolver dudas. Hasta ahora este rol es asumido de manera informal por el resto del equipo. Solo una JU hizo referencia al último paso del PA, la parte de la visita a la Unidad de las que ellas son responsables, confirmando que el tiempo es el mayor problema y el mayor recurso que se necesita para desarrollar debidamente cualquiera de las fases del PA. Lo más llamativo es el desconocimiento o falta de información sobre el PA que en mayor o menor medida se ha reflejado en los grupos, sobre todo en el grupo de JU más noveles. Desconocen su contenido y la existencia en la intranet de documentos que informan de todo el proceso 6- Departamento de personal: Las políticas de contratación, es uno de los mayores problemas que verbalizan las JU. Existe unanimidad en que el tiempo transcurrido desde la solicitud de cobertura al departamento de personal y el contacto de la persona contratada con la JU-equipo de acogida, junto con el conocimiento o experiencia que posea sobre la especialidad de la unidad de destino, son los mayores condicionantes para la calidad de cuidados. Transmiten la necesidad de introducir mejoras en este proceso y en la gestión de las listas de contratación. Al quedar fuera de nuestras posibilidades la influencia en la implementación de mejoras en este ámbito, nos limitamos a trasladar esta demanda y plasmarla en el informe final. Varias JU valoran y agradecen la respuesta positiva que en casos de apuro han obtenido de la Unidad de Pool y de las Jefaturas de Guardia

Discusión: Siempre y cuando el PA, pueda aplicarse con tiempo necesario, creemos que la satisfacción personal beneficia no solo al nuevo personal como indica Calvo (2007), además la satisfacción se hace extensiva a las Jefaturas de Unidad y al resto del equipo al contribuir a la disminución de la carga laboral (2). Tras las opiniones vertidas, coincidimos con (González y García 2011; Martínez 2010; Lerma 2010) en que el PA aporta utilidad y valor a la gestión de personal. Todo indica que aplicar un PA estructurado otorga unificación en la actuación y contribuye a la profesionalización del proceso de incorporación laboral. Consideramos la formación en TICs, como la parte neurálgica del PA por su utilidad para la incorporación laboral. Al mismo tiempo, el manejo adecuado de las APP supone beneficio para la organización puesto que los registros contenidos sirven de base documental para la evaluación de los Cuidados. Por esta razón cabe pensar que el PA contribuye al aumento de la calidad (Univ. de Granada 2014) individual y organizacional. En este aspecto, las nuevas tecnologías de la información aplicadas a la comunicación y formación, pueden aumentar la eficiencia del PA. El reto está en conseguir que estas fuentes de información lleguen al personal de nueva contratación

lo antes posible. Las implicaciones para la práctica se derivarán de las mejoras detectadas y las acciones llevadas a cabo. El PA puede ser aplicado de distintas maneras, y es la evaluación y experiencia la que debe orientar el modo de ejecución, para aumentar la eficacia y efectividad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1-Calvo M A. La acogida del personal en la empresa. www.ica.es. 2007 [consulta enero 2017] Available from: https://www.ica.es/contenidos/publicaciones/anales_get.php?id=1448
- 2-Uguet C. M; López P IEA. Manual de acogida al personal de enfermería en la unidad de Hemodiálisis. www.revistaseden.org. [consulta enero 2017] Available from: <http://www.revistaseden.org/files/205a.pdf>
- 3-González López J, García García A, al. E. Evaluación del plan de acogida de los alumnos de nuevo ingreso de la facultad de enfermería, fisioterapia y podología de la universidad de Sevilla cuidarte.udes.edu.c. [Online].; 2011 [cited 2014 Enero 11. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3595/359533178005.pdf>
- 4-Parrado C M. El proceso de acogida: analisis estadistico. www.calidadasistencial.es. 2008 [consulta enero 2017] Available from: <http://es.slideshare.net/sparradocuesta/analisis-estadistico-planacogidasoledad-parrado>
- 5-Servicio andaluz de empleo, Colexphal. Plan de acogida 2009 [consulta enero 2017] <http://www.juntadeandalucia.es/empleo/transnacionalidad/proyectos.html>
- 6-Lerma Gaude, V; Hernández Sansalvador, M; Et al; Guía de Acogida a Personal de Nueva Incorporación; Servicio de Farmacia; H. G. de Villarrobledo; [consulta enero 2017] Available from: http://www.chospab.es/libros/farmacia_hospitalaria/GUIA_ACOGIDA_SF_HGV.pdf
- 7-Martinez Muñoz M. Valoración de la eficacia del manual de acogida para el personal de nueva incorporación. www.revistareduca.es. 2010 [consulta enero 2017] Available from: http://eclaponline.jcyl.es/pdf/guia_acogida.pdf
- 8- Universidad de Granada. Programa de acogida a personal de administración de la U. de Granada. gerencia.ugr.es. 2008 [consulta enero 2017] Available from: http://eclaponline.jcyl.es/pdf/guia_acogida.pdf
- 9-LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales (art. 19.1)
- 10-LEY 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

AUTORES/AUTHORS:

Carla Segovia Saiz, Esther Gonzalez María, Carmen Fuentelsaz Gallego, Montserrat Gea Sánchez

TÍTULO/TITLE:

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ACCESO A PUESTOS DE LIDERAZGO EN LA I+D+i EN SALUD

OBJETIVO: Conocer la existencia de un techo de cristal (TC) en los/las investigadores/as financiados por la Acción Estratégica en Salud (AES) e identificar factores socio-laborales que puedan estar relacionados.

MÉTODO

Ámbito: El estudio se ha realizado en España en el año 2016, en el marco de la financiación de la I+D+i en salud¹.

Diseño: Observacional, descriptivo y transversal.

Sujetos: Investigadores/as que han obtenido financiación por parte de la AES en España entre los años 2013 y 2015. Se seleccionaron todos los hombres y mujeres que han obtenido financiación por parte del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), en las convocatorias de la AES en los años, 2013, 2014 y 2015.

Variables: Se recogieron datos socio-demográficos, características del puesto de trabajo, condiciones laborales, y vida personal y laboral².

Recogida de datos: Se diseñó un cuestionario con 54 preguntas validado por expertos. Fue cumplimentado mediante una aplicación online cuyo enlace se envió por medio del correo electrónico, que se obtuvo de las bases de datos del ISCIII.

Análisis de los datos: Tras la revisión y depuración de los datos se realizó un análisis descriptivo para todas las variables con los estadísticos adecuados según su tipo. Se ha realizado un análisis bivariante para identificar las posibles relaciones entre el TC y otras variables.

RESULTADOS: La base de datos de la AES contaba con 2.881 investigadores/as. Se invitó a participar a 1500, ya que del resto no se disponía del correo electrónico actualizado. Accedieron al cuestionario 1067 (71,13%) y lo finalizaron 939 (88%).

La media de edad es de 46,7 años (DE=9,7; IC 95%: 46,1-47,4), 453 son mujeres (48,2%). Son funcionarios/as o estatutarios/as 350 (37,3%), tienen contrato de la AES 269 (28,6%), son personal laboral, eventual o interino 248 (26,4%).

El máximo cargo en la jerarquía organizativa de la institución son varones en 759 (80,8%) de los casos. La media de horas de la jornada laboral es de 7,96 (DE=0,86). Para el 40% se aplican políticas de conciliación entre la vida familiar y laboral, 68 personas (21,6%) han accedido a ellas.

Tienen hijos 701 (74,7%). Las personas que sí se plantean una futura maternidad/paternidad son 452 (48,1%). De estos, 259 personas (57,3%) preferirían empezar a trabajar tras completar su permiso por maternidad/paternidad acogiendo a una reducción de jornada, al menos los primeros años.

Los hombres trabajan más horas que las mujeres fuera de su horario laboral (Md=3 vs Md=2; p<0,001). Hay menos mujeres que hombres funcionarios/as o estatutarios/as (35,4% vs 64,6%; p<0,001). No hay diferencias por sexo entre tener como jefe a un hombre o una mujer p=0,072, tampoco en las horas de su jornada laboral (diferencia de medias=0,01; p=0,092).

DISCUSIÓN: Este estudio aporta datos sobre la realidad social de las desigualdades de género en el acceso a puestos de liderazgo en la I+D+i en salud en España. Los resultados sugieren la posible existencia de un techo de cristal³. Por ello parece necesario fomentar políticas de igualdad entre hombres y mujeres⁴, por parte de la administración general del estado, en cuanto a I+D+i en salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ministerio de Economía y Competitividad. Plan de Igualdad del Instituto de Salud Carlos III 2014-2018. Instituto de Salud Carlos III. [Consultado 10/02/2016]. Disponible en:
http://www.idi.mineco.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/UMYC/Plan_igualdad_Instituto_Salud_Carlos_III_2014_2018.pdf
2. Ministerio de Economía, Industria y Competitividad. Científicas en Cifras 2015, Estadísticas e Indicadores de la des (igualdad) de género en la formación y profesión científica. Unidad de Mujeres y Ciencia. [Consultado 09/07/2016]. Disponible en:
http://www.idi.mineco.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/UMYC/Cientificas_cifras_2013.pdf
3. Johns ML. Breaking the Glass Ceiling: Structural, Cultural and Organizational Barriers Preventing Women from Achieving Senior and Executive Positions. *Perspect Health Inf Manag.* 2013 Winter; 10: 1e.
4. Caprile M, Valles N, Palen R, Subirats M, Cantero T, Castaño C, Madariaga I. Guía Práctica para la Inclusión de la Perspectiva de Género en los Contenidos de la Investigación (2012) Fundación CIREM. [Consultado 20/03/2017]. Disponible en:
http://www.idi.mineco.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/UMYC/Guia_practica_genero_en_las_investigaciones.pdf

AUTORES/AUTHORS:

SARA GÁLLEGO BERTOLÍN, MAITE MARTIARTU GARCIA , ANA MARIA INSAUSTI SERRANO, CHANTAL FABRE CLERGUE, BEGOÑA CALDERA BREA, PAULA CAMELIA TRANDAFIR, ANA BEATRIZ BAYS MONEO

TÍTULO/TITLE:

EFFECTIVIDAD DE LA REEDUCACIÓN POSTURAL PROPIOCEPTIVA ABDOMINAL PERINEAL EN LA MUSCULATURA ABDOMINAL Y LA INCONTINENCIA U

1. Objetivos

Objetivo principal: Investigar los efectos del método 5p en la musculatura abdominal y la incontinencia urinaria en mujeres con al menos un parto vaginal.

Objetivos secundarios: Analizar el cambio en el área de la sección transversal (CSA) del músculo oblicuo externo. Analizar el cambio en el área de la sección transversal del músculo oblicuo interno. Analizar el cambio en el área de la sección transversal del músculo transverso del abdomen. Verificar una disminución de la incontinencia urinaria mediante el cuestionario ICIQ-SF. Analizar el tipo de IU de las participantes. Estudiar la influencia en la calidad de vida de la incontinencia urinaria con el cuestionario ICIQ-SF.

2. Metodos

La población objeto de estudio son madres de mediana edad con al menos un parto vaginal, con incontinencia urinaria. Para ello, la muestra seleccionada se tomó de mujeres que vivieran en la ciudad de Tudela y alrededores. Se seleccionó una muestra con un total de 37 participantes (n=37). Todas ellas eran mujeres, con al menos un parto vaginal y con incontinencia urinaria. La edad media de la muestra era de 40,52 años \pm 3,58 años.

Los criterios de inclusión fueron:

- Mujeres.
- Edades comprendidas entre 30 y 49 años.
- Tener al menos 1 hijo de parto vaginal.
- Asistir al 90% de las sesiones.
- Tener intención de residir en la zona los próximos 3 meses.
- Firmar el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron:

- Hombres.
- Mujeres nulíparas.
- Menos de 6 meses del último alumbramiento.
- Embarazo en el momento del estudio.
- Enfermedades musculares que impidan un aumento del tono muscular.
- Enfermedades neurológicas.
- Medicación que afecte al sistema nervioso central (SNC) o al tono muscular.
- Faltar al 10% de los entrenamientos.
- Vivir a una distancia mayor de 50 km de la ciudad de Tudela.

El reclutamiento fue llevado a cabo en Diciembre de 2016. La muestra inicial fue de 37 participantes, de las que 4 (N = 4) fueron excluidas por no cumplimentar un mínimo de 90% de las sesiones, una (N = 1) por no acudir a la medición post-intervención del grupo control y otra (N = 1) por ser nulípara. El resultado es una muestra final compuesta por un total de 31 participantes (N = 31). La muestra fue dividida aleatoriamente en dos grupos, el grupo experimental (GE) con un total de 21 participantes (n=21) y el grupo

control (GC) con un total de 15 sujetos (n=15). Todas las participantes dieron su consentimiento informado para participar en el estudio (Anexo 2). También se les proporcionó una hoja informativa (Anexo 3), así como se les informó que era un estudio voluntario y podían retirarse en cualquier momento. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Pública de Navarra (UPNA).

Para la realización del estudio, se tomaron en cuenta las variables: a) área de sección transversal de los músculos oblicuo externo, interno y transversal del abdomen, b) incontinencia urinaria y la calidad de vida, c) edad, d) número de hijos y e) episiotomía. Una vez realizadas las mediciones a todas las participantes, aquellas que pertenecían al grupo experimental (n=21) realizaron un entrenamiento durante un total de 7 semanas, siendo la frecuencia de las mismas de dos sesiones semanales de 1 hora de duración cada una aproximadamente, sumando un total 14 sesiones.

A las participantes del grupo control (n=15), se les realizó las dos mediciones, la primera a la vez que al GE y la segunda pasadas 7 semanas (en las cuales el grupo experimental realizaba el entrenamiento). Tras la realización de la segunda medición, se impartieron tres clases magistrales para instruir a todo el grupo en el método.

Todo el análisis estadístico se ha llevado a cabo mediante el programa IBM SPSS Statistics 20 para Windows. El p-valor se sitúa en 0,05 para ser considerado un dato significativo.

3. Resultados

De la muestra inicial de 37 participantes 31 completaron el estudio, siendo el 100% mujeres.

Estudio de la normalidad y de la prueba T: La normalidad se estudió según Shapiro-Wilk por ser pocos sujetos en la muestra. Para ser considerado un valor normal tiene que ser mayor a 0,05. Así mismo para ser un estudio significativo de la prueba T tiene que ser menor a 0,05. Todos los datos son mayores de 0,05 por lo que son considerados normales. Como han salido normales se puede realizar test paramétricos para analizar los datos. Se observa que tanto el grupo control del transversal del abdomen como el grupo experimental de oblicuo interno son significativos. Todos los demás datos al ser mayores a 0,05 no son significativos, pero sí que hubo cambios como se verá en el siguiente apartado.

Cambios a nivel muscular:

-Transverso del abdomen

En el grupo experimental experimentó un aumento del área de sección transversal del transversal del abdomen no siendo significativa, pasando de una media de $2,86\text{mm} \pm 0,68\text{mm}$ a $3,01\text{mm} \pm 0,66\text{mm}$.

Así mismo, en el grupo control se pudo observar una disminución (siendo significativa) de ésta cambiando de $3,02\text{mm} \pm 0,62\text{mm}$ a $2,74\text{mm} \pm 0,64\text{mm}$.

-Oblicuo interno

El grupo experimental experimentó una mejoría significativa tras las 7 semanas de entrenamiento cambiando el área de sección transversal de $6,81\text{mm} \pm 1,03\text{mm}$ a $7,25\text{mm} \pm 1,16\text{mm}$.

En el grupo control también se pudo apreciar una mejoría, pero esta no fue significativa. El área de sección transversal pasó de $6,52\text{mm} \pm 1,59\text{mm}$ a $6,8\text{mm} \pm 1,84\text{mm}$.

Se podría afirmar, con una seguridad del 95% que, con la intervención realizada a través del método 5p, el oblicuo interno aumentará su área de sección transversal en una media de 0,464 mm, con un Intervalo de Confianza (IC) al 95% entre 0,165 e infinito.

-Oblicuo externo

Dentro del grupo experimental se observó un muy pequeño cambio no significativo, cambiando sólo 0,06mm; cambiaron de $4,67\text{mm} \pm 0,73\text{mm}$ a $4,73\text{mm} \pm 1,11\text{mm}$.

En el grupo control no se observó ningún cambio significativo, disminuyendo 0,03mm el área de sección transversal del músculo; cambiando de $3,23\text{mm} \pm 0,28\text{mm}$ a $3,2\text{mm} \pm 0,32\text{mm}$.

Del grupo experimental, siendo sólo un cambio significativo el del área de sección transversal del oblicuo interno:

- El 58,82% aumentaron el área de sección transversal del músculo TrA.
- El 70,59% aumentaron el área de sección transversal del músculo oblicuo interno.
- El 41,18% aumentaron el área de sección transversal del músculo oblicuo externo.

Del grupo experimental, 4 de las participantes aumentaron el espesor de los tres músculos al mismo tiempo.

Por otro lado, se han analizado los cambios comparándolos dos a dos, obteniéndose valores superiores del p-valor a 0,05 por lo que no se puede afirmar que exista relación en la mejoría de los diferentes músculos. Tampoco existe asociación estadísticamente significativa entre los cambios producidos en cada músculo en relación con la diferencia en las respuestas del ICIQ-SF.

Cambios en el cuestionario ICIQ-SF: Se observa que hay una cierta mejoría en el grupo experimental, ya que la media de las diferencias entre las mediciones post-intervención y pre-intervención es negativa (-1,47), por lo que ha disminuido la puntuación total de IU en las mujeres que han recibido la intervención. En cambio, en el grupo control no se han producido cambios, con una media en las diferencias de 0. A pesar de esto, no se han encontrado cambios significativos en ninguno de los dos grupos, con p-valor de 0,91 y 0,5 respectivamente. Al realizar el contraste de hipótesis entre los dos grupos se observa que tampoco existen diferencias significativas entre ellos (p-valor = 0,64). Si observamos sólo la pregunta 3 del cuestionario, trata de averiguar en qué grado (del 0 (nada) al 10 (mucho)) afecta la IU en su calidad de vida, se observa que en el grupo intervención el impacto sobre la calidad de vida disminuye en 0,6 puntos sobre 10 entre la pre-intervención (con una media de 3 puntos) y la post-intervención (con una media de 2,4 puntos). En el grupo control no se observan cambios. A pesar de esto no son cambios significativos obteniendo un p-valor de 0,64 y 0,61, respectivamente. Con el cuestionario se observó que el tipo de incontinencia que sufrían las pacientes es de tipo IUE, IUU y IUM. Así mismo, se observa que la mayor pérdida de orina se produce al toser y/o estornudar y cuando realizan algún ejercicio físico lo que indica IUE (IU ante una hiperpresión). La mayoría de las participantes padecen IUE. Se han comparado las distintas variables medidas para comprobar si existía relación estadísticamente significativa entre ellas. Se ha comprobado si la edad, el número de hijos o la episiotomía tenía alguna asociación con el padecimiento de IU, pero no se han encontrado diferencias significativas.

4. Discusión

Se encontraron cambios significativos a nivel de la sección transversal del músculo oblicuo interno y cambios a nivel del TrA, oblicuo externo y ICIQ-SF no siendo significativos, pero sí favorables en el grupo experimental. Es con el TrA con el que hay más discusión entre artículos con la relación con PMF.

El cambio a nivel de TrA es el más importante ya que así se puede relacionar los cambios del TrA con la disminución en la IU que han sufrido. Esto se da gracias a la acción sinérgica del TrA y el PFM. Cuando se produce una contracción del TrA se consigue una contracción refleja del PFM. A pesar de que el TrA no actúa directamente sobre la continencia de las pacientes (ya que no rodea la uretra), puede ayudar mediante esa co-contracción del PFM. BØ et al. demostraron que era más afectiva la contracción directa del PFM que a través del TrA; sin embargo, para las sesiones iniciales cuando el paciente no sabe contraer el PFM puede ser muy útil. Primero se debería comprobar la correcta contracción del PFM cuando se contrae el TrA, puesto que, si la contracción no hace ascender la musculatura del suelo pélvico, esta descenderá, se estirará y se debilitará produciendo el efecto contrario al buscado. En caso que descendiera, habría que enseñar primero una buena contracción del PFM y luego pasar al entrenamiento a través del TrA. En el estudio descrito en este trabajo no se pudo verificar la correcta contracción del suelo pélvico cuando se contrae el TrA, debido al rechazo que producen las pruebas invasivas que aportarían datos objetivos acerca del modo de contracción del suelo pélvico. Este hecho hizo que se descartaran desde un principio para conseguir un mayor reclutamiento, debido a que sino muchas de las participantes se hubieran borrado del estudio no pudiéndose llegar a realizarlo.

BØ et al., como conclusión del estudio, no apoyaron que siempre hay co-contracción refleja del PFM cuando los pacientes son incapaces de hacer una contracción voluntaria de dicha musculatura, aunque 11 de las 13 mujeres de su estudio sí que realizaron contracción refleja de manera adecuada (ascendiendo el suelo pélvico). Debido a la pequeña muestra de su estudio los resultados no pueden ser generalizados a toda la población. BØ et al. también vieron sujetos en los que descendía el suelo pélvico en vez de

ascender. Además, en las mujeres con PMF débil al hacer un entrenamiento mediante el TrA, observaron que podía aumentar la presión intra-abdominal y descender todo el suelo pélvico debilitándolo así aún más.

Sim embargo, Kimiko Tajiri et al. obtuvieron que el espesor del TrA era válido para demostrar el riesgo de sufrir IU, lo que lo relaciona con el PFM mediante su co-contracción.

Se puede observar disparidad en los resultados de los distintos artículos, lo que indica que se necesitan más estudios para poder sacar conclusiones claras acerca de la relación transversa del abdomen – musculatura del suelo pélvico.

Se ha escogido el Método 5p para el estudio debido a que se consigue trabajar de manera involuntaria todos los músculos tanto a nivel abdominal como del suelo pélvico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bø K, Braekken IH, Majida M, Eng H ME. Constriction of the levator hiatus during instruction of pelvic floor or transversus abdominis contraction: a 4D ultrasound study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* enero de 2009;20(1):27-32.
2. Bø K, Sherburn M, Allen T. Transabdominal ultrasound measurement of pelvic floor muscle activity when activated directly or via a transversus abdominis muscle contraction. *Neurourol Urodyn.* 2003;22(6):582-8.
3. Shafik A, Asaad S, Doss S. The histomorphologic structure of the levator ani muscle and its functional significance. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2002;13(2):116-124; discussion 124.
4. Rééducation posturale proprioceptive abdomino-périnéale Chantal Fabre pdf - Buscar con Google [Internet]. [citado 7 de marzo de 2017]. Disponible en: zotero://attachment/138/
5. Sapsford R. Rehabilitation of pelvic floor muscles utilizing trunk stabilization. *Man Ther.* febrero de 2004;9(1):3-12.
6. Kimiko Tajiri, Ming Huo, Ke Yin, Sigeko Fujisawa, Hitoshi Maruyama. An Approach to Assessment of Female Urinary Incontinence Risk using the Thickness of the Transverse Abdominal Muscle during Co-contraction of both the Transverse Abdominal Muscle and the Pelvic Floor Muscle. *J Phys Ther Sci.* marzo de 2011;23(1):45-8.
7. Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review. *Urol Int.* 2013;90(1):1-9.
8. Tosun OC, Solmaz U, Ekin A, Tosun G, Gezer C, Ergenoglu AM, et al. Assessment of the effect of pelvic floor exercises on pelvic floor muscle strength using ultrasonography in patients with urinary incontinence: a prospective randomized controlled trial. *J Phys Ther Sci.* enero de 2016;28(2):360-5.
9. Park J, Son Hong G-R. Association of Functional Ability and Benign Prostatic Hyperplasia With Urinary Incontinence in Older Korean Men. *Int Neurourol J.* junio de 2016;20(2):137-42.
10. Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int Urogynecology J.* junio de 2013;24(6):901-12.
11. Villoro R, Merino M, Hidalgo-Vega A, Jiménez M, Martínez L, Aracil J. Women with urinary incontinence in Spain: Health-related quality of life and the use of healthcare resources. *Maturitas.* diciembre de 2016;94:52-7.

Mesa de Comunicaciones 22: Infancia y Adolescencia

Concurrent Session 22: Childhood / Adolescence

AUTORES/AUTHORS:

Teresa Heras Gombao, Marta Macías Maroto, Leticia Vega Requena, Virginia Palomares Gamero, Faustina Diaz Sanchez, Ruben Mera Perez

TÍTULO/TITLE:

Informe de Alta de Enfermería: ¿El Síndrome del Efecto Mariposa?

Introducción.- Muchas veces los cambios se producen sin tener el objetivo claro de qué se quiere conseguir, en cambio en otras ocasiones... una serie de acontecimientos no intencionados producen el impulso necesario para que ocurra el cambio esperado y nos posiciona en los primeros lugares de salida.

Nuestro centro es un Hospital de categoría 2 de la Comunidad de Madrid. Donde el registro y seguimiento del proceso asistencial es costoso, ya que está sometido a dificultades e incongruencias complicadas de entender: plantillas de personal enfermero muy ajustadas, un nivel alto de rotación de profesionales y una informatización desigual; hay unidades que pueden realizar su actividad reflejando todo el proceso de forma informatizada, como el Servicio de Urgencias, las Consultas Externas, el Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento...., y el resto de unidades en las que se sigue registrando en papel toda la asistencia que se proporciona a los pacientes. En este escenario es muy difícil conseguir que el desarrollo de determinados aspectos como la cumplimentación y entrega en el momento del alta del Informe de Cuidados de Enfermería (ICE), antes Informe de Alta de Enfermería, se realice con los objetivos que se pretenden dentro de la Metodología del Cuidado (1). Los registros de enfermería refuerzan la identidad profesional y ayudan a desarrollar las competencias colectivas e individuales de la misma (2), por ello es tan importante desarrollar proyectos de mejora que los impulsen.

Un elemento inesperado que surgió en este contexto fue el Contrato de Gestión para Hospitales 2016/2017, de la Comunidad de Madrid, el cual marcó el objetivo de la realización del ICE con los contenidos mínimos establecidos en el RD 1093/2010, de 3 de septiembre (3). Este hecho colocó a los profesionales enfermeros de nuestro hospital ante una transformación difícil, costosa y necesaria. Un grupo de estos profesionales hicieron suyo el reto de desarrollar un ambicioso proyecto, con el resultado del cambio deseado.

Objetivos

Objetivo principal

Describir el proceso de mejora para la integración del ICE en la historia clínica electrónica.

Objetivos secundarios

- 1- Conocer la evolución del número de informes de cuidados de enfermería emitidos y aumentar el número de pacientes con ICE al alta.
- 2- Conocer y mejorar la calidad de los registros del ICE emitidos conforme a la normativa vigente para asegurar la continuidad asistencial utilizando la taxonomía enfermera (NANDA-I, NOC, NIC).
- 3- Implicar a los profesionales de enfermería referentes en cada unidad asistencial en el ciclo de mejora del proceso del alta hospitalaria.
- 4- Mejorar la comunicación entre niveles asistenciales mediante el uso del lenguaje enfermero normalizado y el uso de las tecnologías de la comunicación (plataforma HORUS).

Métodos

El Hospital Universitario Príncipe de Asturias es un hospital general del Servicio Madrileño de Salud que consta de 488 camas y una población asignada de 243.053 habitantes. El ámbito de estudio fue la población que recibió el alta en las unidades de hospitalización de adultos, cuya media anual es de unos 15.000 pacientes. El hospital tiene una informatización parcial de los registros de la historia clínica que no abarca a los realizados por el personal de enfermería a excepción del área de urgencias. Como paso previo a la implementación del plan de mejora, se realizó un estudio descriptivo transversal de revisión del número de ICE realizados desde 2014 hasta 2017. En 2016 también se realizó una auditoría de la calidad del ICE, basado en la existencia de

criterios mínimos según el RD 1093/2010. La fuente de datos fue el programa HP-Doctor®, herramienta de elaboración de informes médicos. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas para determinar el nº de ICE realizados y la cumplimentación de los ítems del informe.

Las intervenciones realizadas fueron las siguientes:

- 1) Análisis de los datos de evolución en la realización del ICE y calidad del mismo por la Dirección de Enfermería, en consonancia con la línea de trabajo de la Gerencia de Cuidados del SERMAS creada en 2016.
- 2) Creación de un Grupo de Mejora de trabajo en febrero de 2017 formado por 17 profesionales (Subdirectora de enfermería, enfermera de continuidad asistencial, Adjunta de enfermería de cuidados, enfermera de calidad, enfermero de formación continuada, 1 profesional asistencial enfermero de atención primaria, 10 enfermeras asistenciales de diferentes unidades hospitalarias y un informático del hospital) para abordar las oportunidades detectadas:
 - Promoción del ICE a través de sesiones informativas en las diferentes unidades.
 - Revisión del contenido del ICE existente dirigido a la población adulta de las diferentes unidades, incluido el del área de salud mental. Mejora de los ítems a cumplimentar de la valoración según los Patrones Funcionales de Gordon.
 - Elaboración de ICE específicos por unidades: área materno-infantil, diferenciando unidad de neonatología, pediatría y obstetricia.
 - Introducción en los diferentes ICE de un catálogo priorizado de diagnósticos de enfermería NANDA (4), resultados NOC (5) e intervenciones NIC (6).
- 3) Rediseño del proceso del ICE. Implementación de las acciones de mejora, seguimiento y evaluación. Etapa en la que nos encontramos actualmente.

Resultados

La evolución del porcentaje de ICE realizados a pacientes desde 2014 al 2017 fue el siguiente: 2014: 7,6%; 2015: 6,38%; 2016: 18,32% y 2017 (primer cuatrimestre): 22,2%. En cuanto al contenido mínimo de cumplimentación de información del ICE, se obtuvo el dato del 6,6%. Se obtuvo un valor bajo debido a que en el formulario del ICE no se contemplaban muchos de los ítems de esa información mínima cuando se realizó la evaluación.

Se modificó el contenido del ICE para que se ajustara al RD 1093/2010 (había 2 modelos de ICE, el dirigido a adultos en unidades de hospitalización y uno específico para pacientes de salud mental) y se elaboraron 4 modelos de informes más para el área materno-infantil.

El ICE se integró en la historia clínica informatizada parcial del hospital, de tal forma que puede ser visualizado telemáticamente por las enfermeras de atención primaria a través del visor "HORUS", en un tiempo inferior a 24 horas. Esto permite la planificación de cuidados y atención de las necesidades del paciente al alta hospitalaria entre niveles asistenciales.

Discusión

El desarrollo e implantación del ICE ha tenido una evolución irregular en nuestro centro desde su apertura. Los datos obtenidos al monitorizar su desarrollo con auditorías frecuentes, han guiado la implementación de acciones de mejora. Otros estudios muestran igualmente las dificultades en la implementación de los registros enfermeros electrónicos y la importancia del rediseño del proceso para su éxito (7). Con una metodología similar Guadarrama-Ortega y cols. consiguieron un aumento de pacientes con ICE del 24%, mejorando también la calidad del contenido del ICE (8). Desde 2014 se ha analizado la incidencia de la realización del ICE por unidades de cuidados en nuestro centro; revertir los datos obtenidos a los profesionales, junto a otras medidas de formación, ha derivado en la mejora de su cumplimiento. En el presente proyecto, aún están pendientes de ser implementadas y evaluadas algunas de las acciones de mejora planificadas.

El ICE es una herramienta necesaria de comunicación entre profesionales y un derecho del paciente, con beneficios demostrados,

que asegura la continuidad de su proceso de salud-enfermedad; debe contener la información necesaria, oportuna y actualizada de su estado al alta (9). La participación de enfermeros asistenciales referentes en sus unidades en el ciclo de mejora del ICE ha permitido una mejor adaptación del mismo a la realidad asistencial. De esta forma, se han convertido en sus unidades de trabajo en una herramienta facilitadora para concienciar de su importancia, consiguiendo un “efecto mariposa” del todo inesperado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Merino-Ruiz M, Sebastián-Viana T, Carmen Gómez-Díaz M, del Castillo YL. Utilidad y dificultades para la realización del informe de enfermería al alta hospitalaria según las enfermeras del Hospital de Fuenlabrada. *Enferm. Clínica*. 2008;18(2):77-83.
2. Birkel M, Replinger J-J. Analysis of records and professionalisation of care. *Rev Infirm*. 2017;66(231):30-1.
3. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 225, de 16 de septiembre de 2010.
4. Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2015-2017. Barcelona: Elsevier España; 2014.10
5. Moorhead S, Johnson M, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud. 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
6. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CH, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
7. Martínez-Ramos M, Flores-Pardo E, Uris-Sellés J. Rediseño del proceso de alta hospitalaria. *Rev. Calid. Asist*. 2016; 31(2):76-83.
8. Guadarrama-Ortega D, Delgado-Sánchez P, Martínez-Piedrola M, López-Poves EM, Acevedo-García M, Noguera-Quijada C, et al. Integración del proceso enfermero en la historia clínica electrónica de un hospital universitario. *Rev Calid. Asist*. 2017; 32(3):127-34.
9. Barkemeyer BM. Discharge planning. *Pediatr Clin North Am*. 2015; 62(2):545-56.

Mesa de Comunicaciones 23: Profesión

Concurrent Session 23: Nursing Profession

AUTORES/AUTHORS:

Elsa Melo, Clara Correia, Assunção Almeida, Joaquim Alvarelhão

TÍTULO/TITLE:

Childhood obesity in children aged 10-18 years: influence of eating habits

Introduction

Obesity currently represents one of the most serious public health problems affecting children and adolescents. Lifestyles, particularly eating habits, are important health determinants for the prevention of childhood obesity. The implementation of effective prevention plans should be child- and family oriented, with family nurses playing a key role in assessing and developing strategies tailored to each situation.

In this sense, we developed a study with the objectives of: to evaluate the prevalence of overweight or childhood obesity in children of a Family Health Unit in Portugal; and to identify the relationship between food intake and overweight and childhood obesity.

Methodology

Descriptive exploratory study, probabilistic sampling method, the sample consisted of 288 children / adolescents, aged between 10 and 18 years of age.

Data was collected through the application of a questionnaire adapted from the Food Frequency and Healthy Habits Questionnaire, of the Portuguese Platform Against Obesity; And the study variables presented in the report of the Health Behaviour of School - Aged Children - HBSC. Ethical and deontological requirements have been fulfilled.

Results :A total of 288 children (146 females) between the ages of 10 and 18 participated in the study. About 50% of the participants lived in rural areas and one-parent families accounted for about 24% of the sample.

About 11% of the participants presented a Body Mass Index in the category of 'Obesity' and 19.8% in the 'Overweight' category. The food preferences of the morning and afternoon snacks of about one third of the children are unhealthy, consisting mainly in processed foods and very sugary.

Most children would drink little water, less than 4 cups a day. More than 50% of the participants who reported never eating soup were classified as either 'overweight' or 'obesity', the difference being statistically significant for those who reported eating 'sometimes' or 'all' The days' ($X^2 = 11.4$, $gl = 2$, $p < 0.01$).

In contrast, statistically significant differences were found between the weekly frequency of 'pizza' ($X^2 = 8.8$, $gl = 3$, $p < 0.05$), 'french fries' ($X^2 = 17.7$, $gl = 3$, $p < 0.01$) and 'soft drinks / sugary drinks' ($X^2 = 12.1$, $gl = 3$, $p < 0.05$) and Body Mass Index categories.

A statistically significant association was found between the time of participation in physical activities and the classification categories of Body Mass Index (Kendall tau $b = -0.237$, $p < 0.001$).

Conclusions

The determination of the prevalence of overweight or obesity in children and adolescents, and their eating habits, allows for the identification of groups of children with disease development risk, and the necessity of adopting intervention measures in preventing and fighting childhood obesity. In child and juvenile surveillance consultations, dietary habits should be evaluated and food counselling provided, adjusted for each child and family.

Keywords: Childhood Obesity, Family, Prevalence, health promotion

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). COSI 2015 2016:Portugal. Disponível em <http://whocosi.org>

- Janssen, I. et al. (2005). Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obes Rev.* May;6(2):123-32 . Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15836463>
- Jeor, S.T., Perumean, C.S., Sigman, G.M., Williams C., & Foreyt J. (2002). Family-based interventions for the treatment of childhood obesity. *Journal of the American Dietetic Association.* 102(5). 640-4
- Marshall, S. et al. (2004). Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *Int J Obes.* 28 1238-40.
- Moens, E. & Braet, C. (2012). Training parents of overweight children in parenting skills: A 12-month evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 1-18
- Pedrosa, C., Correia, F., Seabra, D., Oliveira, B.M., Simões-Pereira, C., & Vaz-de-Almeida, M.D. (2011). Prevalence of overweight and obesity among 7–9-year-old children in Aveiro, Portugal: comparison between IOTF and CDC references. *Public Health Nutrition.* 14(1):14-9. Doi: 10.1017/S1368980009991789
- Rito, A., & Breda, J. (2010). Prevalence of childhood overweight and obesity in Portugal: The national nutrition surveillance system. *Obesity Reviews*, 11 (1), 42.
- Sardinha, L.B., Santos, R., Vale, S., Silva, A. M., Ferreira, J. P., Raimundo, A. M., Moreira, H., Batista, F., & Mota, J. (2011). Prevalence of overweight and obesity among Portuguese youth: A study in a representative sample of 10-18-year-old children and adolescents. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6: e124-e128.
- Solbes & Enesco (2010). Explicit and implicit anti-fat attitudes in children and their relationships with their body images. *Obes Facts*, 3(1), 23-32.

AUTORES/AUTHORS:

ESRA NUR KOCAASLAN, MELAHAT AKGÜN KOSTAK

TÍTULO/TITLE:

Effect of disease management education on the quality of life and self-efficacy levels of children with asthma

Objectives: Asthma is a chronic inflammatory disease; its morbidity, mortality, and prevalence among children has been increasing (Rydström, Dalheim-Englund, Holritz-Rasmussen, Möller, & Sandman, 2005) in the last twenty years. Asthma is a disease that affects the physical, mental, social, and emotional development of children and adolescents, compromising their quality of life (Cevik, 2012). Asthma can be controlled with an effective disease management education program that allows children and families to manage the disease with self-monitoring, lifestyle changes, allergen control, and proper medication treatment (Butz et al., 2005). The literature states that providing people with asthma with disease management education improves clinical course; develops self-perception in children/adolescents (Cevik 2011), improves quality of life (Payroovee, Kashaninia, Mahdaviani, & Rezasoltani, 2014; Shah et al., 2001), increases self-efficacy levels (Butz et al., 2005; Cevik, 2011). This study was designed to determine the effects of the asthma management education provided to children on their quality of lives and disease-related self-efficacy levels.

Methods: This descriptive, quasi-experimental study was conducted on 60 children between 10 and 18 years of age diagnosed with asthma who were followed up a university hospital in Edirne, a province located in western Turkey. A computer program (G-Power 3.1) was used for sample size calculation according to the study by Bozkurt, & Yildiz (2004). Data were collected using an "Information Form", "Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ)", and "Self-Efficacy Scale for Children and Adolescents with Asthma".

Data collection (between February 2015- July 2016) was performed in two stages before the child visited his/her doctor and in the absence of his/her parents. The "Data Collection Form" and scales were completed during face-to-face interviews. The children were informed with an asthma management education book by interactive education (using questions-answers, and demonstration methods). The disease management education book titled "I am Learning to Live with Asthma", prepared by the researchers on the basis of previous literature (Bozkurt, & Yildiz, 2004; NHLBI, 2002) and the views of experts, consisted of 18 pages. Written consents for the study were obtained from the Trakya University Medical Faculty Deanery, Ethics Committee for Scientific Researches (the Consent No. 14/07, dated 29/07/2015), Trakya University, Health Research and Application Centre (the Consent No. 37864143-302.14-306, dated 13/10/2015). Relatives were informed about the purpose and implementation of the study, after taking their verbal permission. Data were analysed by using the number, percentage, frequency, mean, standard deviation, the Mann-Whitney U test, the Wilcoxon test and the Spearman correlation analysis.

Results: The mean age of the children in this study was 11.30 ± 1.79 (10-17) years; 61.7% were boys. Further, the average number of family members living in the house was 4.51 ± 1.21 (3-9); 75% of the children had smokers in their families, and 28.3% of these smokers smoked near the child with asthma. It was determined that 45% of the children in this study had received information about asthma before. The children's quality of life and self-efficacy levels increased significantly after training ($p=0.014$). The age of the children' mothers age, number of siblings, number of family members living in the same house, activity status, frequency of experiencing symptoms, and the ability to use the drug independently affected children quality of life. The quality of life of the children improved as the age of mothers increased. As the number of siblings increased, self-efficacy levels increased, too. The quality of life of children who experienced difficulty in performing routine movements/activities was poorer. Knowledge about factors causing asthma, and ability to use medication independently affected their self-efficacy. These childrens' self-efficacy levels were higher ($p < 0.05$).

Discussion: In this study indicate that disease management education for asthmatic children had significant impacts on their self-efficacy and quality of life levels. While the total PAQLQ score of the children in this study was 104.75 ± 19.62 before the

intervention, it was 113.51 ± 18.39 after the education intervention. Given that the minimum and maximum total scores in the PAQLQ range from 23 to 161, respectively, and the higher scores indicate a better quality of life. The results indicate that the education intervention significantly improved the quality of life of the children with asthma. In their study, Bozkurt, & Yildiz, (2004) reported pre- and post-education mean PAQLQ scores of 100.85 ± 23.20 and 113.26 ± 26.94 , respectively. In their randomized controlled study conducted on 251 adolescents in Australia, Shah et al., (2001) found that the total quality of life scores significantly increased after the education; Payrove et al., (2014) reported that the total and sub-scale mean scores significantly increased in children between 7 and 11 years of age after the education.

In this study, while the total mean "A Self-Efficacy Scale for Children and Adolescents with Asthma" score of the children was 78.61 ± 13.42 before the education, it was found to be 80.93 ± 11.75 after the education. The children's self-efficacy levels also increased after the education intervention. However, given that scores ≤ 88 indicate lower levels of self-efficacy as per the scale, it can be said that the self-efficacy levels of the children/adolescents were low both, before and after the education intervention. Cevik (2011) reported that the "A Self-Efficacy Scale for Children and Adolescents with Asthma" total mean scores of 108 asthmatic children (10-18 years) in the experimental group were 78.25 ± 7.95 before and 96.75 ± 10.32 after the education intervention, while these values were 79.97 ± 9.66 before and 76.45 ± 8.04 after the education intervention in the control group. In a study Bartholomew et al., (2000) found that the self-efficacy levels of children diagnosed with asthma were higher after the education; and in other randomized controlled trial on 256 children, Cicutto et al., (2005) found that the self-efficacy scores of the experimental group were higher than those of the control group.

Conclusions

Based on these results, we can conclude that the provision of continued, planned training to children with asthma by nurses after diagnosis and knowing affecting factors is important in improving the quality of life and levels of self-efficiency of these children. Planned training, a major component of asthma care, can be conducted in hospital units where asthmatic children are followed up as outpatients.

KEY WORDS

asthma management, education, nurse, self-efficacy, quality of life.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAPHY

1. Bartholomew, L. K., Gold, R. S., Parcel, G. S., Czyzewski, D. I., Sockrider, M. M., Fernandez, M., ... & Swank, P. (2000). Watch, Discover, Think, and Act: evaluation of computer-assisted instruction to improve asthma self-management in inner-city children. *Patient education and counseling*, 39(2), 269-280. doi: 10.1016/S0738-3991(99)00046-4
2. Bozkurt, G., & Yildiz, S. (2004). The effect of education given to the school children with asthma about management of the disease, on their quality of life. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 13(53), 101-114. (Original work published in Turkish)
3. Butz, A., Pham, L., Lewis, L., Lewis, C., Hill, K., Walker, J., & Winkelstein, M. (2005). Rural children with asthma: impact of a parent and child asthma education program. *Journal of Asthma*, 42(10), 813-821. doi: 10.1080/02770900500369850
4. Cevik, Ü. (2011). The effect on the self-efficacy and the prognosis of disease of the given training for the children and adolescents who have asthma/(Master's thesis). Retrieved from National Dissertations and Theses database. (UMI No: 288636). (Original work published in Turkish)
5. Cevik, Ü. (2012). The validity and reliability of Turkish form of self efficacy scale for children and adolescents with asthma. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 15(1). (Original work published in Turkish)
6. National Institutes of Health, & National Heart, Lung, and Blood Institute. (2002). Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Revised. NIH Publications, 02-3659.

7. Payroove, Z., Kashaninia, Z., Mahdaviani, S. A., & Rezasoltani, P. (2014). Effect of family empowerment on the quality of life of school-aged children with asthma. *Tanaffos*, 13(1), 35.
8. Rydström, I., Dalheim-Englund, A. C., Holritz-Rasmussen, B., Möller, C., & Sandman, P. O. (2005). Asthma–quality of life for Swedish children. *Journal of clinical nursing*, 14(6), 739-749. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01135.x
9. Shah, S., Peat, J. K., Mazurski, E. J., Wang, H., Sindhusake, D., Bruce, C., ... & Gibson, P. G. (2001). Effect of peer led programme for asthma education in adolescents: cluster randomised controlled trial. *Bmj*, 322(7286), 583. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7286.583>

AUTORES/AUTHORS:

Josefina Patiño Masó, Montserrat Arboix Perejamo

TÍTULO/TITLE:

Estado de ánimo y consumo de drogas en adolescentes

El estado de ánimo es un factor de riesgo para el inicio del consumo de sustancias psicoactivas y a la vez se relaciona con la frecuencia y la intensidad de su consumo (1-4).

Objetivos

Analizar el patrón de experimentación con el tabaco, el alcohol y el cannabis de los adolescentes según el sexo

Determinar el estado de ánimo de los adolescentes según el sexo y su relación con el consumo de tabaco, alcohol y cánnabis.

Métodos

Estudio descriptivo transversal. Población de estudio son todos los alumnos de 1ª y 2ª de la ESO (curso académico 2014-2015), en los dos centros de enseñanza secundaria de los municipios rurales de Santa María y Sant Esteve de Palautordera. El tipo de muestreo utilizado es no probabilístico de conveniencia. Se han incluido todos los alumnos que quisieron participar y que desde enero a junio de 2015 de los dos institutos que entregaron el consentimiento informado firmado por sus padres/tutores y que se encontraban en el centro en el momento de rellenar el cuestionario. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario ad hoc basado en el cuestionario Factores de Riesgos en Estudiantes de Secundaria (FRESC, 2012) de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (1). Fue diseñado en formato electrónico mediante el instrumento de formularios de google drive, ya que los dos institutos disponían de sala de informática y ordenadores con conexión a internet. Se analizaron las respuestas a las preguntas relacionadas con las variables sociodemográficas (edad, sexo y estructura familiar); el patrón de experimentación de los participantes respecto a: tabaco (fumar al menos un cigarrillo al día; no fumar cada día pero si una vez a la semana; no fumar semanalmente pero si al menos una vez al mes; fumar menos de una vez al mes; fumar una vez, de vez en cuando; dejar de fumar, después de haber fumado al menos una vez o menos de una vez a la semana; haber fumado al menos una vez en la vida y no fumar nunca más). Señalar que se ha considerado primera experimentación con el tabaco, la edad en la que por primera vez en la vida se fuma un cigarrillo o se hacen al menos algunas caladas seguidas; se entiende como un consumo regular de tabaco, fumar algún cigarrillo al menos una vez a la semana y un consumo diario como fumar al menos un cigarrillo al día), alcohol (se consideró como consumo experimental de alcohol cuando los participantes indicaron que habían probado esta sustancia alguna vez en la vida y al menos medio vaso de cualquier bebida alcohólica; debían señalar además a que edad y si se habían emborrachado alguna vez en los últimos 6 meses; también si habían consumido alguna vez 4 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión en los últimos 30 días) y cannabis (se consideró consumo experimental de esta droga cuando se había consumido alguna vez en la vida, debían también indicar la edad del primer consumo, si habían consumido cannabis alguna vez en los últimos 12 meses o si lo consumían habitualmente, es decir, en los últimos 30 días). Para determinar el consumo de riesgo de cannabis se utilizó el Cannabis Abuse Screening Test (CAST) (5), basado en la frecuencia de situaciones relacionadas con su uso.

Los adolescentes tuvieron que situar su estado de ánimo en una o más de las siguientes categorías en función de la frecuencia con la que las experimentaban: sentirse cansado para hacer cosas, tener problemas para dormir o despertarse antes de tiempo, sentirse desplazado, triste o deprimido, sentirse desesperanzado respecto a su futuro, sentirse nervioso o en tensión, sentirse aburrido de las cosas. Se agruparon las categorías de respuesta en: nunca, casi nunca, a veces, frecuentemente y siempre. Se consideró que un alumno presentaba un estado de ánimo negativo cuando respondía frecuentemente o siempre a 3 o más de los 6 ítems (1).

Se hizo una reunión informativa en cada centro con los miembros de los equipos directivos, se les explico el proyecto y se les invitó a participar. Se configuró un calendario para cada grupo/clase. Cada tutor explico a sus alumnos el objetivo del trabajo. A nivel familiar, desde cada centro se hizo llegar a las familias la información del estudio y la hoja de consentimiento informado, se explicaban los

objetivos del proyecto y se dejó total libertad para participar. Se aseguró la confidencialidad de los datos y se solicitó a los padres/tutores el permiso de participación de sus hijos. Se informó también a los regidores de juventud, servicios sociales, sanidad y educación de ambos municipios junto al compromiso de retornar a la comunidad el análisis de los datos. Se realizó una prueba piloto con 13 alumnos. Finalmente la investigadora principal se desplazó a los institutos y administró el cuestionario on line, en las aulas de informática de cada centro, en horario lectivo y utilizando un total de 13 horas de tutoría. Se aseguró a todos los participantes el anonimato de los datos para reducir el efecto de deseabilidad social. Los alumnos completaron el cuestionario en 30-40 minutos. Para el análisis estadístico de los datos, se han utilizado métodos descriptivos básicos de modo que las variables cualitativas se han descrito con las frecuencias absolutas por cada categoría y los porcentajes correspondientes y para las variables cuantitativas se han obtenido los valores mínimo, máximo, media aritmética y desviación estándar. En las tablas de contingencia se han obtenido la frecuencia y el porcentaje de casos que presentan las dos características de modo conjunto. Para el análisis de asociación entre variables cualitativas se ha utilizado el test de khi cuadrado. Las diferencias consideradas estadísticamente significativas son aquellas $p < 0.05$.

Resultados

La muestra está formada por 207 estudiantes (57% varones) con una edad media de 12,8 años (DT: 0,73). El 87% nunca ha fumado tabaco. Significativamente, han experimentado con esta sustancia más chicos (16,9%) que chicas (7,9%). Respecto al patrón de consumo de tabaco señalar que el 62,5% afirma que ha fumado alguna vez en la vida, el 25% que fuma semanalmente, el 8,3% diariamente y el 4,2% se declara ex fumador. Del total de la muestra, un 4,34% son fumadores regulares y diarios. Cuando se analiza la convivencia con familiares que fuman habitualmente en casa, se observa que el 16,9% de los participantes convive con alguna persona fumadora, el 11,6% con dos y el 3,4% con tres o más personas que fuman. El 30,4% ha consumido una bebida alcohólica al menos una vez en la vida, significativamente, más chicos (37,3%) que chicas (21,3%). De los que han probado el alcohol, un 60,3% lo ha consumido alguna vez en la vida, un 1,6% en el último año, un 25,4% en los últimos 6 meses y un 12,7% en los últimos 30 días. El 81,5% ($n=53$) de los adolescentes de la muestra que han experimentado con el alcohol declara que no se han emborrachado nunca, un 7,7% ($n=5$) afirma que se han emborrachado alguna vez en su vida y un 10,8% ($n=7$) que se ha emborrachado en los últimos 6 meses. De estos últimos, un 7,9% ($n=5$) se ha emborrachado en una ocasión y un 3,2% ($n=2$) se ha emborrachado más de dos veces. Un 14,8% ($n=9$) afirma que ha realizado un consumo intensivo de alcohol (binge drinking). De los alumnos que han probado el alcohol, el 55% ($n=33$) afirma que bebe al menos medio vaso de algún tipo de bebida alcohólica en fiestas familiares y el 41,7% ($n=25$) en discotecas o bares. El 95,6% no ha consumido nunca cannabis. Aunque más chicos (6,8%) que chicas (1,1%) declaran haber probado esta droga, las diferencias entre sexo no son significativas. Entre los alumnos que han consumido cannabis, un 66,7% ($n=6$) lo ha probado alguna vez en la vida, un 22,2% ($n=2$) en los últimos 12 meses y un 11,1% ($n=1$) en los últimos 30 días. Del total de los participantes que han experimentado con cannabis alguna vez, un 22,22% ($n=2$) presenta un riesgo de consumo bajo y un 22,22% ($n=2$) presenta un riesgo de consumo moderado hacia dicha droga.

El 89,8% de los chicos y el 84,3% de las chicas no presentan estado de ánimo negativo. No se observa relación entre el estado de ánimo negativo y el sexo ($X^2= 1,43$; $p=0,232$) aunque las chicas presentan un estado de ánimo negativo ligeramente superior al de los chicos (15,7% vs 10,2%, respectivamente). Significativamente, el porcentaje de adolescentes que consume tabaco, alcohol y cannabis es mayor en aquellos que presentan un estado de ánimo negativo. Tabaco ($X^2(1)= 8,237$; $p=0,011$); alcohol ($X^2(1)= 3,851$; $p=0,049$) y cannabis ($X^2(1)= 3,928$; $p=0,047$).

Discusión

Los resultados obtenidos muestran porcentajes de consumo de tabaco, alcohol y cannabis inferiores a los detallados en otros estudios (6-10). Probablemente sea debido a la temprana edad (12 años) en que se monitoriza el uso de estas sustancias. Significativamente en la experimentación con el tabaco y alcohol hay diferencias de género y más chicos que chicas han probado estas sustancias. En el caso del cannabis también más chicos que chicas la han probado. Se constata que más de un tercio de los participantes conviven en casa con fumadores habituales. Estos resultados son

concordantes con los de otros estudios que señalan que casi la mitad de los estudiantes españoles de 14 a 18 años conviven en domicilios donde se fuma habitualmente (6,7). El núcleo familiar es uno de los principales agentes moduladores del riesgo/protección del consumo de drogas en edades tempranas, donde se aprende a consumir sustancias que socialmente son aceptadas.

Se aprecia sintonía con los resultados de otro estudio español (7) en el que se destaca que la mitad de los adolescentes que han probado alguna vez en su vida el alcohol, lo han hecho en fiestas familiares. Además, cuatro de cada diez lo ha probado en discotecas o bares. Se constata la similitud de resultados respecto a la facilidad con la que los adolescentes pueden obtener alcohol, en comercios y discotecas, siendo esta práctica ilegal a estas edades. Ello se relaciona además con los resultados de otras investigaciones que señalan que los jóvenes perciben el alcohol como la sustancia de mayor disponibilidad (7-9).

Los resultados obtenidos muestran concordancia con los de la encuesta europea (8) que observa que la prevalencia de consumo de cannabis entre menores de 15 años es del 0% al 8% y pese a que más chicos que chicas afirman que han probado esta sustancia al menos una vez, la diferencia no es significativa.

Un 13% de los participantes presentan un estado de ánimo negativo, dato que concuerda con los resultados de otros estudios (1), que señalan que un 14,9% de los adolescentes entre 13 y 18 años presentan un estado de ánimo negativo. Los datos hallados sostienen que el estado de ánimo es un factor de riesgo para la experimentación con drogas y que puede ser un buen predictor de su consumo, aunque no pueda establecerse una relación causal.

Es importante que los programas de promoción de la salud y prevención del consumo de drogas encaminados a favorecer la adopción y mantenimiento de hábitos de vida saludables contemplen como factor de riesgo el estado de ánimo de los adolescentes. Conviene iniciar dichos programas antes del aumento del consumo, que se da por lo general entre tercero y cuarto de la ESO y activarlos antes de los 12 años (10). Se propone que las intervenciones no sean aisladas y que tengan continuidad, que incluyan sesiones de refuerzo para intervenir en fases de experimentación, inicio y consolidación del hábito. Insistir en la consideración de que los jóvenes no constituyen un grupo homogéneo, no tienen los mismos estilos de vida, ni tampoco comparten todos los factores de riesgo y protección. Cabe incluir a todos los agentes con acceso e influencia en este grupo de población. Desde atención primaria y desde la atención al niño sano se pueden llevar a cabo muchas de las acciones de promoción de la salud y detectar de forma precoz signos de alteración en el estado de ánimo para un abordaje más integral.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 Agencia de Salut Pública de Barcelona [Internet]. Barcelona; 2013. Informe FRESC 2012. 25 anys d'enquestes a adolescents escolaritzats de Barcelona [Consulta: 5 febrer 2015];aprox.25-33p.] Disponible a: <http://www.aspb.es/quefem/docs/informe--FRESC-2012.pdf>
- 2 Alonso C, Del Barrio V. Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de alcohol en la escuela. *Anal Modif Conduct.* 1996;24:679-701.
- 3 Blau GM, Gillespie JF, Felner RD, Evans EG. Predisposition to drug use in rural adolescents: preliminary relationships and methodological considerations. *J Drug Educ.* 1998;18,13-22.
- 4 González MT, Espada JP, Orgilés M. Estado de ánimo y consumo de tabaco en una muestra de adolescentes españoles. *Rev Latinoam Psicol.* 2015;47(2):86-89.
- 5 Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use.* 2007;12(4):233-42.
- 6 Plan Nacional contra las drogas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2016. Encuesta Estatal sobre el Uso de las Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 2014-2015. [Consulta: 11 febrer 2016];[5-10,13-14,18p] [Disponible a: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasinformacion/sistemainformacion/pdf/2016-ESTUDES-2014-2015.pdf>].
- 7 Plan Nacional contra las drogas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2014. Encuesta Estatal sobre

el Uso de las Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 2012-2013. [Consulta:7 febrer 2015];[4-15,17-19,23-25 p] [Disponible a:

http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012_2013_pdf

8 Hibell B, Guttormsson U, Ahistrom S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. The 2011 ESPAD Report Substance Use Among Students in 36 European Countries [Internet].2012.[Consulta:31 març 2015]. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs; 2012. Disponible a :

http://www.espad.org/upload/espad_reports/2011/the_2011_espad_report_full_2012_10_29.pdf

9 Generalitat de Catalunya[Internet].Informe dels resultats per a Catalunya de l'enquesta estatal sobre consum de drogues en estudiants d'educació secundària (ESTUDES);2014.[Consulta:31 març 2015];[aprox 16-18p]. Disponible a:

<http://drogues.gencat.cat/web.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/estudes2012/pdf>

10 Muñoz-Rivas M, Graña JL. Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. Psicothema 2001; 13(1):87-94

AUTORES/AUTHORS:

ALBERTO BERMEJO CANTARERO, ANDRÉS REDONDO TÉBAR, ALBA SORIANO CANO, NOELIA MARÍA MARTÍN ESPINOSA, NATALIA MARÍA ARIAS PALENCIA, LAURA MUÑOZ DE MORALES ROMERO, CRISTINA GONZALEZ ARÉVALO

TÍTULO/TITLE:

Relación entre Fitness y Calidad de Vida Relacionada con la Salud en niños y adolescentes sanos: Revisión sistemática

INTRODUCCIÓN

La Calidad de Vida ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores, que él vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es entendida como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que estos tienen en su estado de salud. Se caracteriza por ser subjetiva, multidimensional y variable con el tiempo. Las dimensiones más importantes que incluye son: el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional. En edades tempranas, la CVRS, incluye la percepción del bienestar físico, psicológico y social de acuerdo con el desarrollo evolutivo y las diferencias individuales. Los niños con mala CVRS son menos propensos a desarrollar de forma normal y madurar hasta convertirse en adultos sanos.

El Fitness o Condición física se define como el conjunto de atributos relativos al rendimiento de la persona en materia de actividad física. Es un estado fisiológico de bienestar que proporciona la base para las tareas de la vida cotidiana, un nivel de protección frente a las enfermedades crónicas y el fundamento para el desarrollo de actividades deportivas.

La inactividad física se ha convertido en un problema prioritario de salud pública. Muchos niños y adolescentes en países desarrollados llevan estilos de vida sedentarios observándose una tendencia a la disminución del ocio activo.

En los últimos años, numerosos estudios han demostrado una asociación positiva entre la el fitness y la salud física, emocional, mental y social de los niños y adolescentes. Así mismo, algunos estudios han analizado la relación entre CVRS y fitness en niños y adolescentes sanos, pero hasta donde sabemos, ninguna revisión sistemática ha sintetizado los resultados existentes.

OBJETIVOS

Examinar la evidencia disponible sobre la relación entre el fitness cardiorrespiratorio (FCR) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en niños y adolescentes sanos.

MÉTODOS

Protocolo y registro

Esta revisión sistemática se realizó siguiendo las recomendaciones PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) y el Cochrane Collaboration Handbook. El protocolo para esta revisión sistemática se registró previamente en PROSPERO (número de registro: CRD42015025823).

Criterios de inclusión.

- Estudios que: 1) examinaran la relación entre el FCR (entendido como la capacidad para realizar ejercicio prolongado que involucra los sistemas cardiovascular y respiratorio) y la CVRS en niños y adolescentes sanos, 2) que midieran el FCR mediante test de campo o de laboratorio y la CVRS mediante cuestionarios específicos validados y 3) publicados en inglés o español.
- Para los participantes: 1) edad menor de 18 años, y 2) no haber sido diagnosticado de ninguna enfermedad (incluidas obesidad y sobrepeso).
- No se impusieron límites de fecha.

Estrategia de búsqueda y fuentes de información

Entre Marzo y Julio de 2016 se realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas Medline, Embase, The Cochrane Library y PEDro por dos autores de forma independiente con las siguientes palabras claves: (“health-related quality of life” OR HRQoL OR “well-being” OR “positive health” OR “psychological health”) y con (“children” OR “adolescent” OR “young children” OR “schoolboy”), que se combinaron con los términos: (“fitness”, “physical fitness”, “cardiorespiratory fitness”, cardiovascular fitness”).

Proceso de recogida de datos

Los datos de los estudios se extrajeron por un autor en tablas de evidencia. Un segundo autor verificó la exactitud y consistencia de forma independiente. Los desacuerdos se consensuaron con un tercer autor.

Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo

La evaluación de la calidad metodológica de los estudios individuales se llevó a cabo por dos autores de forma independiente. Un tercer autor se consultó para resolver desacuerdos. Se realizó mediante una lista de evaluación de la calidad de estudios observacionales basada en la utilizada por Ruiz et al. Esta lista consta de 10 ítems para valorar los estudios longitudinales y 8 para los transversales. Para cada estudio, cada elemento de la lista fue calificado como “positivo” o “negativo” si cumplía o no con ese punto. Cuando la información era poco clara se calificó con un signo de interrogación (?).

se clasificaron como estudios de alta calidad los que cumplían positivamente con más del 50% de los puntos incluidos en la lista de evaluación, es decir, más de 5 puntos para los diseños longitudinales y más de 4 puntos para los diseños transversales.

RESULTADOS

Se identificaron 2256 estudios potencialmente relevantes. Se incluyeron 7 estudios en la revisión que informaron sobre la relación entre FCR y CVRS. Todos se realizaron mediante un diseño transversal. Seis de ellos evaluaron el FCR mediante el test de Course Navette (Test de ida y vuelta de 20 metros) y uno mediante la batería MoMo Test.

Los siete estudios mostraron una relación positiva entre el FCR y la CVRS, aunque sólo el estudio de Palou et al. reportó los resultados de esta relación usando una medida global de la CVRS, en el mismo sentido que Gálvez et al., los resultados mostraron una relación positiva entre un mejor FCR y una mejor relación entre iguales, en el estudio de Gerber et al., con un mejor bienestar sin importar el nivel de estrés de los niños, en el de Lämmle et al. con mejor salud subjetiva, en el estudio de Saavedra et al. con percepción de un mejor estado de salud, en el de Morales et al. con la dimensión de bienestar físico y apoyo social y en el estudio de Padilla-Moledo et al. con una mejor satisfacción con la vida.

DISCUSIÓN

Hasta donde sabemos, nuestra revisión sistemática es la primera en describir como el FCR afecta a la CVRS de niños y adolescentes sanos.

Los estudios disponibles sugieren beneficios a corto y largo plazo del FCR sobre aspectos psicológicos como la depresión, la ansiedad o el concepto de sí mismo en la infancia, la adolescencia y la edad adulta. Esta revisión muestra que los altos niveles de FCR se asocian con una mejor CVRS en ambos sexos. Cabe señalar que existen variaciones entre las diferentes dimensiones de la CVRS, que afectan principalmente a las relacionadas con la autopercepción sobre la salud. Esto podría explicarse porque el aumento de los niveles de FCR podría mejorar la imagen corporal y también por el efecto sobre neuropéptidos como serotonina o endorfinas que tienen una influencia positiva en el estado de ánimo.

Esta revisión podría estar limitada por las características de los estudios incluidos y su calidad. Debido al diseño transversal de los estudios incluidos, no se puede establecer una relación causa-efecto entre un mayor nivel de FCR y una mejor CVRS.

En conclusión, la presente revisión demuestra que existe evidencia sobre una relación positiva entre el FCR y la CVRS en niños y adolescentes sanos, principalmente en los dominios relacionados con la percepción subjetiva de la salud, la autopercepción, la aceptación social y la satisfacción con la vida.

Los resultados de esta revisión sistemática podrían ser de interés para los investigadores, responsables políticos y profesionales en el área de la actividad física, la educación y la salud, proporcionando conocimiento como base para el desarrollo de planes de acción eficaces en el campo de la educación y la salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Kuyken W. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
2. Ortega FB, Ruiz JR, Castillo MJ, Sjöström M. Physical fitness in childhood and adolescence: a powerful marker of health. *Int J Obes (Lond).* 2008;32(1):1-11.
3. Janssen I, Leblanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010;7:40.
4. Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review. *Prev Med.* 2007;45(6):401-15.
5. Gálvez Casas A, Rodríguez García PL, García-Cantó E, Rosa Guillamón A, Pérez-Soto JJ, Tarraga Marcos L, et al. [Aerobic capacity and quality of life in school children from 8 to 12]. *Clin Investig Arterioscler.* 2015;27(5):239-45.
6. Lämmle L, Woll A, Mensink GB, Bös K. Distal and proximal factors of health behaviors and their associations with health in children and adolescents. *Int J Environ Res Public Health.* 2013;10(7):2944-78.
7. Padilla-Moledo C, Castro-Piñero J, Ortega FB, Mora J, Márquez S, Sjöström M, et al. Positive health, cardiorespiratory fitness and fatness in children and adolescents. *Eur J Public Health.* 2012;22(1):52-6.
8. Morales PF, Sánchez-López M, Moya-Martínez P, García-Prieto JC, Martínez-Andrés M, García NL, et al. Health-related quality of life, obesity, and fitness in schoolchildren: the Cuenca study. *Qual Life Res.* 2012;22(7):1515-23.
9. Palou P, Vidal J, Ponseti X, Cantalops J, Borrás P. [Relationship between quality of life, physical activity and cardiorespiratory fitness in children]. *Revista de Psicología del Deporte* 2012. p. 393-8.
10. Saavedra JM, Escalante Y, Domínguez AM, García-Hermoso A, Hernández-Mocholí MA. Prediction of correlates of daily physical activity in Spanish children aged 8-9 years. *Scand J Med Sci Sports.* 2014;24(3):e213-9.
11. Gerber M, Endes K, Brand S, Herrmann C, Colledge F, Donath L, et al. In 6- to 8-year-old children, cardiorespiratory fitness moderates the relationship between severity of life events and health-related quality of life. *Qual Life Res.* 2017;26(3):695-706.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VII

Session of Oral Brief Presentations VII

AUTORES/AUTHORS:

OSCAR SEGURA ALBA, JOSÉ ANTONIO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ, JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ MONDÉJAR

TÍTULO/TITLE:

SIMULACIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA COMO MEJORA DE LA CALIDAD FORMATIVA ENFERMERA EN LA MANEJO DEL PACIENTE CON TRAUMA GRAVE

OBJETIVOS:

1. Mejorar las habilidades, aptitudes y actitudes de los enfermeros en el proceso de atención inmediata hospitalaria al paciente con trauma grave.
2. Evaluar la metodología de simulación clínica como método de aprendizaje y entrenamiento para la resolución de problemas, obtención de destrezas y habilidades de profesionales de enfermería en la atención al paciente con trauma grave.

MÉTODOS:

Ámbito: Aula docente del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Diseño: Estudio descriptivo.

Sujetos:

Población diana: Enfermeros trabajadores del Servicio Murciano de Salud que presten cuidados a pacientes con trauma grave.

Muestra: Enfermeros matriculados en el curso de Atención Inmediata al paciente con trauma grave con Simulación clínica. Se obtiene una muestra de 19 alumnos matriculados.

Muestreo: Muestreo no probabilístico intencional.

Variables: Edad, sexo, valoración del contenido teórico, valoración del contenido práctico, evaluación de nuevos conocimientos, evaluación de nuevas habilidades, valoración de conocimientos precurso, valoración de conocimientos postcurso. Las variables cuantitativas fueron medidas con escala Likert de 5 puntos.

Intervención: Realización de un curso-taller de simulación clínica de alta fidelidad consistente en una parte teórica (5 horas) y práctica (8 horas), en el cual se pone en práctica distintos escenarios clínicos simulados por grupos de 3 personas relacionados con el paciente con trauma grave mientras un instructor guía el caso clínico telemáticamente y otro evalúa la actuación del grupo. Al mismo tiempo se procede a la grabación de la actuación, previo consentimiento informado, para su posterior análisis en la fase de debriefing con participación activa del alumnado.

Material: Simulador de entorno real con respuesta fisiológica (alta fidelidad), material fungible de actuación ante un paciente con trauma grave.

Instrumentos de medida: Encuesta de conocimientos previos en simulación clínica y de valoración y satisfacción por parte del alumnado mediante escala Likert de 5 puntos.

Análisis de los datos: Medidas descriptivas de tendencia central, frecuencias y contraste de hipótesis mediante la prueba de Wilcoxon a través del paquete estadístico SPSS 20.0.

RESULTADOS:

Del total de 19 sujetos de la muestra se obtiene un 21.8% de hombres y 78.9% de mujeres con una edad media entre los dos de 38.53 años (min=26, max=52, DS=7.411).

Se encuentran como medias en las variables de valoración del contenido teórico ($x=4.32$, $DS=0.671$) y práctico ($x=4.21$, $DS=0.855$) sobre escala de 5 puntos. Respecto a las variables de valoración de adquisición de nuevos conocimientos ($x=4.05$, $DS=0.602$) y habilidades ($x=4.16$, $DS=0.653$), sobre 5 puntos. Lo que se traduce en una alta valoración de la metodología docente de simulación clínica.

Para comprobar la valoración por parte del alumnado de la mejora en la adquisición de conocimientos antes y después del curso se ha utilizado la prueba de rangos de Wilcoxon con un nivel de confianza de 95%, obteniéndose un valor de $Z=-3.771$ ($p=0.000162$) con significación asintónica bilateral.

DISCUSIÓN:

Se deriva una alto nivel de valoración de la metodología docente en simulación clínica aplicada al paciente con trauma grave como demuestran las medias de evaluación de los alumnos respecto al contenido y obtención de conocimientos, de forma que supone una

estrategia docente alternativa, novedosa y práctica que refuerza el conocimiento y adquisición de habilidades por parte de los alumnos.

Se obtiene una valoración positiva por parte del alumnado hacia la simulación clínica que mejora sustancialmente los conocimientos y habilidades en la atención al paciente con trauma grave en entorno simulado como demuestra el valor obtenido por $Z=-3.771$ ($p=0.000162$). Por tanto, la metodología de simulación clínica se configura como un método de aprendizaje basado en el alumno con participación activa del mismo que permite una integración mayor de conocimientos, habilidades y actitudes en el paciente con trauma grave.

La actividad de debriefing tras la experiencia de simulación clínica facilita la retroalimentación de los participantes hacia la discusión y reflexión de las actuaciones de los propios alumnos, de forma que facilita el ciclo de aprendizaje por experiencias. De esta forma, se produce una conexión entre la práctica y la teoría.

La simulación de alta fidelidad para enfermería es un área relativamente nueva en enfermería en el ámbito formativo profesional postgrado que ofrece oportunidades de mejora de la calidad formativa y, por ende, mejora la calidad asistencial a través del planteamiento de escenarios de pensamiento crítico y reflexión de la experiencia vivida.

De esta forma, se abren nuevas vías de investigación que profundicen en las ventajas que puede tener la simulación clínica en la formación de enfermeros y que, sin duda alguna, redundará en un aumento de la calidad asistencial, en concreto en el área de los cuidados al paciente con trauma grave.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alinier G, Hunt WB, Gordon R. Determining the value of simulation in nurse education: study design & initial results. *Nurse Educ. Pract.* 2004; 4 (3): 200-7.
- Cronenwett L, Sherwood G, Barnsteiner J, Disch J, Johnson J, Mitchell P, et al. Quality and Safety Education for Nurses. *Nurs Outlook.* 2007;55 (3) : 121-31.
- Durá Ros MJ. La simulación clínica como metodología de aprendizaje y adquisición de competencias en enfermería [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. 2013.
- De la Horra I. La simulación clínica como herramienta de evaluación de competencias en la formación de enfermería. *Reduca.* 2010; 2 (1): 549-580.
- Martínez A, Hoz V, Sánchez B, Alonso AJ, del Moral I, Maestre JM. La simulación en enfermería, un nuevo reto docente. *Metas enferm.* 2011; 14 (9): 50-55.
- Yuna HB, Williams BA, Fang JB. The contribution of high-fidelity simulation to nursing students' confidence and competence : a systematic review. *Int Nurs Rev.* 2012 ; 59 (1) : 26-33.

AUTORES/AUTHORS:

Jagoba Zarandona Calvo, Marta Arrúe Mauleón, Itziar Hoyos Cillero, Silvia Caballero Sánchez, Sergio Yuste Muñoz, Begoña Ruiz de Alegría Fernández de Retana

TÍTULO/TITLE:

Creencias populares en el cuidado a un paciente que ha sufrido un ictus entre los estudiantes del grado en enfermería

1. OBJETIVOS

El ictus o accidente cerebro vascular (acv) es una enfermedad que consiste en la pérdida de funciones cerebrales debido a la falta de irrigación cerebral. Es una enfermedad grave, que se sitúa como segunda causa de mortalidad y entre las tres principales causas de discapacidad en el mundo (Edwardson and Dromerick, 2017)

Las secuelas son variadas e incluyen alteraciones físicas, dificultades en la movilidad, déficits en la comunicación, alteraciones cognitivas y emocionales entre otras (Ishida, 2017; Jauch et al., 2013; Smeltzer et al., 2013; Williams et al., 2010). De ahí que el ictus es una enfermedad compleja y que requiera de cuidados de enfermería diversos y específicos (Smeltzer et al., 2013). Algunos autores van más allá y añaden que el ictus es una “enfermedad familiar”, ya que es un proceso con consecuencias en el bienestar físico, psicológico, social y financiero de toda la familia (Mackenzie et al., 2007).

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente mencionado, sería lógico pensar que la formación de los cuidados del paciente con ictus es un área destacada en la educación de las enfermeras. Lamentablemente, no son pocos los estudios internacionales que indican que las enfermeras necesitan mayor formación en relación con el cuidado de un paciente que ha sufrido un ictus (Booth et al., 2005; Reynolds et al., 2016; Watkins et al., 2012; Williams et al., 2010).

Teniendo presente este contexto, se diseñó un estudio para dar respuesta al siguiente objetivo:

¿Qué dificultades presentan los estudiantes a la hora de comprender y planificar el cuidado de un paciente que ha sufrido un ictus?

2. METODOLOGÍA

DISEÑO: Estudio preexperimental pretest-postest con tres grupos. Se analizaron las respuestas de los estudiantes a las actividades de dos escenarios realizados antes (pre-test) y después (post-test) de la instrucción tradicional respectivamente, en el curso 2015/16.

LOCALIZACIÓN: La investigación se llevó a cabo en las Escuelas Universitaria de Enfermería de Leioa y Vitoria-Gasteiz, Universidad del País Vasco (UPV/EHU) que contaban con el mismo currículum y la atención de enfermería al paciente que ha sufrido un ictus se desarrolló en la asignatura de Enfermería Clínica IV. El tema se abordó a lo largo de 5 semanas y se invirtió en todos los grupos el mismo número de horas.

PARTICIPANTES: La muestra está compuesta por las pruebas realizadas por 118 estudiantes matriculados en la asignatura de Enfermería Clínica IV. La asignación de los estudiantes a los grupos se realizó a través del programa de gestión académica de la universidad.

RECOGIDA DE DATOS: Las mediciones pretest se llevaron a cabo en el aula antes de la impartición de la materia. Las mediciones postest se realizaron por lo menos un mes después de finalizar la enseñanza, como parte de la prueba escrita de evaluación final de la asignatura.

Este estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) (M10/2017/025).

ANÁLISIS: Esta investigación se centró en el conocimiento declarativo y argumentativo. Para medir dicho conocimiento se utilizó una versión modificada del modelo de Toulmin (1958; 1984), designado habitualmente como TAP (Toulmin's argument pattern). Los resultados fueron descritos mediante porcentajes, empleándose el test Chi-cuadrado para determinar las diferencias significativas

($p < 0,05$) en las variaciones del aprendizaje de los estudiantes mediante SPSS v.23.

3. RESULTADOS

Las respuestas analizadas sugieren que el alumnado tras recibir instrucción de manera tradicional seguía manteniendo las siguientes ideas no científicas sobre el cuidado del ictus: 1) identifican la escala de coma Glasgow como la escala de elección de la función neurológica tras un ictus; 2) relacionan el ictus hemorrágico con hipovolemia, confundiendo las implicaciones en el manejo y monitorización de la tensión arterial; 3) no parece existir una argumentación de la necesidad de movilización de los pacientes más allá de la prevención de las úlceras por presión; y 4) manifiestan ideas erróneas sobre los beneficios de ejercicios que potencian la fuerza.

4. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio sugieren que tras la enseñanza del ictus de manera tradicional los estudiantes siguen manteniendo ideas erróneas sobre varios cuidados de enfermería. Comprender estas dificultades resulta necesario para que los docentes puedan diseñar secuencias de enseñanza que mejoren el aprendizaje de los estudiantes.

Implicaciones para la práctica

Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el cuidado de las personas que presentan un ictus es un aspecto necesario en la formación de futuras enfermeras. En consecuencia es necesario diseñar, implementar y evaluar secuencias de enseñanza y aprendizaje sobre el cuidado del paciente que ha sufrido un ictus que aborde las dificultades identificadas en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Booth, J., Hillier, V.F., Waters, K.R., Davidson, I., 2005. Effects of a stroke rehabilitation education programme for nurses. *J. Adv. Nurs.* 49, 465–473. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03319.x
- Edwardson, M.A., Dromerick, A.W., 2017. Ischemic stroke prognosis in adults [WWW Document]. UpToDate. URL [https://www.uptodate.com/contents/ischemic-stroke-prognosis-in-adults?source=search_result&search=Stroke prognosis in adults&selectedTitle=1~150](https://www.uptodate.com/contents/ischemic-stroke-prognosis-in-adults?source=search_result&search=Stroke%20prognosis%20in%20adults&selectedTitle=1~150) (accessed 7.13.17).
- Ishida, K., 2017. Medical complications of stroke [WWW Document]. UpToDate. URL [https://www.uptodate.com/contents/medical-complications-of-stroke?source=search_result&search=Medical complications of stroke&selectedTitle=1~150](https://www.uptodate.com/contents/medical-complications-of-stroke?source=search_result&search=Medical%20complications%20of%20stroke&selectedTitle=1~150) (accessed 7.13.17).
- Jauch, E.C., Saver, J.L., Adams, H.P., Bruno, A., Connors, J.J. (Buddy), Demaerschalk, B.M., Khatri, P., McMullan, P.W., Qureshi, A.I., Rosenfield, K., Scott, P.A., Summers, D.R., Wang, D.Z., Wintermark, M., Yonas, H., 2013. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. *Stroke* 44, 870–947. doi:10.1161/STR.0b013e318284056a
- Mackenzie, A., Perry, L., Lockhart, E., Cottee, M., Cloud, G., Mann, H., 2007. Family carers of stroke survivors: needs, knowledge, satisfaction and competence in caring. *Disabil. Rehabil.* 29, 111–121. doi:10.1080/09638280600731599
- Reynolds, S.S., Murray, L.L., McLennon, S.M., Bakas, T., 2016. Implementation of a Stroke Competency Program to Improve Nurses' Knowledge of and Adherence to Stroke Guidelines. *J. Neurosci. Nurs.* 48, 328–335. doi:10.1097/JNN.0000000000000237
- Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J., Cheever, K., 2013. Manejo de los pacientes con trastornos cerebrovasculares, in: McGraw-Hill Interamericana (Ed.), *Brunner Y Suddarth: Enfermería Medicoquirúrgica*. Vol II. Madrid, pp. 1896–1917.
- Watkins, C.L., Leathley, M.J., Chalmers, C., Curley, C., Fitzgerald, J.E., Reid, L., Williams, J., 2012. Promoting stroke-specific education. *Nurs. Stand.* 26, 35–40. doi:10.7748/ns2012.05.26.39.35.c9132
- Williams, J., Perry, L., Watkins, C., 2010. *Acute Stroke Nursing*. Wiley-Blackwell, Chichester.

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Bosch i Farré, Anna Bonmatí i Tomàs, Maria del Carmen Malagón Aguilera, Sandra Gelabert Vilella, Carolina Rascón Hernán, Marta Raurell i Torredà

TÍTULO/TITLE:

Aprendizaje de la planificación de cuidados mediante una plataforma informática: Visión de los estudiantes

Objetivo

El Proceso de Atención Enfermero es el sustento metodológico de la disciplina. La taxonomía tiene como objetivo estandarizar el lenguaje utilizado en la formulación del diagnóstico enfermero (NANDA), los criterios de resultado (NOC) e intervenciones (NIC) (Roman, Campos, Viás, Palop, Zamudio, Domingo et al., 2005). Muller-Staub, Lavin, Needham y Van Achterberg (2006) en una revisión sistemática sobre los diagnósticos enfermeros, las intervenciones y los resultados concluyen que la formación de las enfermeras debe focalizarse en el razonamiento del diagnóstico basado en la valoración enfermera y explica la necesidad de aumentar la calidad de la valoración en lo que se refiere específicamente a la recogida de los datos, así como la coherencia entre ésta, las intervenciones y los resultados de la persona atendida. Herdman y Kamitsuru (2014) mostraron que estudiantes y enfermeras tenían poca precisión en el diagnóstico enfermero cosa que comprometía la calidad de los cuidados y los resultados para las personas atendidas.

Se conoce la facilidad que aportan las tecnologías digitales para la utilización de la taxonomía y como disminuyen la ansiedad de los estudiantes durante el aprendizaje (Gallo, 2011; Holanda, Pinheiro y Pagliuca, 2013), pudiendo dedicarse al razonamiento clínico. Por ello, des de la facultad de Enfermería de la Universitat de Girona se propuso una plataforma informática donde los estudiantes pudiesen practicar la utilización de la metodología enfermera con taxonomía NANDA, NIC, NOC (NNN) mediante casos clínicos. Se ha valorado la opinión de los estudiantes de Grado de Enfermería sobre la utilidad de una plataforma informática para el aprendizaje de la planificación de cuidados con taxonomía NNN.

Método

Estudio descriptivo de estudiantes de 2º curso del Grado de Enfermería de la Universitat de Girona. Se incluyeron todos los estudiantes matriculados en la asignatura de Enfermería Clínica del Adulto I (N=134). Estos cumplimentaron un cuestionario adhoc que recogía las variables: edad, sexo, estudios universitarios previos, experiencia laboral, afinidad por metodologías informáticas de aprendizaje. Se incluían 8 afirmaciones tipo Likert con 5 posibles respuestas (totalmente desacuerdo, desacuerdo, ni acuerdo ni desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo). Entre las afirmaciones cabe destacar "La plataforma informática permite un fácil aprendizaje" "La plataforma informática es fácil de utilizar" "La plataforma informática se adapta perfectamente al trabajo enfermero" "La plataforma informática me ayuda a organizar mejor los cuidados" "La plataforma informática me puede ayudar a mejorar la continuidad de los cuidados".

Para las variables categóricas se realizaron los porcentajes y para las cuantitativas la media y desviación estándar. En el análisis bivariante se realizó la prueba de Chi-cuadrado considerando un nivel de significación de $p < 0,05$. El análisis de datos se realizó mediante el programa SPSS 23.0.

Resultados

El porcentaje de participación fue del 96,27% (129 estudiantes de 134 matriculados). Un 80,5% eran mujeres, con una media de edad de 21,82 años. El 7,9% tenía estudios universitarios previos, el 30,7% experiencia profesional previa y el 75,6% referían afinidad por las metodologías de aprendizaje informáticas.

Un 71,9% de los participantes consideró que la plataforma es fácil de aprender, un 67,2% que es fácil de utilizar y un 62,5% que ordena los datos de las personas receptoras de los cuidados de forma clara y comprensible. Un 60,6% refirió que la plataforma se

adapta perfectamente al trabajo enfermero y un 63% que le aporta la información necesaria. Un 64,8% opinó que ayuda a organizar mejor los planes de cuidados y un 65,6% que mejora la continuidad de estos. Un 55,5% apuntó que le ayuda a comprender mejor la metodología enfermera, mientras que un 28,1% no estaba ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,04$) respecto la facilidad de aprendizaje de la plataforma entre las mujeres respecto a los hombres. También hubo diferencias estadísticamente significativas según sexo respecto la consideración de que la plataforma ayuda en la comprensión de la metodología enfermera ($p=0,021$).

Discusión e implicaciones

La mayoría de estudiantes hizo una buena valoración, destacando la utilidad e idoneidad de la plataforma. Estos resultados concuerdan con un ensayo clínico realizado en Brasil donde los estudiantes valoraban que el uso de la plataforma informática contribuía a mejorar la habilidad para realizar diagnósticos y facilitaba el uso de la taxonomía NANDA (Sousa, Lopes, Ferreira, Diniz, Froes y Sobreira et al., 2016). Los lenguajes estandarizados facilitan la sistematización de información, la toma de decisiones y la comunicación. El número de diagnósticos NANDA vigentes (253), más la necesidad de interrelacionarlos con las etiquetas (NOC, NIC), hacen necesaria la integración de programas que faciliten el uso de la taxonomía en la práctica enfermera.

El presente estudio no presenta conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

- Román, M., Campos, A., Viñas, C., Palop, R., Zamudio, A., Domingo, R., et al. (2005). Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enferm Clin*, 15(3), 163-167.
- Muller-Staub, M., Lavin, M.A., Needham, I. y Van Achterberg, T. (2006). Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 514–531
- Herdman, T.H., Kamitsuru, S. (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017*. Wiley-Blackwell: Oxford.
- Gallo, A.M. (2011). Using technology to meet the educational needs of multigenerational perinatal nurses. *J. Perinat. Neonat Nur*, 25 (2), 195–199. <http://dx.doi.org/10.1097/ JPN.0b013e3182163993>.
- Holanda, V.R., Pinheiro, A.K.B., Pagliuca, L.M.F. (2013). Aprendizagem na educação online: análise de conceito. *Rev. Bras. Enferm*, 66 (3), 406–411. <http://dx.doi.org/10.1590/ S0034-71672013000300016>.
- Sousa, V.E.C., Lopes, MV., Ferreira, GL., Diniz, CM., Froes, NBM., Sobreira, BA. (2016) *Nurse Education Today*, 36, 221–229. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.10.027>.

AUTORES/AUTHORS:

Daniel Muñoz Jiménez, Raúl Quintana Alonso, María Miana Ortega, María Sanz Guijo, Óscar Álvarez López, Elena Chamorro Rebollo

TÍTULO/TITLE:

Estado de salud general percibida de alumnos de Grado en Enfermería al inicio de sus estudios.

Objetivos: el objetivo principal ha sido evaluar el estado de salud general percibida de los alumnos de primero de Grado en Enfermería al inicio de sus estudios. Los objetivos secundarios fueron: evidenciar la presencia de síntomas somáticos que manifiesten sensación de enfermedad, valorar la presencia de sintomatología relacionada con ansiedad e insomnio, determinar la existencia de disfunción social y analizar la presencia de manifestaciones de depresión en los alumnos estudiados.

Método: estudio descriptivo transversal realizado en alumnos de primer curso de Grado de Enfermería en una Facultad de Enfermería de Madrid. Se trata del análisis inicial de un estudio prospectivo a 4 años, con el que se pretende evidenciar cómo influye el avance de la carrera en el estado de salud general de los alumnos de Enfermería. Para obtener los resultados se dispuso el Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems, que fue cumplimentado durante el transcurso de una clase. La codificación y análisis de los datos fue con el programa estadístico SPSS 22.0. El tratamiento de las variables cualitativas se realizó mediante tablas de frecuencias absolutas y relativas, para las variables cuantitativas se emplearon medidas de frecuencia y se calcularon su media y desviación típica. Para la comparación entre variables se empleó el estadístico Chi² de Pearson con un IC del 95% y una p del 5%. La participación fue anónima y voluntaria, siendo tratados los datos tal como explicita la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Resultados: participaron 56 alumnos de primero de Grado de Enfermería con una edad media de 20,5 años con desviación típica de 4,8. Un 87,5% de los participantes eran mujeres, siendo un 8,9% hombres. En el 73,2% de los alumnos no se detectó la presencia de alteración, mientras que en el 26,8% de los casos, el test mostró un resultado correspondiente a un estado mental con posibles alteraciones. Concretamente, se destaca que un 35,7% de los alumnos afirmó sentirse agotado y sin fuerzas, un 26,8% manifestó disfrutar menos de las actividades cotidianas, un 21,5% refirió mayor agobio y un 14,3% indicó tener la sensación de estar enfermo. Por otro lado, el 42,9% de los encuestados manifestó sentirse más útil en la vida.

Discusión: pese a que la autopercepción en cuanto a su salud es positiva en un elevado porcentaje de alumnos de enfermería, los datos evidencian que muchos de éstos presentan estilos de vida y actitudes que ponen en riesgo su salud. Desde las Universidades se debe velar no solo porque los alumnos obtengan éxitos académicos, sino que durante el aprendizaje mantengan un buen estado de salud, tanto físico como mental. Este hecho es fundamental ya que está evidenciado como un buen estado de salud general se relaciona con un mejor rendimiento académico y mayor éxito, mientras que la presencia de enfermedades se relaciona con una mayor tasa de abandono y peor expediente académico. Este hecho se hace más importante en carreras con tanto impacto emocional como es el Grado en Enfermería, haciéndose indispensable el seguimiento de los alumnos para poder evaluar como el avance del alumno por cada curso influye en su estado de salud y actuar en los casos en los que se detecte algún problema.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. De la Revilla Ahumada L, de los Ríos Álvarez AM, Luna del Castillo JD. Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. Aten Primaria. 2004; 33(8): 417-422.

2. Garbanzo Vargas, Guiselle María. Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes universitarios, una reflexión desde la calidad de la educación superior pública. *Revista Educación* [internet]. 2007 [Fecha de consulta: 15 sept de 2017]; 31. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44031103>> ISSN 0379-7082.
3. Vitale Romina, Degoy Emilse, Berra Silvina. Salud percibida y rendimiento académico en adolescentes de escuelas públicas de la ciudad de Córdoba. *Arch. argent. pediatr.* [Internet]. 2015 [Fecha de consulta: 15 spet 2017]; 113(6): 526-533. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752015000600012&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.526>.
4. Liébana Presa C, Fernández Martínez ME, Ruiz Gándara A, Muñoz Villanueva MC, Vázquez Casares AM, Rodríguez Borrego MA. Malestar psicológico en estudiantes universitarios de ciencias de la salud y su relación con el engagement académico. *Rev Esc Enferm.* 2014; 48(4): 715-22.
5. Silva Gutiérrez BN, de la Cruz Guzmán UO. Autopercepción del estado de salud mental en estudiantes universitarios y propiedades psicométricas del cuestionario de Salud General (GHQ28). *Rev Iber Prod Academ y Gest Educ.* 2017; 4(8): 1-26.

AUTORES/AUTHORS:

Encarna Bonfill Accensi, Mar Lleixa Fortuño, Flor Sáez Vay, Núria Albacar Rioboo, Estrella Martínez Segura, Elsa Pla Canalda, Sílvia Reverte Villaroya, Marisa Mateu Gil

TÍTULO/TITLE:

EXPERIENCIAS DE LOS ESTUDIANTES EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Introducción

Las prácticas clínicas son una de las actividades más esperadas por los estudiantes de enfermería. Es el momento donde se pone a prueba su personalidad y sus experiencias de vida.

Se enfrentan a los retos que supone el contacto con el paciente y su familia, a la visión directa del malestar y la consecuente situación emocional que esto genera. Se trata de poner a prueba la capacidad para llegar a ser enfermera (López González & Cibanal Juan, 2011).

El propósito de la comunicación es dar a conocer las experiencias de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas.

Objetivo

Explorar las vivencias que experimentan los estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas.

Método

La población la constituyen 27 estudiantes de enfermería distribuidos en 3 grupos, matriculados en la asignatura prácticas clínicas en unidades de críticos de cuarto curso del Campus Terres de l'Ebre de la URV.

Se ha utilizado la técnica de grupo focal (GF) un grupo de discusión que posibilita el diálogo sobre un asunto especial vivido, compartiendo experiencias comunes y así poder abordar aspectos vivenciales y actitudinales de los estudiantes (Escobar & Bonilla-Jiménez, 2009) (Donaduzzi, S. et al., 20015).

El abordaje del análisis de los GF se realizó a través de grabación. Se realizaron operaciones de recorte de texto en unidades comparables a los factores del cuestionario KEZKAK que mide los estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas para su análisis temático (Zupiria, 2003a). Cada unidad de registro se fue agrupando en las 9 categorías predeterminadas del KEZKAK correspondiente (Bardin, 2009).

Resultados

A continuación se detalla una aproximación de los resultados cualitativos mostrando las vivencias que experimentan los estudiantes durante las prácticas.

Las categorías que obtuvieron más unidades de registro fueron:

El miedo a dañar, o no poder ayudar al paciente o resultar dañado, tienen que ver con la falta de competencia.

La relación con los tutores y compañeros. Los principales estresores tienen que ver con el área interpersonal, la falta de asertividad.

El deseo de ayudar a los demás, llegando a sentir impotencia e incertidumbre, sentimientos muy frecuentes en los profesionales de la salud.

La implicación emocional, tanto con el paciente como con el trabajo.

Algunas de las vivencias expresadas. Se ha respetado en lenguaje de los estudiantes:

"...en urgencias es que tienes que responder a muchas demandas diferentes y muy rápido eso es mucha presión..." "... me puse nerviosa yo no sería capaz porque todo es nuevo para mí. Estoy en una unidad que es difícil, que todavía me queda mucho que aprender, recapacitando pensé esto es la experiencia..." "...hay mal rollo..." "...te echan la bronca, te ponen mala cara, alguna me hizo un comentario "vas muy perdida" "...en Suecia, los tres meses que estuve, sí que vi que era un equipo, el médico cuando hablaba con la enfermera y con la auxiliar, les pedía la opinión..." "...aquí se ve más la jerarquía..." "...teníamos que ir rápido. Los pensamientos fueron de mucha incertidumbre inseguridad..." "...tuve angustia por la gravedad de la situación, un poco por todo y sentí impotencia por no saber qué hacer, preocupación de hacerlo bien un poco presionada..." "... y no miré si era del paciente o no y ...resultó que no era de ese paciente sentí rabia impotencia y frustración..." "...me crea una sensación de angustia tener que pinchar a un niño. Me pongo en la posición de la madre, pongo a mi hijo en el sitio del niño que estamos pinchando... y la verdad es que me hace sentir muy mal, hay veces que me pondría a llorar y diría no puedo hacerlo..." "... era del susto que para tranquilizarme a mí yo tranquilizaba a la mujer o sea que yo era por ella..."

Discusión

Los estudiantes manifiestan que el hecho de poder hablar de lo que les preocupa ya les produce cierto alivio.

La utilización de GF para explorar las vivencias de los estudiantes, actúan como grupos de ayuda mutua y les ayuda a poder hablar de sus experiencias en un espacio abierto facilitado el reconocimiento de situaciones que le generaban estrés aprendiendo a identificar qué estrategias de afrontamiento utilizan habitualmente.

Las aportaciones de los estudiantes reflejan la importancia que tiene para ellos enfrentarse a situaciones complejas, percibiendo en su discurso miedo y a la vez deseo de ser buenos profesionales, les impulsa las ganas de ir hacia delante en sus habilidades competenciales, la inexperiencia y la ilusión con esperanza de que ellos podrán alcanzar este ideal. Coincidiendo con otros autores (Zupiria et al., 2003b; López-Medina et al., 2005; García-Rodríguez & Labajos-Manzanares & Fernández-Luque, 2014).

Las implicaciones para las prácticas clínicas son que estos espacios permiten reflexionar sobre las situaciones vividas y su significado, dando la opción al estudiante de aprender de las dificultades, afrontándolas en lugar de aprender a huir. Experiencias cercanas plasman en sus trabajos expectativas y temores, y que el tiempo y la experiencia van a ser sus aliados (Donaduzzi, 2015; Platzer, Blake. & Ashford. 2000; Zupiria & Tazón, 1997).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bardin, L. (2009). Análise de Conteúdo. Portugal: Geográfica Editora.

Donaduzzi, Daiany Saldanha da Silveira; Beck, Carmem Lúcia Colomé; Weiller, Teresinha Heck; Fernandes, Marcelo Nunes da Silva. & Viero, Viviani. (2015). Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. Index de Enfermería 24(1-2), 71-75. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100016&lng=pt&lng=es

Escobar, J. & Bonilla-Jiménez. (2009). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. Cuadernos hispanoamericanos de psicología, 9(1), 51-67. Recuperados de

http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen9_numero1/articulo_5.pdf

García-Rodríguez J.J., Labajos Manzanares, M^a T. & Fernández Luque, F. (2014). Estudio de los estresores en los prácticum de

Grado en Enfermería. Rev. ROL enfermería, 37(7-8), 488

López González, J.M. & Cibanal Juan, L. (2011). Evolución del impacto emocional de la muerte y el proceso de morir en estudiantes de enfermería. Rev Metas, 14(7), 62-66. Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80228/>

López-Medina, I. & Sánchez Criado, V. (2005). Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Enfermería Clínica, 15(6), 307-13. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13082986&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=35&ty=118&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=35v15n06a13082986pdf001.pdf

Platzer, H., Blake, D. & Ashford, D. (2000). An evaluation of process and outcomes from learning through reflective practice groups on a post-registration nursing course. Journal of advanced nursing, 31: 689-695.

Zupiria, X. & Tazón, P. (1997). Experiencias grupales con estudiantes de tercero de enfermería. Boletín de la APAG, 6, 18-20. Recuperado de <http://www.ehu.eus/xabier.zupiria/ikerketak/apag97.htm>

Zupiria, X., Barandian, M., Uranga, MJ. & Alberdi, MJ. (2003a). KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Gaceta sanitaria, 17 (1), 37-51. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=636781>

Zupiria, X., Alberdi, M.J., Uranga, MJ, Barandiaran, M., Sanz, X. & Huizi X. (2003b). Principales estresores de los estudiantes de enfermería relacionados con las prácticas clínicas y factores relacionados. Enfermería Científica, 258-259, 59-58.

AUTORES/AUTHORS:

Pedro Pastor Ballesteros

TÍTULO/TITLE:

ESTRÉS COMO FACTOR DETERMINANTE EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE LOS ESTUDIANTES DE GRADO EN ENFERMERÍA.

INTRODUCCIÓN

Lázarus y Folkman definen estrés como: "aquella relación particular entre la persona y el ambiente, que es valorada por parte del individuo, como un esfuerzo excesivo o que va más allá de sus recursos, haciendo peligrar su bienestar". Se podría considerar que el estrés de los estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas es una reacción emocional que los adapta a las situaciones adversas, pero que si sobrepasa un cierto umbral se convierte en un factor de riesgo que les puede afectar a nivel cognitivo, emocional y fisiológico.

El estrés académico afecta a variables tan diversas como el estado emocional, la salud física o las relaciones interpersonales, pudiendo ser vividas de forma distinta por diferentes personas. A partir de la revisión de estudios sobre el tema, se pueden distinguir tres tipos de efectos: en el plano conductual, en el plano cognitivo y en el plano fisiológico.

La realización de las prácticas clínicas es esencial para estudiantes de Enfermería, puesto que les permite comparar los conocimientos teóricos aprendidos en las aulas con los de la práctica habitual de los centros asistenciales, situación que les produce gran confusión. Además con su realización van adquiriendo habilidades y actitudes propias que les serán necesarias en su futuro como profesionales sanitarios. El entorno sanitario proporciona muchos estímulos generadores de estrés, debido al contacto con las enfermedades, el dolor, el sufrimiento, la muerte de los pacientes, o el hecho de tener que desempeñar un nuevo rol para el que aún no se está completamente preparado.

Zupiría y cols. concluyen, tras la aplicación del cuestionario Kezkak de estresores en una población de 86 alumnos de enfermería, que las principales fuentes de estrés, tanto al principio como al final de la carrera son, en orden de importancia: falta de competencia, impotencia e incertidumbre, dañarse en la relación con el enfermo, implicación emocional, no controlar la relación con el enfermo, contacto con el sufrimiento y relación con los compañeros.

Numerosos estudios aconsejan la aplicación de programas educativos en los que se trabaje la inteligencia emocional y el desarrollo socio-emocional (8,9) con la finalidad de reducir el estrés y contribuir a la salud actual y futura de los profesionales de la salud.

OBJETIVO

Conocer cuales son las situaciones que resultan más estresantes entre los alumnos de Enfermería durante las prácticas clínicas en función de las variables sexo, curso y edad, así como, identificar los principales fuentes de estrés que influyen en la aparición de tensiones durante las prácticas clínicas en los alumnos de Enfermería.

METODOLOGÍA

Estudio transversal descriptivo. Un total de 60 alumnos, 45 mujeres y 15 hombres, estudiantes del grado de Enfermería de Alcalá de Henares del curso académico 2015/2016.

Para medir el estrés de los estudiantes en las prácticas clínicas se empleó el cuestionario KEZKAK, que mide factores causantes de estrés en las prácticas clínicas de alumnos de enfermería, presentando un alto nivel de validez y fiabilidad.

Los datos fueron analizados con el programa SPSS 19.0. El análisis de los datos se hizo para cada una de las variables empleando diferentes estadísticos para tratarlos. Se analizaron las frecuencias y porcentajes de los resultados, análisis de medias y desviación típica, efectuando la prueba T-Student y análisis de correlación de Pearson. El nivel de significación empleado en el estudio fue de ($p < 0,05$). Para comprobar la consistencia interna de la encuesta y su fiabilidad, se empleó el α de Cronbach con un resultado de 0,7.

RESULTADOS

El riesgo de daño tanto físico como psíquico al paciente y el riesgo de infecciones y/o contagios con los pacientes son las principales fuentes estresoras para los estudiantes de Enfermería. Los hombres suelen sufrir un mayor estrés que sus compañeras. A medida que aumenta la edad y se avanza de curso el nivel de estrés desciende.

DISCUSIÓN

El estrés de los estudiantes de enfermería durante el período de prácticas clínicas en los primeros años de formación afecta de forma importante a las mismas.

Se propone, al igual que otros estudios, que puede ser de gran ayuda desarrollar programas de prevención para combatir el estrés, empleando tácticas de afrontamiento ante situaciones estresantes en la práctica clínica, así como el empleo de técnicas grupales y ejercicios de relajación para practicar durante situaciones que causen estrés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

- Lázarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
- Amat Puig V, Fernández Gonzaga C, Orts Cortés I, Poveda Salva MR, Romá Ferri MT, Ribera Domene Estrés en estudiantes de enfermería. Rev Enferm. 1990; 140; 75-78.
- Martín IM. Estrés académico en estudiantes universitarios. Apuntes de Psicología. 2007; 25(1): 87-99
- Pérez Andrés C, Alameda Cuesta A, Albéniz Lizarraga C. La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesores asistenciales. Un estudio cualitativo con grupo de discusión. Rev Esp Salud Pública. 2002; 76(5):517-530.
- Ferrer Pascual MA, Rojo Pascual MC, Ruiz Gómez MC, Fernández Araque AM, Guerrero San Millán M, Martínez León JC. Análisis situacional de las prácticas clínicas en la escuela de enfermería de Soria. Metas de Enfermería. 2002; 44(5):18-22.
- Antolín Rodríguez R, Puripto Durán MJ, Moure Fernández ML, Quintero Antolín T. Situaciones de las prácticas clínicas que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. Enferm. Glob. [Internet]. 2007 [citado 30 Nov 2010];6(10). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewfile/264/219>
- Zupiria X., Uranga M.J., Alberdi M.J. y cols. Fuentes de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería. Evolución a lo largo de la diplomatura. Enferm Clin. 2006; 16:231-237.
- Sanjuán A y Ferrer ME. Perfil emocional de los estudiantes en prácticas clínicas. Acción tutorial en enfermería para apoyo, formación, desarrollo y control de las emociones. Invest educ enferm. 2008;

26(2):226-235.

- Scherer ZAP, Scherer EA, Carvalho AMP. Terapia de grupo con estudiantes de enfermería durante la transición teórico-práctica. Rev Lat Am Enfermagem. 2007; 15(2):214-23.
- Zupira Gorostidi X; Uranga Iturriotz MJ, Alberdi Erize MJ, Barandiaran Lasa M. KEZKAK: cuestionario bilingüe de los estresores de enfermería en las prácticas clínicas. Gac Sanit. 2003; 17 (1):37-51.
- Martín Monzón IM. Estrés académico en estudiantes universitarios. Apunt Psicol. 2007;25(1):87-99.

AUTORES/AUTHORS:

cecilia banacloche cano, dolores perez galvez, inmaculada barcelo barcelo, angeles garcia gomez, francisca diaz ortega, carmen botella martinez, laura martinez alarcon, francisco j marin martinez, francisco j. fernandez velez

TÍTULO/TITLE:

ACCIÓN FORMATIVA SOBRE REGISTRO DE DATOS EN OMI. TRASFERENCIA AL PUESTO DE TRABAJO DE LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS

Introducción

La transferencia del aprendizaje se define como la garantía de que los conocimientos y las habilidades adquiridas durante una intervención de aprendizaje sean aplicados en el trabajo. La meta es que los alumnos transfieran el 100% de los conocimientos y habilidades adquiridas en la formación a sus trabajos aumentando el nivel de desempeño y la calidad de la asistencia prestada. La Evaluación de Transferencia al Puesto de Trabajo explora la contribución que una capacitación ha tenido en el mediano plazo, para mejorar el desempeño individual y organizacional.

Analizando resultados de los indicadores de la cartera de servicios (CS) de un área de salud observamos que existe déficit de registro de la actividad en las historias clínicas (HC). En años anteriores se había ofrecido a los profesionales, formación para actualizar sus conocimientos del programa OMI AP. Los cursos se celebraron fuera de horario laboral con asistencia voluntaria. Las plazas ofertadas no se ocuparon en su totalidad. Solo 19 % de los profesionales asistieron a la formación.

En consecuencia, nos propusimos realizar una actividad formativa sobre el registro en las HC que llegase a todos los profesionales.

Objetivo

Medir la transferencia al puesto de trabajo de los conocimientos adquiridos por los alumnos de la acción formativa "Actualización de conocimientos sobre historia clínica OMI y Cartera de Servicios"

Metodología

Estudio descriptivo, analítico y de intervención

Intervención:

Sesión dirigida al personal sanitario que realiza registros en las historias clínicas de los usuarios. 14 ediciones (una por centro de salud). Modalidad presencial, horario laboral, duración 1,5 h. Días y horarios de las sesiones, pactados con los profesionales para facilitar la máxima presencia y no interferir con la actividad asistencia.

Título: "Actualización de conocimientos sobre historia clínica OMI y Cartera de Servicios"

Objetivo principal: actualizar los conocimientos de los profesionales sobre gestión de registros en historias clínicas OMI AP

Objetivos específicos:

Actualizar conocimientos sobre registros en HC OMI y CS

Analizar la importancia de la buena gestión de la información clínica

Contenidos:

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- Indicadores de CS: medición, datos actuales y estrategias de mejora
- Registros de calidad para la medición de indicadores: analíticas y órdenes clínicas pendientes, antecedentes personales, episodios, datos generales del paciente y valores estrella
- Consulta telemática
- Resolución de dudas

Material: sala d capacidad adecuada, ordenadores con y a OMI AP, cañón proyector y pantalla.

Metodología docente: sesión clínica (teoría 15 minutos y práctica 75 minutos). Explicaciones sobre HC reales.

Periodo intervención 13-6 al 7-7-2016

Población 8317 HC

Criterios de inclusión: HC de pacientes diabéticos mayores de 14 años cuyo enfermero de referencia realizó la formación.

Criterios de exclusión:

- HC de pacientes diabéticos cuyo enfermero de referencia realizó la formación pero que no está en activo en el periodo de estudio
- HC de pacientes diabéticos que no acudieron a ninguna cita de enfermería en el periodo de estudio

Indicadores:

Se seleccionó el porcentaje de HC con, al menos, un registro de HbA1c. Los criterios de buen registro y los fallos del mismo formaron parte de los contenidos del curso.

- Porcentaje de HC que presentan al menos un registro de HbA1c en el periodo comprendido entre octubre de 2015 y mayo de 2016
Num: Numero de HC de pacientes diabéticos adultos cuyo enfermero de referencia realizó la formación, que presentan al menos, un registro de HbA1c en el periodo comprendido entre octubre de 2015 y mayo de 2016 x 100

Den: total HC

- Porcentaje de HC que presentan al menos un registro de HbA1c en el periodo comprendido entre agosto de 2016 y abril de 2017
Num: Numero de HC de pacientes diabéticos adultos cuyo enfermero de referencia realizó la formación, que presentan al menos un registro de HbA1c en el periodo comprendido entre agosto de 2016 y abril de 2017 x 100

Den: total HC

Resultados:

- Porcentaje de HC que presentan al menos un registro de HbA1c en el periodo comprendido entre octubre de 2015 y mayo de 2016: 37,41%
- Porcentaje de HC que presentan al menos un registro de HbA1c en el periodo comprendido entre agosto de 2016 y abril de 2017: 43.04%

Los registros de HbA1c han aumentado un 5.63 % en 9 meses y lo han hecho en todas las zonas de salud del área.

Conclusiones

El aumento de registros de HbA1C en 9 meses, indica que se han transferido conocimientos del curso al puesto de trabajo.

Se hace necesario valorar el indicador tras 12 meses investigando si la mejora es progresiva y ampliando indicadores.

Queda amplio margen de mejora

Creemos necesario continuar con formación. Los profesionales no parten de un nivel de conocimientos comunes, hay un recambio continuo de los mismos por jubilaciones, traslados, etc.

La formación mejora los datos de este indicador, pero hay que seguir explorando otros factores que influyen en el cumplimiento de los requisitos mínimos de las visitas de seguimiento indicados por la evidencia científica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Mary L. Broad y John W. Newstrom "CÓMO APLICAR EL APRENDIZAJE AL PUESTO DE TRABAJO Un modelo estratégico para garantizar un alto rendimiento de sus inversiones en formación".
- Lucy Harber (Especialista en Diseño Instruccional, Intrah/PRIME II); Rick Sullivan (Director de Apoyo para el Aprendizaje y el Desempeño, JHPIEGO); Ann Blouse (Directora de la Oficina de Recursos de Información, JHPIEGO) et Al. 'Transferencia del Aprendizaje. Una guía para fortalecer el desempeño del personal en el campo de la salud'. Ed. 2002
- Instituto Andaluz de Administración Pública "Guía de evaluación de actividades formativas del Instituto Andaluz de Administración Pública"2013
- Pineda Herrero, Pilar; Cirasco Calí, Anna y Quesada Pallarés, Carla " ¿Cómo saber si la formación genera resultados? El modelo

FET de evaluación de la transferencia” Fuente: Capital Humano, nº 292. Noviembre, 2014

- Kirkpatrick Donald L; Kirkpatrick James D. “Evaluación de acciones formativas : los cuatro niveles”. Epice. 2007; 3a. ed
- Macías, Juan Carlos Rodríguez. Aportaciones metodológicas a la evaluación a gran escala del aprendizaje y su contexto. Editorial Universitaria| Libros UDG, 2014

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Álvarez García, Sebastián Sanz Martos, Isabel López Medina, Carmen Álvarez Nieto

TÍTULO/TITLE:

Conocimientos sobre salud medioambiental infantil en estudiantes de enfermería

1. Objetivo

Determinar el nivel de conocimientos que tiene el alumnado de enfermería acerca de la salud infantil relacionada con el medioambiente.

2. Métodos

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo, transversal del nivel de conocimientos del alumnado de enfermería sobre los problemas de salud infantil relacionados con el medioambiente.

La población fue alumnado de segundo curso de Grado en enfermería de la Universidad de Jaén, siendo la muestra el alumnado expuesto a un material educativo digital sobre Salud Infantil y Medioambiente, elaborado en el Proyecto Erasmus+, NurSusTOOLKIT (1). Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico de conveniencia. El tamaño de la muestra fue determinado tras una prueba piloto para establecer la proporción de respuestas correctas, estimándose un tamaño muestral mínimo de 113 participantes.

Las variables del estudio fueron: variables sociodemográficas (edad, género y curso) y variable de la hipótesis (nivel de conocimientos sobre salud infantil y medioambiente).

La recogida de datos se llevó a cabo en aulas de la Universidad de Jaén en mayo de 2016, en clases de grupos pequeños de duración de 1 hora y media con un máximo de 25 participantes. Se usó el Cuestionario Salud Infantil y Medioambiente (2) autoadministrado. Este cuestionario fue elaborado específicamente para esta investigación y está compuesto por 10 ítems agrupados en torno a cuatro dimensiones: cambio climático y salud infantil (ítems 1, 2 y 3), factores medioambientales en enfermedades crónicas infantiles (ítems 4, 5 y 6), contaminación ambiental y alimentación infantil (ítems 7 y 8) y tipos de ambientes y contaminantes (ítems 9 y 10). Los ítems poseen dos opciones de respuesta (Verdadero/Falso). El tiempo para realizar la prueba es de 15 minutos como máximo. Cada pregunta acertada vale 1 punto. Puntuaciones: 10-6, conocimientos adecuados y ≤ 5 , conocimientos deficientes. Su consistencia interna es 0,563, su correlación por el procedimiento de las dos mitades es 0,613 y su validez de criterio es 0,75.

El análisis de los datos en el estudio ha sido de carácter descriptivo de tipo univariante.

3. Resultados

El número total de estudiantes incluidos en el estudio fue de 148, el 92,5% de la población accesible. La edad media fue de $21,85 \pm 4,55$ años con un rango entre los 19 y 44 años. La mayoría de los y las participantes fueron mujeres 77,7% (n=115) frente al 22,3% (n=33) de hombres. El curso más alto en el que estaban matriculados los y las estudiantes era mayoritariamente en segundo, con 130 participantes (87,8%), seguido de 12 participantes en tercero (8,10%), y 6 en cuarto curso (4,10%).

El alumnado de enfermería obtuvo una media del nivel de conocimientos de $6,23 \pm 1,27$, superando ligeramente el punto de corte del cuestionario (6 puntos). El 68,24% (n=101) poseían conocimientos adecuados, mientras que el 31,76% (n=47) tenían conocimientos deficientes.

El porcentaje de acierto según dimensiones de mayor a menor fue: cambio climático y salud infantil (ítems 1,2 y 3), 77,25%; contaminación ambiental y alimentación infantil (ítems 7 y 8), 66,33%; tipos de ambientes y contaminantes (ítems 9 y 10), 58,11%; y factores medioambientales en enfermedades crónicas infantiles (ítems 4,5 y 6), 49,66%.

El porcentaje de aciertos de cada ítem de mayor a menor fue: exposición al mercurio (ítem 3: 95,2%, n=139); agua contaminada con nitratos (ítem 7: 89,8%, n=132); leucemia y radón (ítem 4: 86,4%, n=127); crecimiento celular (ítem 2: 81,1%, n=120); contaminantes atmosféricos (ítem 10: 71,6%, n=106); contaminantes ambientales (ítem 1: 54,8%, n=80); tabaco y embarazo (ítem 6: 50,3%, n=74); ozono y función pulmonar (ítem 9: 44,6%, n=66); plomo y dieta (ítem 8: 41,7%, n=60); y óxidos de nitrógeno (ítem 5: 12,2%, n=18).

4. Discusión

Aunque el nivel de conocimientos es adecuado, se puede pensar que el alumnado que respondió al cuestionario fue el más motivado y, por tanto, mejor preparado. Pero esto se ve reducido debido a que se muestreó el 92,50% de la población accesible.

Promover estudios en esta línea, podría ayudar a evaluar qué enfoques de enseñanza y aprendizaje son más efectivos para el aumento de conocimientos relacionados con los problemas de salud medioambientales en niños de las enfermeras. Asimismo, en las enfermeras pediátricas que ejercen práctica clínica, el Cuestionario Salud Infantil y Medioambiente podría utilizarse para determinar los conocimientos que poseen en sostenibilidad y salud infantil antes y después de iniciativas destinadas a aumentar sus conocimientos.

Otros estudios similares en la Universidad de Plymouth (3-6) mostraron que los conocimientos sobre sostenibilidad medioambiental aumentaron tras diversas intervenciones educativas.

Aun cuando los resultados de este estudio no son extrapolables al resto de la realidad universitaria española, se hace necesaria una reflexión importante sobre los procesos de aprendizaje en el actual sistema educativo y cómo mejorarlo con la implantación de la sostenibilidad medioambiental en el contexto del Espacio Europeo de Educación Superior. La formación universitaria de enfermeras debería abordar, tanto a nivel conceptual como práctico, y tanto de forma transversal como específica, cuestiones medioambientales (7,8).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. NurSusTOOLKIT Project [Internet]. [cited 2017 September 6]. Available from: <http://nursus.eu/>.
2. Álvarez García C. Construcción y validación de un cuestionario de conocimientos sobre salud infantil y medioambiente en estudiantes de enfermería [trabajo fin de máster]. Jaén: Universidad de Jaén; 2016. 103 p.
3. Richardson J, Grose J, O'Connor A, Bradbury M, Kelsey J, Doman M. Nursing students' attitudes towards sustainability and health

care. Nurs Stand. 2015 Jun 17;29(42):36-41. doi: 10.7748/ns.29.42.36.e9692.

4. Richardson J, Grose J, Doman M, Kelsey J. The use of evidence-informed sustainability scenarios in the nursing curriculum: Development and evaluation of teaching methods. Nurse Educ Today. 2014;34(4):490-3. doi: 10.1016/j.nedt.2013.07.007.

5. Richardson J, Grose J, Bradbury M, Kelsey J. Developing awareness of sustainability in nursing and midwifery using a scenario-based approach: Evidence from a pre and post educational intervention study. Nurse Educ Today. 2017;54:51-5. doi: 10.1016/j.nedt.2017.04.022.

6. Richardson J, Heidenreich T, Álvarez-Nieto C, Fassier F, Grose J, Huss N, Huynen M, López-Medina IM, Schweizer A. Including sustainability issues in nurse education: a comparative study of first year student nurses' attitudes in four European countries. Nurse Educ Today. 2016 Feb;37:15-20.

7. Álvarez Nieto C, López Medina IM, Linares Abad M, Grande Gascón ML, Álvarez García C. Saberes enfermeros y estrategias pedagógicas en materia de sostenibilidad medioambiental y cambio climático. Enfermería Global. Julio 2017;47:651-664. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.243151>.

8. Grande Gascón ML, Álvarez Nieto C, Linares Abad M, López Medina IM, Parra Anguita G, Álvarez García C. NurSusTOOLKIT: A Teaching and Learning Resource for Sustainability in Nursing. Egitania Ciencia [Internet]. 2016 [cited 2017 September 6];17. Available from: <http://www.egitaniaciencia.ipg.pt/article.aspx?id=184&revista=25>.

AUTORES/AUTHORS:

María Araceli Porras Arévalo, Luis Felipe Escalera Franco, Raquel Maillo Cantero

TÍTULO/TITLE:

Análisis de la utilización de vías venosas periféricas en un servicio de urgencias

La colocación de una vía periférica (VVP) es uno de los procedimientos de enfermería más prevalentes en los servicios de urgencias hospitalarias desde pacientes longevos a pacientes pediátricos.

Canalizar una vena es la técnica invasiva más realizada por el personal de enfermería en el trabajo diario y permite un acceso permanente al sistema vascular del paciente.

Sus indicaciones son:

Reposición de líquidos y electrolitos

Administración de medicación

Transfusión de sangre y hemoderivados

Extracción analítica

Técnicas diagnósticas

Entre sus beneficios destacamos la infusión de forma rápida y eficaz de tratamientos médicos.

Entre las complicaciones::

Extravasación

Infección

Embolismo gaseoso

Flebitis

Hematomas

Irritación mecánica

Complicaciones que no siendo graves en la mayoría de los casos, podrían evitarse con una técnica adecuada y unas medidas de asepsia correctas.

Basándonos en dos estudios descriptivos realizados durante 2016, hemos comprobado que existe un elevado porcentaje de VPP que solo se han utilizado para extracción sanguínea. Por este motivo, nos planteamos realizar una segunda fase de análisis con un nuevo estudio relacionando la utilización de las VPP con otras variables importantes para los cuidados enfermeros en un servicio de urgencias como es la prioridad asignada al usuario en la clasificación de triaje.

OBJETIVO

Analizar la utilización de vías venosas periféricas colocadas en nuestro servicio de urgencias y el ahorro de recursos humanos y materiales.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo transversal de un total de 1000 registros de Enfermería al alta sin tener en cuenta los ingresos hospitalarios. Estos usuarios han sido atendidos en el circuito de policlínica por lo que hemos obviado los pacientes atendidos en circuitos de pediatría y traumatología. Hemos relacionando la colocación de una VPP con la prioridad de asistencia asignada en la consulta de triaje.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la fase inicial del estudio fue un 48% de vías periféricas colocadas para extracción sanguínea sin ninguna otra indicación. En la segunda recogida de datos llegamos a un 52% de colocación de cateteres con un uso inadecuado. De los 1000 registros analizados a un 88% de usuarios se le ha canalizado una vía venosa periférica siendo este porcentaje muy elevado.

Pormenorizando los datos atendiendo a las prioridades observamos que la prioridad 4 de asistencia asignada en triage es donde mayor porcentaje de uso inadecuado de colocación de cateteres venosos se hace llegando a un 53%.

En conjunto el 44.5 % de las vías se han usado únicamente para extracción de analítica.

CONCLUSION/DISCUSSION

La canalización innecesaria genera:

Aumenta gasto de recursos materiales

Aumenta el gasto de recursos humanos, con cargas de trabajo al personal de enfermería

Las complicaciones en el paciente generan un gasto añadido

Los resultados fueron comunicados a la dirección de la UGC Cuidados Críticos y Urgencias de nuestro hospital y transmitidos en reuniones a los facultativos de Urgencias con la intención de:

Hacer un uso adecuado de recursos humanos y materiales de la unidad.

Adecuar los criterios de colocación de vías periféricas con protocolos específicos.

Plantear la utilización de otras vías de administración de analgesia que disminuyan costes y tiempos de espera.

Establecer medidas de formación e información del personal de enfermería y facultativo con el objetivo de reducir al mínimo la inserción de cateteres venosos innecesarios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Nieto Galeano J, et al. Canalización de vías periféricas en urgencias. Indicador de calidad. Ciberrevista Seeue, n 24, julio 2004

LV Díaz, BF González, SG Ríos, EH del Corro-medicina clínica 2000-Elsevier

AUTORES/AUTHORS:

Dolores Romero Rubio, María José Abad Pérez, Vanessa Sánchez Martínez

TÍTULO/TITLE:

Riesgo cardiovascular en personas tratadas con antipsicóticos inyectables de larga duración.

Las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves presentan una mortalidad incrementada, atribuida principalmente a causas naturales, específicamente enfermedad cardiovascular y cáncer [1-5]. El síndrome metabólico y la puntuación Framingham son herramientas epidemiológicas relacionadas con el riesgo cardiovascular a largo plazo cuyos valores se encuentran incrementados en las personas con trastornos mentales graves [6,7]. En nuestro entorno, ni la prevalencia de síndrome metabólico ni el riesgo cardiovascular han sido estudiados en personas tratadas con antipsicóticos inyectables de larga duración (AILD).

OBJETIVO.

Determinar la prevalencia del síndrome metabólico y medir el riesgo cardiovascular en una muestra de personas en tratamiento de mantenimiento con AILD tratadas a nivel ambulatorio.

MÉTODO.

Tras la aprobación por el Comité Ético y de Investigación, fueron seleccionadas consecutivamente todas las personas en tratamiento con AILD durante más de un año en un centro de salud mental de la ciudad de Valencia que accedieron a participar. No se aplicaron criterios de exclusión.

Para cada participante, se analizaron los registros de historia clínica para determinar la presencia previa de diabetes, hipertensión, dislipemia diabetes, enfermedad cardiovascular y para conocer los tratamientos farmacológicos prescritos. También se realizó a toda la muestra una medición puntual de diferentes variables relacionadas con el riesgo cardiovascular: estatura, peso, perímetro de cintura y cadera, presión arterial, glucemia, colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL y triglicéridos. El consumo de tabaco se determinó preguntando directamente a cada sujeto.

Se determinó la presencia o no de síndrome metabólico siguiendo los criterios establecidos por la Federación Internacional de Diabetes [8] y se midió el riesgo cardiovascular mediante la puntuación Framingham empleando las tablas publicadas en el estudio REGICOR [9], adaptadas para la población española. La dosis diaria de antipsicóticos fue transformada a miligramos de haloperidol empleando la aplicación para dispositivos móviles Psicofarma (R).

Se realizó un análisis descriptivo de dichas variables empleando el paquete estadístico SPSS versión 22.

RESULTADOS.

130 personas accedieron a formar parte del estudio. De los participantes, 81 (62,3%) eran hombres, 75 (57,7%) tenían un diagnóstico de esquizofrenia y 82 (63,1%) estaban en tratamiento con paliperidona. La edad media de los sujetos era 45,4 años, encontrándose 5 años por encima la edad media de las mujeres respecto a los hombres. La duración media del tratamiento era de 11 años y la dosis media calculada en miligramos de haloperidol por día era 15,23. Del total de la muestra, 76 (58,5%) recibían tratamiento con antipsicóticos orales aparte de su AILD, 22 personas recibían tratamiento con estabilizadores del humor y el 71,5% de los participantes eran fumadores.

Se determinó la prevalencia de síndrome metabólico de forma global y segmentada por género. Siguiendo los criterios de la Federación Internacional de Diabetes, 60 participantes (46,2%) presentaban síndrome metabólico, 21 mujeres (42,9%) y 39 hombres (48,1%). El criterio que más frecuentemente se cumplía era la obesidad, presente en 100 sujetos (76,9%), seguido de la dislipemia, hallada en 81 personas (62,2%) y de la hipertensión arterial, que presentaban 65 de los participantes (50%).

El riesgo cardiovascular medido según la puntuación de Framingham para la muestra fue de 7,7, considerado un riesgo cardiovascular moderado. Para las mujeres, la media de riesgo era más baja que para los hombres (5,7 frente a 9). Un total de 7 mujeres (14,3%) y 28 hombres (35,5%) se encontraban en riesgo alto o muy alto. Estas diferencias por género eran estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN.

La prevalencia estimada del síndrome metabólico y la media de riesgo cardiovascular en la población estudiada difiere a las halladas en otros estudios realizados en nuestro entorno. Se obtuvieron cifras de síndrome metabólico inferiores (26,5%) en dos estudios cuyas muestras presentaban un diagnóstico de esquizofrenia [10] y trastorno esquizoafectivo [11], respectivamente. En estos estudios, los criterios aplicados para la determinación del síndrome metabólico eran distintos a los empleados por el presente estudio y presentan un umbral más bajo, por lo que se podría explicar parcialmente la diferencia. Otro estudio, desarrollado entre personas con trastorno mental grave que incluía a personas con depresión mayor [12], describió cifras más cercanas (48,4%) a las obtenidas en el presente trabajo.

Las personas en tratamiento con antipsicóticos se encuentran en una situación de riesgo cardiovascular incrementado y algunos de los factores que les hacen más vulnerables son considerados modificables. Enfermería representa un papel fundamental en la educación sanitaria de estas personas, para quienes somos, en muchos casos, el profesional sanitario de referencia y el más cercano.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- [1] Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M, Mortensen PB. Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(6):899-907.
- [2] Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;171:502-8.
- [3] Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2010;196(2):116-21.
- [4] Chang C, Hayes RD, Broadbent M, Fernandes AC, Lee W, Hotopf M, et al. All-cause mortality among people with serious mental illness (SMI), substance use disorders, and depressive disorders in southeast London: a cohort study. *BMC Psychiatry*. 2010;10(1):77.
- [5] Henderson DC, Vincenzi B, Andrea NV, Ulloa M, Copeland PM. Pathophysiological mechanisms of increased cardiometabolic risk in people with schizophrenia and other severe mental illnesses. *Lancet Psychiat*. 2015;2(5):452-64.
- [6] Lopuszanska UJ, Skorzynska-Dziduszko K, Lupa-Zatwarnicka K, Makara-Studzinska M. Mental illness and metabolic syndrome-a literature review. *Ann Agr Env Med*. 2014;21(4).
- [7] Foguet-Boreu Q, San Martin, Maria Isabel Fernandez, Mateo GF, del Olmo EZ, García-Morzon LA, López MP, et al. Cardiovascular risk assessment in patients with a severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):141.
- [8] Alberti KGM, Zimmet P, Shaw J. The metabolic syndrome-a new worldwide definition. *Lancet*. 2005;366(9491):1059.
- [9] Marrugat J, Vila J, Baena-Díez JM, Grau M, Sala J, Ramos R, et al. Validez relativa de la estimación del riesgo cardiovascular a 10 años en una cohorte poblacional del estudio REGICOR. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64(5):385-94.
- [10] Bobes J, Arango C, Aranda P, Carmena R, Garcia-Garcia M, Rejas J. Cardiovascular and metabolic risk in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: results of the CLAMORS Study. *Schizophr Res*. 2007;90(1):162-73.
- [11] Bobes J, Arango C, Aranda P, Carmena R, Garcia-Garcia M, Rejas J. Cardiovascular and metabolic risk in outpatients with

schizoaffective disorder treated with antipsychotics: results from the CLAMORS study. *Eur Psychiat*. 2012;27(4):267-74.

[12] Foguet Q, Roura P, Bullon A, Mauri C, et al. Cardiovascular risk factors, cardiovascular risk and quality of life in patients with a severe mental disorder. *Aten Prim*. 2013;45(3):141-8.

AUTORES/AUTHORS:

Ester Gilart Cantizano, Anna Bocchino, Maria Jose Cantizano Núñez

TÍTULO/TITLE:

ORTOREXIA. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

OBJETIVO GENERAL:

Diseñar y elaborar una propuesta de intervención educativa dirigida a los estudiantes de II Grado de Enfermería para sensibilizar al alumnado sobre la prevención del trastorno de ortorexia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Sensibilizar e informar a los estudiantes acerca del trastorno de ortorexia.
- Prevenir el trastorno de ortorexia, potenciando los principales factores que protegen ante estas enfermedades: Autoestima y calidad de vida.
- Informar y educar al alumnado sobre los comportamientos y hábitos de vida saludables.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo observacional longitudinal pre-test post-test de metodología mixta, cualitativa y cuantitativa.

Muestra: la población de estudio estuvo compuesta por un total de 75 estudiantes de II grado de Enfermería.

Instrumentos: Pre-test: para evaluar los conocimientos previos del alumnado sobre la temática (trastornos de la conducta alimentaria, concepto de ortorexia, síntomas, prevención, hábitos de vida saludables...); Post-test: apto a evaluar los conocimientos posteriores tras el desarrollo de la propuesta de intervención educativa sobre la ortorexia; c) se facilitará una encuesta al alumnado donde podrán describir sus opiniones, reflexiones y satisfacción sobre la propuesta de intervención.

Procedimiento: La recolección de datos fue efectuada en el aula mediante un cuestionario apto a evaluar los conocimientos previos y posteriores de los alumnos y a través de una encuesta donde será posible recoger las opiniones y reflexiones de los sujetos sobre la temática.

Constó de cuatro fases:

1º Fase. Elaboración de la propuesta de intervención educativa sobre el trastorno de ortorexia.

2º Fase. Se facilitó al alumnado un cuestionario de evaluación de los conocimientos previos y variables sociodemográficas.

3º Fase. Desarrollo de la propuesta de intervención educativa.

4º Fase. Post-test sobre los conocimientos y conceptos adquiridos.

Análisis de datos: El procesamiento de los datos para la evaluación de los conocimientos pre y posteriores se realizaron mediante técnicas cuantitativas y cualitativas. Para los datos cuantitativos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21.

RESULTADOS:

La población objeto de estudio fue prevalentemente femenina. En relación a la fase cuantitativa el 81% de los estudiantes mostraron un elevado interés por la actividad y un incremento de los conocimientos adquiridos. Con respecto a la fase cualitativa la mayoría de los estudiantes mostraron un elevado interés por la actividad.

CONCLUSIONES:

El estudio ha puesto de manifiesto el desconocimiento existente sobre el trastorno de ortorexia. En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo diseñar y elaborar una propuesta de intervención educativa enfocada a informar y educar a los adolescentes con la finalidad de prevenir el trastorno de ortorexia.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Se considera que este estudio es relevante para sensibilizar al alumnado de la existencia de este trastorno y de los efectos y repercusiones negativas que tiene en la salud del individuo. Al mismo tiempo que permite proporcionar conocimientos para la formación de los futuros profesionales para que dispongan de recursos y conocimientos para

afrontar diferentes situaciones y proporcionar información y una educación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Aranceta Bartrina, J. (2007). Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, 57(4), 313-5.
- Donini, L.M. D. Marsili, M.P. Graziani, M. Imbriale, and C. Cannella. (Junio 2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire . Istituto di Scienza dell’Alimentazione Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, 10, e28-e32
- Fidan, T., Ertekin, V., Isikay, S., & Kirpinar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. Comprehensive psychiatry, 51(1), 49-54.
- García, J.A, Ramírez S.I, Ceballos R.G, Méndez B.E. (2010). ¿Qué sabe Ud. Acerca de la Ortorexia? Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas, 45, 8487.
- López García, D. E. (2013). Indicadores de ortorexia en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Medellín.
- Shah, S. M. (2012). Orthorexia nervosa: healthy eating or eating disorder?
- Zamora, M.C. L., Bote Bonaecha, B., García Sánchez, F., & Ríos, B. (2005). Ortorexia nerviosa. ¿Un nuevo trastorno de la conducta alimentaria? Actas Españolas de Psiquiatría, 33(1), 66-68

AUTORES/AUTHORS:

Ismael Ortuño-Soriano, Adoración González Román, Daniel Muñoz Jiménez, José Ángel González Sánchez, Encarnación Fernández del Palacio, Francisco García García, M^a Teresa Fernández Martín, M^a Teresa Martín Acero, Concepción Dueñas Matos

TÍTULO/TITLE:

INTERVENCIÓN FORMATIVA EN ÚLCERAS POR PRESIÓN: RESULTADOS EN CASUÍSTICA Y COSTES TRAS CINCO AÑOS DE ESTRATEGIA

Objetivos:

Elaborar una estrategia formativa en UPP con el fin de unificar los criterios de prestación de cuidados, basados en recomendaciones publicadas.

Disminuir la incidencia de úlceras por presión (UPP) en un hospital de tercer nivel.

Aumentar la identificación de UPP en estadios iniciales y analizar el impacto económico de la posible mejora.

Metodología:

En la estrategia formativa: En 2011, se configuró un equipo de cuatro enfermeras que recibió formación sobre criterios del cuidado de UPP y "Formación de Formadores". Estas profesionales formaron a otras 46, quienes, de modo piramidal, impartieron al resto de enfermeras de hospitalización un total de 77 ediciones de un curso de "Actualización en Úlceras por presión", acreditado por la Comisión de Formación Continuada. Las profesionales formadas son, desde ese momento y hasta la actualidad, en sus unidades, profesionales de referencia en dicho ámbito. Al término de las acciones formativas mencionadas, la enfermera consultora en UPP ha seguido impartiendo formación de acompañamiento en todas las unidades de hospitalización que lo han precisado.

En variables de resultado: estudio descriptivo de la incidencia de UPP, tanto en pacientes de riesgo, valorados según Escala de Norton1 modificada, como en el total de ingresados. Descripción del estadiaje según categorías de las UPP2 tanto intrahospitalarias como extrahospitalarias, extrapolando el cálculo de costes según Soldevilla y cols3.

Resultados:

El porcentaje de pacientes ulcerados de entre los que tenían riesgo de ulcerarse ha disminuido un 17.4%, desde un 2.3% en 2011 hasta un 1.9% acumulado en 2016. La proporción de úlceras por presión en estadios avanzados (III-IV) ha disminuido un 63.1%, desde un 10.3% a 3.8%, no habiéndose producido úlceras de grado IV en los últimos 4 años, a pesar de que el perfil de riesgo de ulcerarse del paciente ha ido en aumento desde el inicio del período analizado. La identificación de úlceras en estadio inicial (I-II) ha aumentado, desde un 89.8% en 2011 a un 96.2% en 2016. El coste promedio de las lesiones ha disminuido un 48,2%, desde 318.5€ en 2011 a los 165€ en 2016.

Discusión:

La casuística del estadiaje de la UPP ha aumentado a favor de la mayor identificación de lesiones en sus estadios iniciales, lo que pudiera relacionarse con la formación realizada. Este resultado tiene un impacto inmediato en costes y morbilidad del paciente, en tanto en cuanto es mucho más económico y menos mórbido el tratamiento de las úlceras de grado I y II que aquellas más complejas (grados III y IV).

Como limitaciones a los resultados obtenidos, destaca el hecho de que no se exponen los resultados netos en cuanto al impacto real que la estrategia formativa haya podido tener en los profesionales (aumento de conocimientos, habilidades y destrezas), pero sí se pretende inferir, en base a variables de resultados clínicos y económicos, el posible éxito de la mencionada estrategia.

Este estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Quiralte C, Martínez RM, Fernández C. Estudio de validez de criterio de la Escala de Norton modificada del Hospital Clínico San Carlos. *Enfermería Clínica*. 1998; 8(4): 151-5.
2. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
3. Soldevilla JJ, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú J, San Miguel L, Mayán JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos*. 2007. 18(4): 201-10.

AUTORES/AUTHORS:

M^a Dolores Quiñoz Gallardo, Pilar González Carrión, Antonio Rivas Campos, M^a del Mar Gutierrez Martínez, Antonio Morales Romero, M^a Ángeles Toledo Páez, Tomás Aranda Salcedo, Carmen Moreno Díaz, Antonio Zurita Muñoz

TÍTULO/TITLE:

Resultados de la implementación de Guías de Buenas Prácticas en Cuidados BPSO en Hospitales de Granada

Objetivo:

Analizar los resultados de la implantación de Guías de Buenas Prácticas sobre valoración y cuidado de los adultos en Riesgo de ideación y comportamiento suicida (1), Lactancia materna (2) y Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión (3). Desarrollado dentro del Programa de Implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® (siendo el nombre del programa original Best Practice Spotlight Organizations®, BPSO) (4,5) en los Hospitales Universitarios de Granada, desde noviembre de 2015 hasta abril de 2017.

Método:

Diseño observacional descriptivo. Población de estudio: Pacientes ingresados en las unidades de Medicina Interna, Neurología, UCI, Pluripatológicos, Obstetricia (madres y recién nacidos) y Salud Mental. Criterios de inclusión y exclusión específicos por guía.

Muestra: Pacientes dados de alta de las unidades de implantación de las guías, los 5 últimos días laborables de cada mes, desde noviembre de 2015 hasta abril de 2017.

Variables: Se analizan indicadores de proceso y de resultados claves por guía.

Recogida de información: a través de plataforma CarEVID®

Se realizará análisis descriptivo, calculando frecuencias y porcentajes.

Resultados:

Riesgo Suicida: % de pacientes con valoración del riesgo de ideación suicida con escala validada: 22,41; % de pacientes que están en riesgo suicida: 31,20; % de pacientes con medidas de seguridad administradas y registradas: 97,44; % de pacientes derivados a equipos de salud mental comunitarios: 76,92.

Lactancia Materna: % púerperas con valoración de la toma con Escala Mathews antes del alta: 79.13%; % recién nacidos con lactancia materna exclusiva en la primera toma: 83.18%, % de recién nacidos con lactancia materna en las 24 horas previas al alta: 58.28%.

Prevención de UPP: % de pacientes valorados del riesgo con escala: 76,26%; % de pacientes revalorados del riesgo con escala: 32,69%; % de pacientes que utilizan superficies de control de la presión en función del riesgo: 71,51%; Prevalencia: 2015(3.5%), 2016(3.04%), 2017(2.9%).

Discusión:

Los resultados reflejan una incorporación en la práctica habitual de los profesionales de las recomendaciones seleccionadas en relación a:

La valoración de los pacientes con ideación suicida utilizando una escala validada, que hasta entonces no se utilizaba. Se ha demostrado que los suicidios son prevenibles y para que las respuestas sean eficaces, se necesita una estrategia integral multisectorial de prevención (6). Estamos consiguiendo que más recién nacidos se beneficien de una lactancia materna en las dos primeras horas de vida y que aumente la lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria con respecto a años anteriores (58,28% frente a 50,84% en 2015). Es habitual obtener tasas relativamente elevadas de lactancia materna al nacer que se reducen de forma importante en los primeros meses de vida. Por lo que se debe continuar promoviendo y potenciando la lactancia materna en el entorno hospitalario a través de la extensión de rutinas favorecedoras como la información a los padres de la importancia del contacto piel con piel tras el nacimiento, puesta al pecho en la primera hora tras el parto, el alojamiento conjunto, y mejorar la

formación de los profesionales sanitarios sobre el tema (7). Se está integrando como práctica habitual de los profesionales la valoración de la toma utilizando clinimetría específica.

La valoración del riesgo de UPP estaba incorporada en la práctica, si bien no se aplicaba escala para cuantificar nivel de riesgo y según éste aplicar las medidas preventivas. Se está consiguiendo monitorizar el nivel de riesgo desde el ingreso hasta el alta del paciente aplicando escala validada según establece el protocolo del centro. Se ha demostrado que la prevención constituye el método más eficiente de afrontar el problema frente al coste del tratamiento, por la importante disminución de gastos directos e indirectos (8). La utilización de superficies de control de la presión en función del riesgo se aproxima al % de pacientes identificados. Se observa un descenso progresivo en la prevalencia de úlceras por presión en el período de estudio. Según el último estudio realizado en nuestro país (9) la prevalencia en hospitales se sitúa en un 7,87%.

Implicaciones para la práctica:

El Programa de Implantación de Guías de Buenas Prácticas BPSO® pretende que la cultura de buenas prácticas forme parte fundamental de los cuidados enfermeros en las instituciones sanitarias. Se ha demostrado que el éxito en la implantación de las guías de buenas prácticas en cuidados de salud aumenta cuando se monitoriza el uso de la guía de forma sistemática, se evalúa el impacto de su uso durante todo el proceso y se abordan las barreras y facilitadores que puedan afectar en la implantación (10). Podemos afirmar que las líneas de trabajo iniciadas en los Hospitales Universitarios de Granada están consiguiendo cambios en la práctica asistencial que benefician a la población atendida consiguiendo mejoras en los resultados en salud. Para consolidar dichas mejoras, es importante continuar formando y reforzando a los profesionales para que se convierta en norma las buenas prácticas iniciadas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Registered Nurses' Association of Ontario. Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida. 2009. [Consultado 7/6/17]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_BPG_Suicidio_MAR2014.pdf
2. Registered Nurses' Association of Ontario. Lactancia Materna. Guía de buenas prácticas en enfermería. 2007. [Consultado 7/6/17]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/D0015_564_Lactancia_022014.pdf
3. Registered Nurses' Association of Ontario. Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión. 2011. [Consultado 7/6/17]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/D0025_UlcerasPresion_spp_01052015.pdf
4. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) y el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs en colaboración con la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO). Proyecto de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. [Consultado 4/6/2017]. Disponible en: <http://www.evidenciaencuidados.es/es/index.php/proyecto-implantacion>.
5. Ruzafa-Martínez M, González-María E, Moreno-Casbas T, del Río Faes C, Albornos-Muñoz L, Escandel-García C. Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016 *Enferm Clin* 2011;21:275-83 - DOI: 10.1016/j.enfcli.2011.07.01.
6. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Sanidad. 2011.
7. WHO/UNICEF 'Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for integrated care Section 2: Strengthening and sustaining the Baby-friendly Hospital Initiative: A course for decision-makers. Geneva, World Health Organization, 2009.
8. Sinn CL, Tran J, Pauley T, Hirdes J. Predicting Adverse Outcomes After Discharge From Complex Continuing Care Hospital Settings to the Community. *Prof Case Manag*. 2016 May-Jun;21(3):127-36.
9. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou J-E, Verdú Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*. 2014 Dec;25(4):162-70.
10. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2nd ed.). 2012. [homepage on the Internet]. [fecha de acceso 2 de septiembre 2015]. Disponible en:

http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf

AUTORES/AUTHORS:

Teresa Sanclemente Boli, Jaume Mestre Torres, Sandra Ponce Ruiz, Maria del Mar Villar Casares, Miriam Garrido Clua, Pilar Lalueza Broto, Consuelo Álvarez Lorenzo, Marc Ramentol Sintas, Esperanza Zuriguel Pérez

TÍTULO/TITLE:

REGRESANDO A CASA CON SEGURIDAD: ESTUDIO MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR

Introducción:

La fractura de fémur proximal en el anciano es una enfermedad prevalente en la población de más de 65 años y con impacto sobre la calidad de vida del paciente. Durante el año 2014 menos de 50% de los pacientes ingresados en nuestro centro volvieron a casa después de una fractura de fémur. Se postula que el regreso al domicilio aumenta la satisfacción del paciente y cuidador, la mejora del funcionalismo motor, la autonomía del paciente y la disminución de complicaciones. En este contexto se está realizando el estudio SWEET HOME (SH) Sanitary education and folloW-up for Elderly patients with hip fracturE Targeting hospital-to-HOME discharge.

Objetivo:

Describir la cohorte de pacientes del grupo intervención del estudio SH.

Método:

Se incluyen pacientes > 65 años, procedentes de domicilio y con una persona con capacidad de ejercer como cuidador durante el periodo Febrero 2016- Enero 2017. Es un estudio prospectivo no aleatorizado con dos fases secuenciales de pacientes para evaluar si una Intervención Educativa (IE) multidisciplinaria centrada en las necesidades del paciente y cuidador, aumenta el porcentaje de pacientes que regresan al domicilio. La IE está estructurada en tres fases (pre-cirugía, post-cirugía y transición post-alta en la unidad de Hospitalización a Domicilio) y engloba los siguientes aspectos: (1) movilización; (2) prevención de caídas, nutrición 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. Las variables analizadas son: datos biodemográficos, destinación al alta, nivel de tolerancia a la actividad, situación funcional (Barthel), estado nutricional (MNA), complicaciones (caídas, estreñimiento, delirio 48h post-ingreso), estado cognitivo (Pfeiffer), evaluación de la intervención educativa (conocimientos/comprensión, predisposición/implicación y habilidades) y la satisfacción del paciente/cuidador. Se ha realizado un análisis descriptivo univariante.

Resultados:

La cohorte está formada por 67 pacientes (88% mujeres) con una edad media de $84,2 \pm 7,7$ años. Regreso al domicilio: 70,1 %. Sedestación en las primeras 24h post IQ: 58,2 %, Barthel medio inicial: 85.8p, objetivándose un descenso medio de 45p al alta. Estado nutricional: normal: 52%, riesgo malnutrición: 28% y malnutrición: 20%. Caídas intrahospitalarias: 1,4 %. Estreñimiento: 25%. Delirium 48h post-ingreso: 14,92 %. El Pfeiffer al ingreso mostró una media de 1.74 errores. La IE ha modificado los hábitos del paciente y del cuidador con una puntuación media de $7,8 \pm 1,4$ y $8,0 \pm 1,2$ respectivamente y la satisfacción ha sido 9 ± 2 y 8 ± 2 .

Discusión:

La tasa de pacientes con derivación a domicilio en el grupo intervención ha sido elevada. La percepción de paciente/cuidador y profesionales sobre la efectividad y satisfacción de la IE ha sido alta. La limitación del estudio es el bias de selección por el buen estado funcional basal. Queda pendiente realizar la comparación con el grupo control para evaluar si la IE ha sido efectiva.

Estos datos apoyan que en un futuro se podría implantar este modelo asistencial en la práctica clínica habitual, para este perfil de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Processos. La fractura de coll de fèmur 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.
2. Cancio Trujillo JM, Clèries M, Inzitari M, Ruiz Hidalgo D, Santaegènia González SJ, Vela E. Impacte en la supervivència i despesa associada a la fractura de fèmur en les persones grans a Catalunya. Monogràfics de la Central de Resultats, número 16. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015.
3. 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.
4. Hannan EL, Magazinger J, Wang JJ, Eastwood EA, Silberzweig SB, Gilbert M, et al. Mortality and locomotion 6 months after hospitalization for hip fracture. *JAMA*. 2001;285(21):2736-42.
5. 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)

AUTORES/AUTHORS:

ENCARNA OLAVARRIA BEVIDE, LARA PINO DOMINGUEZ, M^a LUZ FERNANDEZ NUÑEZ, ROSANA REVUELTA ARROYO, GRACIELA SANTAMARIA CORONA, MARIA CAYON DIAZ, LORENA OTERINO FAUNDEZ, ROSA M^a NIEVES GARCIA, M^a TERESA TERAN GARCIA

TÍTULO/TITLE:

EVALUACION DE INDICADORES DE LA IMPLANTACION DE LA GUIA DE BUENAS PRACTICAS

OBJETIVO

Evaluar los resultados de calidad de indicadores tras la implantación de la Guía de Cuidado y Manejo de la ostomía en el Hospital Sierrallana

METODO

Tipo de estudio: Estudio descriptivo.

Ámbito temporal: Periodo comprendido entre 1 de julio de 2014 y 30 de junio de 2016.

Población de estudio: Todos los pacientes atendidos en el Hospital Sierrallana, durante el periodo especificado, a los que se le realizó una ostomía.

Recogida de información: Con carácter retrospectivo, el "Equipo Evaluador del Comité Operativo de CCEC®: Ostomías" fue el encargado de recopilar la información.

Fuente de datos: La información se obtuvo de los registros en papel generados en la Consulta de Estomas, así como del aplicativo Gacela Care (mediante un programa de "business intelligence": Qlickview). Las complicaciones de la plataforma online Carevid. En caso de ser necesario, se consultaron otros registros de la Historia Clínica de los pacientes objeto de estudio.

Variables del estudio:

Sociodemográficas (sexo, edad)

Tipo de estoma (ileostomía, colostomía)

Tipo de cirugía llevada a cabo (urgente, programada, programada durante el ingreso)

Consulta preoperatoria (por semestre)

Marcaje del estoma (por semestre)

Consulta post-operatoria (por semestre)

Complicaciones (durante el ingreso y detectadas en consulta de estomaterapia)

El análisis estadístico fue llevado a cabo por el Servicio de Medicina Preventiva, Calidad y Seguridad del Paciente. Se utilizó el Programa IBM SPSS Statistics 19.

RESULTADOS

Durante el periodo de julio 2014 a junio 2016, se realizaron un total de 108 ostomías en el Hospital Sierrallana,. El 63,89% de las ostomías realizadas fueron colostomías; frente al 36,11% de ileostomías.

De los pacientes ostomizados, el 51,85% se realizó mediante una intervención urgente. El 40,74% de los casos tenían un ingreso programado para realizar la intervención, y en 8 pacientes (7,41%), la cirugía se programó durante el ingreso.

En cuanto al perfil del paciente ostomizado encontramos que a mediana de la edad de los 108 pacientes ostomizados fue de 71 años (IQR : 60,00-79,00). El paciente más joven tenía 30 años y el más longevo 93. El 44,44% de los pacientes ostomizados fueron mujeres. La mayoría de los pacientes ostomizados (64,82%) son mayores de 66 años. Hay 3 pacientes (2,78%) que tienen menos de 45 años. En los grupos etáreos de 46 a 55, 56 a 65 y en los mayores de 75 años, la distribución por sexos es muy similar.

Aproximadamente, dentro de cada grupo, la mitad de los pacientes son mujeres. Sin embargo, en el grupo de 65 a 75 años, el número de varones duplica al de mujeres. Entre los más jóvenes, hay 2 mujeres (36 a 45 años) y 1 hombre (26 a 35 años).

La mediana de la estancia hospitalaria de los pacientes incluidos en este estudio fue de 17 días (IQR : 9,00-28,00). El paciente que menos tiempo estuvo ingresado fue 3 días, y el que tuvo la estancia más larga fue de 388 días (más de 1 año).

La Consulta Preoperatoria tiene lugar 24-48 horas antes del ingreso del paciente. En ella se lleva a cabo una valoración preoperatoria, marcaje del estoma y educación preoperatoria. De los 44 pacientes con ingreso programado, 13 (29,55%) han tenido consulta previa a la colocación del estoma. (ninguno en el 2º trim.2014 frente al 46,67% en el 1er trim.2016)

De los 52 pacientes con intervenciones programadas (incluidos los que la cirugía se programó durante el ingreso), en el 26,92% (14) se realizó marcaje del estoma (ninguno en el 2º trim.2014 frente al 66,67% en el 1er trim.2016)

La Consulta Postoperatoria se produce tras el alta del paciente (<15 días tras el alta). En ella se hace educación postoperatoria y se evalúan las posibles complicaciones asociadas al estoma. De los 93 casos que deberían haber acudido a esta consulta, el 40,86% (38) no lo ha hecho. En el análisis semestral se aprecia que a medida que pasa el tiempo, se consolida la Consulta Postoperatoria. Desde julio de 2015 hasta la fecha de finalización de este estudio (junio 2016) más del 85% de los pacientes son vistos en esta consulta.

En cuanto a las complicaciones observadas el 18,52% de los pacientes presentaron alguna complicación siendo las más prevalentes en un 32% la dehiscencia mucocutánea y un 18% dermatitis. En la consulta postoperatoria se detecta un 59,14% de pacientes con complicaciones siendo la dermatitis la más frecuente (85,71%)

DISCUSION

A pesar de que los valores de los indicadores calculados tienen un amplio margen de mejora, es importante destacar que si se tienen en cuenta las secuencias temporales, se muestra que a medida que pasa el tiempo, van adquiriendo más relevancia las consultas Pre- y Post- así como el marcaje del estoma en nuestra área de salud. El Comité Operativo de CCEC® de la Guía de Cuidado y Manejo de la Ostomía, establece nueva evaluación de indicadores en el primer trimestre del 2018 con un estándar de resultados de > 50% pacientes con consulta pre-, > 60% pacientes con marcaje del estoma y > 90% pacientes con consulta post-.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Guía Cuidado y manejo de la ostomía, 2009. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Toronto, Canadá. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomia-Guia_de_buenas_practicas_en_enfermeria.pdf [Consultado el 15/03/2017].

“Estudio coste efectividad de la Atención Especializada en Ostomía”. Instituto Antae. Disponible en: http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/EstudioOstomias.pdf (Consultado el 20/03/2017).

AUTORES/AUTHORS:

Violeta Díaz Herrera, Gabriel Miguel Cabrera Molina, Laura Canals de la Vega, Jessica García García, Jenifer García Cano, Cristina Rebollo Lozano, Yolanda Valle Pérez, Sergio Alonso Fernández

TÍTULO/TITLE:

ENSAYO CLINICO ALEATORIZADO: EL SUJETADOR COMO PREVENCIÓN DE LA DEHISCENCIA EN MUJERES INTERVENIDAS DE CIRUGÍA CARDIACA

OBJETIVO: evaluar la eficacia de la aplicación del sujetador como prevención de la dehiscencia de la esternotomía media en mujeres intervenidas de cirugía cardíaca mediante esternotomía media en nuestro centro.

MÉTODO: ensayo clínico aleatorizado realizado, grupo control posttest. Periodo: enero 2015-noviembre 2016. Muestreo no probabilístico accidental. Aleatorización (Epidat® equilibrada a 4 casos). Recogida de datos: instrumento diseñado en función de las variables estudiadas (clínicas y antropométricas). Seguimiento: desde el ingreso hasta los seis meses tras el alta (llamada telefónica). Análisis descriptivo uni y bivalente con paquete estadístico IBM SPSS v.19.0.

RESULTADOS: n= 100. Grupo experimental (A, n=49) y control (B, n=48). Edad $69,82 \pm 11,09$. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a: asignación en la talla de sujetador ($p=0,061$), incidencia de diferentes estadios de complicación de la herida ($p=0,532$), dehiscencia durante el ingreso, (1 vs 0; $p=1,000$), al alta (3 vs 2; $p=0,663$), al mes (1 vs 0; $p=0,331$), 3 meses (1 vs 0; $p=0,315$) y 6 meses (0).

DISCUSIÓN: pese a la falta de bibliografía específica, algunos estudios concluyen que las mujeres con talla grande de sujetador presentan mayor probabilidad de dehiscencia esternal. En la práctica hemos observado que la aplicación del sujetador es una práctica extendida en el postoperatorio, sobre todo entre tallas grandes de pecho. Este estudio relaciona directamente el uso del sujetador y la aparición de dehiscencia esternal; podemos concluir que su uso podría dejarse a decisión de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Rodríguez Hernández JE, Maroto Castellanos LC. La cirugía convencional sigue siendo la mejor opción en el tratamiento quirúrgico de la valvulopatía aórtica. Argumentos en contra. Rev Esp Cardiol. 2000; 53:483-9.
2. Soto Pernudi S, Quirós Molina P, Chamorro Castro R, Garita Jiménez E, Robelo Pentzke B, Salazar Vargas C. Infección de esternotomía media después de cirugía cardiovascular. Experiencia en el hospital R.A. Calderón Guardia. Rev Costarric Cardiol. 2010;12 (1-2):11-16.
3. Battista Luciani G, Lucchese G. Minimal-access median sternotomy for aortic valve replacement. J Thorac Dis. 2013 Nov;5 (Suppl 6):S650-S653.
4. Careaga RG, Campos OR. Tratamiento de la mediastinitis y otras complicaciones de la esternotomía en cirugía cardíaca. Cir Gen. 2010; 32:217-20.
5. Fernández Doblas J, Permanyer E, Tauron M, Padró JM. Impacto hospitalario de las complicaciones esternales. Cir Cardiovasc. 2010; 17:117.
6. Cañas-Cañas A, Lima-Cañadas PP, López-Almodóvar LF, Serrano-Martínez F, Paredes-Astillero I, Torres-Crespo MJ, et al. Profilaxis de la dehiscencia esternal en obesos mediante la aplicación sistemática del cerclaje de tipo Robicsek. Cir Esp. 2005; 78 (2):100-2.
7. Carrillo J, López MA. Imágenes en cuidados intensivos. Dehiscencia esternal. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo 2013; 13 (1): 60-1.
8. Careaga G, Aguirre G, Medina L, Borrayo G, Prado G, Agüero R. Factores de riesgo para mediastinitis y dehiscencia esternal

después de cirugía cardíaca. Rev Esp Cardiol. 2006; 59 (2):130-5.

9. Hussey LC, Hynan L, Leeper B. Risk factors for sternal wound infection in men versus women. Am J Crit Care. 2001 Mar;10(2):112-6.

10. Naismith C, Street A. Introducing the Cardibra: a randomised pilot study of a purpose designed support bra for women having cardiac surgery. Eur J Cardiovasc Nurs. 2005 Sep; 4(3): 220-6.

11. Brocki BC, Thourup CB, Andreasen JJ. Precautions related to midline sternotomy in cardiac surgery: A review of mechanical stress factors leading to sternal complications. Eur J Cardiovasc Nurs. 2010 Jun; 9 (2):77-84.

12. Copeland M, Senkowski C, Ulcickas M, Mendelson M, Griep RB. Breast size as a risk factor for sternal wound complications following cardiac surgery. Arch Surg. 1994 Jul; 129 (7):757-9.

AUTORES/AUTHORS:

PATRICIA LARA MARCOS, MARIA INMACULACULADA CONCEPCIÓN MORAZA DULANTO

TÍTULO/TITLE:

EVALUACIÓN DE CAÍDAS Y SUS FACTORES CONTRIBUYENTES EN MEDICINA INTERNA Y ONCO-HEMATOLOGIA

Se estima que más del 84% de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con las caídas de las cuales un 20% son prevenibles¹.

La seguridad clínica es uno de los principales componentes de la calidad asistencial.

OBJETIVOS

- Determinar la incidencia de caídas en Medicina Interna (M.I) y Onco-Hematología (O-H).
- Analizar las características de las caídas en M.I y O-H de la Organización Sanitaria Integrada de Araba (OSI) en el primer trimestre del 2017.
- Conocer los factores contribuyentes (F.C) de las caídas e identificar los que requieren acciones correctoras prioritarias.

MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo de todas las caídas registradas por enfermería en el programa informático Osanaia desde el 1/01/2017 al 31/03/2017 en M. I y O-H. Se revisaron los antecedentes personales, tratamiento, valoración de movilidad y de los déficits sensoriales además de todos los evolutivos de enfermería desde el ingreso hasta el alta, para detectar los pacientes que habían sufrido episodios de desorientación o casi caídas.

Se recogieron variables sociodemográficas y factores de riesgo (F.R) como el estado conciencia, limitación de movilidad, caídas previas, medicación especial, deterioro cognitivo, déficits sensorial, uso de dispositivos hospitalarios (o2, suero, sondas...) y uso de mecanismos compensatorios (gafas, bastón, audífono). Además de las características de la caída (lugar, acompañamiento, turno, existencia de daño, aviso al médico) y los F.C (necesidad de ir al wc, episodios de agitación/desorientación, falta de fuerza o debilidad muscular, calzado inapropiado, incidentes que podrían haber derivado en caída denominadas casi caídas).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables relacionadas con las caídas mediante el programa SPSS versión 23.0. Las variables cualitativas fueron descritas mediante frecuencias y porcentajes y las cuantitativas mediante medias y desviaciones estándar.

Para conocer los F.C e identificar las acciones correctoras prioritarias previamente se realizó un análisis causa-raíz (ACR). Para ello se tuvieron en cuenta los factores propios del personal sanitario, del paciente, factores incontrolables, de comunicación o relacionados con el mobiliario.

RESULTADOS

Se analizaron 52 caídas. La media de edad fue 74,49 años (DE=12,18) y el 52,9% fueron hombres. En todos los casos estaban en tratamiento con al menos un fármacos de riesgo, 9 de cada 10 tenían algún tipo de limitación en la movilidad (87,27%) y más de la mitad déficits visual y/o auditivo (63,63%).

El 58,8% de las caídas tuvieron lugar en la habitación, junto con un 17,6% que lo hace en el baño, por tanto, el 76,4% se cae en las inmediaciones de la habitación. Tan solo el 34,5% se encontraban acompañados en el momento de la caída. El turno donde más caídas ocurren es durante la noche (36,53%). Se avisó al médico en el 15,7% de las caídas. Por otro lado, hay un 34% de lesiones

leves no declaradas en el programa que sí se mencionaron en los evolutivos.

En cuanto a los factores contribuyentes con mayor presencia y por tanto con necesidad de plan de acción inmediato, destacaron tres:

- La necesidad de ir al wc, que está presente en el 45,1% de las caídas si tenemos en cuenta las que ocurren ya en el baño. De éstas, el 56,5% ocurrieron de noche y casi $\frac{3}{4}$ partes de los pacientes tenían una limitación de la movilidad conocida (73,9%).
- Desorientación/Agitación (21,15%). De entre los pacientes que no tenían deterioro cognitivo conocido, el 67,4% sufrieron al menos un episodio de alteración del estado de conciencia durante el ingreso.
- Falta de fuerza /debilidad muscular (19,23%).

DISCUSIÓN

La incidencia las caídas declaradas en M.I y O-H en las mismas fechas fue del 4,9% (36 caídas de 728 altas) frente al 1,17% de OSI Araba (130 caídas de 11061 altas), lo que podríamos relacionar con el aumento de la proporción de personas de edad avanzada, con limitación de movilidad, que han sufrido algún episodio de desorientación durante el ingreso y que se encuentran solos.

La edad es un factor a tener en cuenta por estar asociada a un aumento de F.C. La necesidad de ir al wc, como se puede observar interviene en el 45,1% de las caídas, por lo que habrá que insistir al paciente en que pida ayuda cuando se encuentre solo². De los mayores que se caen, la mitad tienen caídas recurrentes y el 50% se vuelve a caer en el mismo año. La caída es, por tanto, un factor de riesgo para sufrir nuevas caídas. Por lo que debemos prestar especial atención al dato de caídas previas³. En M.I y O-H, más de la mitad de los pacientes que se cayeron durante este periodo, tenían caídas previas recientes. (52,7%)

Se comunicaron los resultados del ACR a la comisión de caídas del Hospital Universitario de Álava, surgieron varias propuestas correctoras y se crearon varios subgrupos para su desarrollo, entre ellas: establecer actividades preventivas de ejercicio físico para fomentar la movilidad y el entrenamiento de la fuerza muscular⁴, la elaboración de un documento que establezca los criterios de revisión de medicación en pacientes de riesgo o el diseño de un algoritmo para unificar el modo de actuación ante una caída entre otras.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) Eroriko Ez. Iniciativa para la mejora de la gestión de las caídas en pacientes hospitalizados. Coordinación de Programas de Salud Pública y Seguridad del Paciente. Dirección de asistencia sanitaria. Osakidetza 2015. Disponible en <https://www.osakidetza.eus/sites/Intrantet/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Seguridad%20del%20Paciente/ErorikoEz.pdf>
- 2) M. Eloisa García-Huete^{#8727}; Tomás Sebastián-Viana, Isabel Lema-Lorenzo, Mónica Granados-Martín, Nuria Buitrago-Lobo, M. del Pilar Heredia-Reina, Margarita Merino-Ruiz, Esther Ventosa-Hernández, Carmen Gutiérrez-Fernández y M. Luisa Mota-Boada. Las caídas hospitalarias, estrategia de mejora para disminuir su incidencia. Revista Enfermería Clínica. 2016;26(2):96---101
- 3) 1: Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de salud y prevención en el SNS. Ministerio de sanidad, Servicios sociales e igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Centro de Publicaciones; 2014 p. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf

4) RNAO. Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores. RNAO. Asociación de Enfermeras de Ontario. Guía de buenas prácticas en enfermería. Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores [Internet]. Toronto. Ontario.; 2011. Disponible en:

http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/PrevencionCaidas_022014.pdf

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VIII

Session of Oral Brief Presentations VIII

AUTORES/AUTHORS:

MARÍA GONZALEZ GALLEGO, ROSA M^a ALVAREZ DIEZ, M^a JOSE RAMOS CARBAJO, M^a EUGENIA GONZALEZ GARCIA, JAVIER QUIJANO HERRERO, OSVAL CORRAL VAZQUEZ, MANUEL REGAL RODRIGUEZ, OLGA ALVAREZ ROBLES, CRISTINA CARBAJO RODRIGUEZ

TÍTULO/TITLE:

FOMENTAR EL APEGO A TRAVÉS DEL MASAJE AL LACTANTE

INTRODUCCION

Para un bebé el masaje es algo más que una experiencia lúdica, sensual o un tipo de terapia física, es una herramienta para mantener su salud y bienestar a muy distintos niveles.

Los beneficios del masaje infantil pueden mirarse desde diferentes ángulos. McClure definió los cuatro beneficios generales en: interacción, estimulación, liberación y relajación.

En los cuidadores principales, encargados de dar el masaje, los beneficios también son notables, permitiéndoles: entender mejor al niño, fomentar los vínculos, facilitar el apego seguro, incrementar la autoestima y la confianza, mejorar las habilidades como cuidadores principales, reforzar las conductas positivas, favorecer una implicación temprana del padre, estimular la lactancia y provocar un descenso de la depresión postparto .

OBJETIVOS.

General:

Valorar la efectividad del masaje realizado a niños de 1 a 12 meses en un Equipo de Atención Primaria.

Específicos:

- Mejorar la comunicación y el vínculo afectivo entre cuidadores principales y lactante mediante el masaje.
- Conocer el grado de satisfacción de los padres/cuidadores en relación a los talleres.

MÉTODOLÓGÍA:

Ámbito: Atención Primaria

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Sujetos participantes: Padres/cuidadores que acuden a las sesiones de masaje al lactante, realizado en el EAP mensualmente a lo largo de un año (Junio 2016/ mayo 2017).

Variables categorizadas:

- Valoración global del taller
- Organización y ambiente (bueno/malo/regular)
- Mejora del vínculo materno/filial (mucho/nada/bastante)
- Cambios positivos : relajación y calidad del sueño(mucho/nada/bastante)
- Contribución libre de las familia para la mejora del programa
- Edad del lactante (tramos de 1 a 6 meses y de 7 a 12 meses)
- Vínculo de los asistentes al taller con el bebé.

Procedimiento

La captación se realiza en las consultas de enfermería pediátrica y también se colocan carteles de aviso en sala espera.

Recordatorio pactado con las familias a través de WhatsApp dos días antes de la realización de cada taller.

Las sesiones de 45 minutos de duración, se realizan en 2 grupos uno con lactantes de 1 a 6 meses y otro de 7 a 12 meses. Los talleres son impartidos por enfermeras de pediatría; colaborando EIR de FYC y alumnos de enfermería. Finalizado el taller se entrega documentación sobre masaje y pautas para estimulación del bebe en domicilio.

Recogida de datos: Se realiza a través de una encuesta anónima elaborada ad hoc y pilotada por investigadores que consta de 11 preguntas cerradas y 4 abiertas y de la realización de la hoja del observador.

Análisis: Volcado en Tabla Excel, análisis estadístico univariante descriptivo de frecuencias absolutas-porcentajes. Anonimato

confidencialidad de datos obtenidos en su tratamiento.

RESULTADOS:

Hoja del observador: alumnos de enfermería y EIR de FYC que realizan evaluación cualitativa: gran interacción de los participantes, positividad, explicaciones claras y amenas.

Encuesta de opinión: De los 75 padres/cuidares que acudieron a los talleres, realizan la encuesta 23 (acudan a una o varias sesiones realizan sólo un test). En el 99% de los casos el participante es la madre. El 100% de los encuestados valora el taller como bueno. El 71.4% respondió que le ayudó mucho a mejorar la comunicación con su hijo, el 28.5% bastante y el 87.5% notó cambios positivos en el niño. En las preguntas abiertas consideran: El taller ayuda a conocer a mejor a su hijos, empatizando más con ellos; fomenta la relación con otros lactantes, padres/cuidares y profesionales que lo imparten; aporta conocimientos. A los lactantes, les aporta tranquilidad, sociabilidad, reacción con el medio, nuevas experiencias.

DISCUSIÓN

Primera experiencia en la realización de taller de masaje infantil en nuestro Equipo de Atención Primaria. Los talleres producen alta satisfacción tanto en los cuidadores como en los profesionales que lo imparten. Se convierte en un modo de comunicación entre las familias, estimula el afecto, la comunicación no verbal. Los padres perciben beneficios del masaje infantil en sus bebés dando continuidad a la técnica aprendida en el domicilio.

IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA. Planteamos dar continuidad a los talleres, complementándolos con sesiones formativas relacionadas con el cuidado del lactante para fomentar el apego y seguridad en las familias en el cuidado de sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Procianoy RS, Mendes EV, Silveira CR. Massage therapy improves neurodevelopment outcome at two years corrected age for very low birth weight infants. *Early Human Development* 2010; 86: 7-11.
2. Vickers A, Ohlsson A, Lacy JB, Horsley A. Masajes para promover el crecimiento y el desarrollo de lactantes prematuros o de bajo peso al nacer (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 (2).
3. McClure V. Masaje infantil. Guía práctica para el padre y la madre. *Medici*. Cuarta reimpresión 2008.
4. Henderson- Smart DJ, Osborn DA. Estimulación quinesésica para la prevención de la apnea en niños prematuros. (Revisión Cochrane traducida) *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008; (2).
5. Dennis CL, Hodnett E. Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión postparto. (Revisión Cochrane traducida) *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 (2).
6. Livingston K, Beider S, Kant AJ, Gallardo CC, Joseph MH, Gold JI. Touch and massage for medically fragile infants. *Ecam* 2009; 6(4): 473-482 .
7. López Quirós, Laura. El masaje infantil: conocimientos, experiencias y opiniones de profesionales de Enfermería Ginecosbstrétrica y Perinatal. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [en línea].2009, No.16 [citado (fecha)]. Disponible World Wide Web: <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/masaje.pdf>> ISSN 1409-4568*
8. Iria Luisa Diz André, Lourdes Elorza Balbás .Beneficios del masaje infantil: Percepción de las madres en un centro de atención primaria. *Revista ROL de enfermería*, 2017 ; 40(1): 8-13

AUTORES/AUTHORS:

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

TÍTULO/TITLE:

Aprendizaje y satisfacción de los padres con la simulación de los cuidados de recién nacido en Educación Maternal.

INTRODUCCIÓN: La simulación es un método de aprendizaje efectivo (1,2). **OBJETIVOS:** Conocer el aprendizaje y la satisfacción de los padres/madres que asisten al programa de Educación para la Maternidad/Paternidad con la enseñanza de los cuidados del recién nacido mediante simulación. **MÉTODO:** Ámbito: Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Diseño: Estudio descriptivo transversal. Sujetos participantes: Muestra no probabilística de 314 madres-padres que cumplen los criterios de inclusión (asistir al programa de Educación Maternal en el centro de salud en 2016, tener buena comprensión del castellano y aceptar participar en el estudio). No se estima tamaño muestral dado que se pasa el cuestionario de evaluación a todos los padres después de la intervención educativa de cuidados de recién nacido con simulación (N=330). Variables: 10 variables de riesgo sociosanitario del asistente, 1 de nivel de conocimientos de cuidados de recién nacido (previo y posterior al programa mediante escala Likert de 4 alternativas), 1 de seguridad sobre los cuidados de recién nacido (previo y posterior al programa mediante escala Likert de 4 alternativas), 7 de satisfacción, una de ellas es una pregunta abierta. Instrumento: se aplicó el cuestionario de evaluación "EDUMA2" de cualidades psicométricas (alfa de Cronbach=0,83). Se seleccionan para el estudio las 19 variables del cuestionario anteriormente indicadas. Análisis de datos: Análisis estadístico de datos con programa SPSS v.17. Análisis descriptivo y de técnicas de contraste para evaluar la asociación de las variables según los distintos niveles de medición (Coeficiente de correlación de Pearson, X², t de Student y U de Mann-Whitney). Nivel de significación estadística p < 0.05.

RESULTADOS: Se ha aplicado el cuestionario a 330 padres. Han cumplido los criterios de inclusión 314. Han respondido 176 embarazadas (56%) y 138 parejas (44%). Edad media de 37 años. No hay ningún caso de riesgo de edad menor de 19 años más si un 8% de gestantes con riesgo de edad superior a 40 años (N=14). El nivel académico es universitario en el 77% (N= 244). El aprendizaje de cuidados de recién nacido, medido con una escala Likert de 4 alternativas, presenta una media previa de 2,2 y una media posterior de 3,5. El valor de tStudent es -40,186; p= 0,000; d= 1,40. La media de satisfacción con la sesión en una escala Likert 0-10, en la que el 10 es el mayor valor es de 8,8 (s= 1,1). **DISCUSIÓN.** El trabajo se encuadra en la línea de metodología docente mediante simulación (1,2) y en la corriente hospitalaria de enseñar a los padres los cuidados directamente con sus hijos recién nacidos (3-10). En la gestación no se han encontrado trabajos de incorporación de técnicas de simulación, con lo que el objeto de estudio es la mayor aportación. El aprendizaje significativo y los altos resultados de satisfacción de los padres indican la adecuación de la simulación para enseñar los cuidados del recién nacido en la gestación. La mayor limitación es que el estudio se circunscribe a un único centro de salud y el diseño es descriptivo. **IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.** Los resultados justifican la incorporación de las técnicas de simulación para la enseñanza de los cuidados del recién nacido en la gestación, en el programa de educación para la maternidad/paternidad, y plantean la necesidad de seguir investigando el tema.

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

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Sørensen JL., Østergaard D., LeBlanc V., Ottesen B., Konge L., Dieckmann P., Van der Vleuten C. Design of simulation-based medical education and advantages and disadvantages of in situ simulation versus off-site simulation. BMC Med Educ. 2017; 17: 20. Published online 2017 Jan 21. doi: 10.1186/s12909-016-0838-3.
- 2- Qayumi K., Pachev G., Zheng B, Ziv A., Koval V., Badiei S., Cheng A. Status of simulation in health care education: an

- international survey. *Adv Med Educ Pract.* 2014; 5: 457–467. Published online 2014 Nov 28. doi: 10.2147/AMEP.S65451
- 3- Blume-Peytavi, U., Lavender, T., Jenerowicz, D., Ryumina, I., Stalder, JF., Torrelo, A., & Cork, MJ. Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care. *Pediatr Dermatol.* 2016.33: 311–321. doi:10.1111/pde.12819
- 4- Didry, P., & Didry, E. Giving a Newborn a Bath in her Parents' Presence. *Rev Infirm.* 2015. Nov;215:47-8. doi: 10.1016/j.revinf.2015.09.014.
- 5- Butler, M.M., Sheehy, L., Kington, M.M., Walsh, M.C., Brosnan, M.C., Murphy, M., Naughton, C., Drennan, J. & Barry, T. Evaluating midwife-led antenatal care: Choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. *Midwifery.* 2015. Apr;31(4):418-25. doi: 10.1016/j.midw.2014.12.002.
- 6- Abraham E, Hendler T, Shapira-Lichter I, Kanat-Maymon Y, Zagoory-Sharon O, Feldman R *Proc Natl Acad Sci U S A.* Father's brain is sensitive to childcare experiences. 2014 Jul 8;111(27):9792-7. doi: 10.1073/pnas.1402569111. Epub 2014 May 27.
- 7- Nair M., Yoshida S., Lambrechts T., Boschi-Pinto C., Bose K, Mason EM., Mathai M. Facilitators and barriers to quality of care in maternal, newborn and child health: a global situational analysis through metareview. *BMJ Open.* 2014; 4(5): e004749. Published online 2014 May 22. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004749
- 8- Blume-Peytavi U, Hauser M, Stamatias GN, Pathirana D, Garcia Bartels N. Skin care practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices. *PediatrDermatol.* (2012); 9(1):1-14.
- 9- Souza, D., Monteiro, F., Rodrigues da Silva, MA., & Munhoz, MA. Lisboa SR. Vivencias y significados del primer baño dado por la puérpera a su hijo recién nacido. *Enferm. glob.* 2010. Jun; (19).
- 10- Jomeen, J., & Martin, CR. (2008). The impact of choice of maternity care on psychological health outcomes for women during pregnancy and the postnatal period. *J Eval Clin Pract.* Jun,14(3), 391-8. doi: 10.1111/j.1365-2753.2007.00878.x

AUTORES/AUTHORS:

Mónica Macedo, Paula Simões, Ernestina Silva, João Duarte

TÍTULO/TITLE:

PERSPECTIVA DE LOS PADRES SOBRE LOS DETERMINANTES DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN NIÑOS DE EDAD PRE-ESCOLAR

Introducción:

Los trastornos del sueño están entre las quejas más comunes durante la infancia, ocupando un lugar predominante en las preocupaciones de los padres. A lo largo del desarrollo de los niños, un porcentaje elevado presentan un alto nivel de alteración del sueño que podrá ser considerado transitorio y normal, mientras que otras desembocan en trastornos de sueño crónicos y persistentes.

La etiología de estos trastornos es multifactorial, de acuerdo con las interacciones dinámicas y de las influencias bidireccionales entre los factores intrínsecos y extrínsecos de los niños.

Objetivos:

Analizar la relación y el efecto predictivo entre algunas variables socio-demográficas, de contexto familiar, clínicas y relacionadas como el sueño, el estilo de vida y los trastornos de sueño de los niños en edad pre-escolar redactado por los padres.

Metodología:

Estudio cuantitativo, descriptivo correlacional y analítico, llevado a cabo en una muestra no probabilística por conveniencia de 642 padres de niños (97.2% madres y 2.8% de padres). Los niños frecuentan la enseñanza pública, privada, particular y concertado de los ayuntamientos de Albergaria-a-Velha (64.2%) y de Agueda (35.8%), tienen edad comprendida entre 3 y 6 años ($= 4.55 \pm 0,93$), 51.7% son de sexo femenino e 48.3% del masculino. Los datos fueron extraídos entre Enero y Abril de 2016 y el instrumento incluyó un cuestionario de caracterización socio-demográfica y datos de los niños, Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar y el Cuestionario de Hábitos del Sueño de los Niños.

Resultados:

Obtenemos del estudio que el 82.4% de los niños tienen perturbación global del sueño y que se relaciona con: cohesión familiar separada, familia no nuclear, ser hijo único, ser cuidado por otros, ter un problema de salud, despertar después de las ocho de la mañana en el fin de semana, dormir a las diez de la noche o más tarde, dormir un número inadecuado de horas, dormir acompañado o solo desde los tres años, el cambio a una habitación es difícil.

Relativamente al efecto predictivo de variables, se puede decir que es bajo, mientras la edad, el tiempo total de sueño diario, el índice de aglomeración y la cohesión familiar tiene una asociación inversa como la perturbación del sueño, en cuanto la hora de acostarse el fin de semana tiene una relación positiva.

Discusión:

Los resultados obtenidos reflejan la interacción entre factores socio-demográficos, de contexto familiar, clínicos, relacionadas como el sueño y el estilo de vida, en los trastornos del sueño del niño en edad pre-escolar.

Algunas de estas variables son posibles ser modificadas, tanto a nivel micro como macro social e, a pesar de que ningún niño presenta una puntuación máxima en el Cuestionario de Hábitos de Sueño de los Niños, los resultados son preocupantes por el compromiso del bienestar de los niños. Es importante informar para la creación de buenos hábitos del sueño a lo largo del ciclo vital y tener especial atención sobre los trastornos más frecuentes e implementar medidas de prevención en esta área.

Palabras clave: niño, pre-escolar, trastornos del sueño-vigilia

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Klein, J., & Gonçalves, A. (2008). Problemas de sono-vigília em crianças: um estudo de prevalência. *Psico-USF*, 13(1), 51-58.
- Moran, C., Carvalho, L. Prado, L., & Prado, G. (2005). Sleep Disorders and Starting Time to School Impair Balance in 5-Year-Old Children. *Arq Neuropsiquiatr*, 63(3-A), 571-576.
- Meltzer, L., Johnson, C., Corsette, J., Ramos, M., & Mindell, J. (2010). Prevalence of Diagnosed Sleep Disorders in Pediatric Primary Care Practices. *Pediatrics*, 125(6), 1410-1418.
- Touchette, É. (2011). Factors Associated with Sleep Problems in Early Childhood. *Sleeping Behaviour*, 1-7.

AUTORES/AUTHORS:

María Benavent Cortés, Óscar Álvarez López, Marta García Moyano, Lydia Espinosa Cabrera, Raúl Quintana Alonso, Beatriz Losa García, Hilario Hernández Ovejero

TÍTULO/TITLE:

Parálisis cerebral: una aproximación a la visión de los profesionales que tratan con niños afectados.

1. Objetivos: Los objetivos de este estudio se centran en conocer la cosmovisión de los profesionales del Centro Bobath España de Atención Integral a la Parálisis Cerebral (PC), respecto a la discapacidad y la vida de los niños afectados. A su vez, se pretende conocer las experiencias de éstos en su relación con la familia y con los afectados, profundizando en la opinión de los profesionales sobre las posibilidades de estos niños afectados para alcanzar la felicidad y la inclusión en la sociedad.

2. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal, a través de metodología cualitativa, eligiéndose como ámbito de estudio el Centro Bobath España. La población estaba constituida por profesionales dedicados a la atención directa a los niños de dicho centro. La aproximación a los discursos de los participantes se realizó a través de la entrevista semiestructurada, según las categorías iniciales planteadas: experiencia personal del cuidado, vivencias de los profesionales y relación con las familias, y situación social de los niños afectados.

El proceso de análisis de los datos se llevó a cabo tras la transcripción literal de todas las entrevistas, realizándose posteriormente la categorización y codificación, en función de las categorías generales y emergentes. El estudio se realizó respetando el anonimato, la confidencialidad y la privacidad de los profesionales que participaron en la investigación, obteniendo el consentimiento informado de todos los participantes.

3. Resultados: La motivación más destacada en los discursos de los participantes para su dedicación a la Parálisis Cerebral Infantil (PCI), fue la posibilidad de mantener un contacto directo con las personas, enfatizando la magnitud de la satisfacción y crecimiento personal que reciben. Por ello, la realización a nivel personal y profesional a raíz de la dedicación a los niños de este centro, aparece reflejada en numerosos discursos. A su vez, resaltaron como factores que no favorecen dicha realización, la frustración y angustia al ser testigos del deterioro y sufrimiento que padecen los niños.

La mayoría de los profesionales entrevistados experimentó un cambio o evolución en su significación sobre la PCI y sobre la discapacidad, que les permite considerar a estos niños, no como enfermos sino como niños con una determinada situación pero semejantes al resto de niños.

La relación con las familias fue descrita por muchos de los participantes como una experiencia que les ha proporcionado una visión más amplia de la vida y un crecimiento personal.

Los profesionales opinaron que actualmente continúa siendo palpable la dificultad para la plena inclusión de estos niños en la sociedad. A su vez, identificaron como principales causas de este hecho, el desconocimiento sobre la discapacidad y la deshumanización que predomina en la sociedad hacia este colectivo, que se refleja en la manera infantil y compasiva en la que ésta se dirige.

Todos los niños del centro son felices, según los participantes, ya que éstos consideran que la felicidad no depende de la situación personal de cada uno, sino del entorno que nos rodea.

4. Discusión: La mayoría de participantes, al dedicarse a un ámbito en el que están continuamente formándose y en el que viven experiencias muy positivas, afirmaron recibir tal felicidad que no lo sustituirían por una mayor remuneración económica. Esta experiencia de motivación también la resalta Gascón, afirmando la importancia de que los profesionales no estén motivados

únicamente por el ámbito extrínseco.

La relación entre los profesionales y los niños, fue descrita por los participantes como una relación sostenida por un vínculo muy estrecho, siendo el elemento esencial para lograr un tratamiento efectivo. La importancia de este hecho, también la apoya Barbero, afirmando que el profesional cuanto más se implica menos se quema y más fortalecido se encuentra.

Todas las familias experimentan un proceso de duelo cuando se les comunica el diagnóstico de PC de uno de sus hijos, según opinaron los participantes. Respecto a este hecho, según un estudio sobre el nivel de estrés de los padres con niños con PC, se identificó que éste no estaba ligado a la severidad de la deficiencia motora del niño, sino a sus problemas conductuales y sentimentales.

A su vez, muchos profesionales resaltaron que las familias que tienen una actitud positiva ante la vida son capaces de disfrutar de su hijo y ser felices. Dykens comenta que tener un hijo con discapacidad puede favorecer el tener una vida más plena.

La mayoría de los participantes resaltaron el insuficiente apoyo del ámbito administrativo y gubernamental respecto a las personas con discapacidad, como evidencia de su incompleta plena inclusión en la sociedad. Este hecho se ve reflejado en los últimos datos publicados por el INE sobre el ratio salarial de las personas con discapacidad, siendo éste del 82,9% respecto al de las personas sin discapacidad.

Respecto a la implicación en la práctica clínica, este trabajo de investigación permite identificar aspectos a implementar en el abordaje integral de niños con parálisis cerebral y sus familiares.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Acharya, K; Pellerite, M; Lagatta, J; Andrews, B; Msall, M.E. (Junio, 2016). Cerebral Palsy, Developmental Coordination Disorder, Visual and Hearing Impairments in Infants Born Preterm. *NeoReviews*, 17(6), 325-33.

Barbero, J. (2006) El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *Anales del Sistema sanitario de Navarra*, 29(3), 19-27.

Chen, K.L; Tseng, M.H; Shieh, J.Y; Lu, L; Huang, C.Y. (Febrero, 2014). Determinants of quality of life in children with cerebral palsy: A comprehensive biopsychosocial approach. *Research in Developmental disabilities* 35(2), 520-28.

Dykens, E.M. (Abril, 2006). Toward a positive psychology of mental retardation. *The American journal of orthopsichiatry*, 76(2), 185-93.

Einspieler, C; Bos, A.F; Libertus, M.E y Marschik, P.B. (Marzo, 2016). The General Movement Assessment Helps Us to Identify Preterm Infants at Risk for Cognitive Dysfunction. *Frontiers in Psychology*, 7(406), 1-8.

Gascón T. (2000) ¿Deben evolucionar las unidades docentes de medicina de familia y comunitaria? *Atención Primaria*, 26, 27-8.

Himmelmann, K; Horber, V; De la Cruz, J; Horridge, K; Mejaski-Bosnjak, V; Hollody, K... Krageloh-Mann, I. (2017). MRI classification system (MRICS) for children with cerebral palsy: development, reliability, and recommendations. *Developmental medicine and child neurology*, 59(1), 69-74.

Nelson, K.B y Blair, E. (Septiembre, 2015). Prenatal factors in singletons with cerebral palsy born at or near term. *The new england journal of medicine*, 373 (10), 946-53.

Parkes, J; Caravale, B; Marcelli, M; Franco, F y Colver, A. (2011). Parenting stress and children with cerebral palsy: a European cross-sectional survey. *Developmental medicine and child neurology*,53(9), 815-21.

Salt, A y Sargent, J. (Diciembre, 2014). Common visual problems in children with disability. *Archives of Disease in Childhood*, 99(12), 1163-68.

Sellier, E; Platt, M.J; Andersen, G.L; Krageloh-mann, I; De la cruz, J y Cans, C. (Enero,2016). Decreasing prevalence in cerebral palsy: a multi-site European population.based study. *Developmental medicine and child neurology*, 1980 to 2003, 58(1),85-92.

Trabacca, A; Vespino, T; Di Liddo, A; Russo, L. (2016). Multidisciplinary rehabilitation for patients with cerebral palsy: improving long-term car. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 22(9), 455-62.

Verdú Pérez, Alfonso. (2014). *Manual de Neurología Infantil*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

AUTORES/AUTHORS:

MARÍA GONZÁLEZ GALLEGO, M^a JOSÉ RAMOS CARBAJO, ROSA M^a ÁLVAREZ DIEZ, HENAR R. BOBILLO DEL AMO, GUADALUPE POSADILLA ALONSO, ROSARIO LÓPEZ PÉREZ, M^a ENCINA BLANCO ARIAS, GUADALUPE MARCOS PEÑARANDA, ANA MATEO MANCEÑIDO

TÍTULO/TITLE:

PROPORCIONANDO CONTINUIDAD A LAS INTERVENCIONES COMUNITARIAS EN PREVENCIÓN PRIMARIA DE OBESIDAD INFANTIL

INTRODUCCIÓN

La alimentación constituye el factor extrínseco más determinante en el crecimiento y desarrollo del individuo en la infancia y adolescencia. Los hábitos alimenticios y los estilos de vida se adquieren en los primeros años, influyendo notablemente en las prácticas alimentarias que se siguen en la edad adulta.

La obesidad infantil es un problema de salud pública cada vez más importante en nuestro país, la prevalencia de obesidad es del 18,1 % (20,4 % en niños y 15,8 % en niñas), utilizando los estándares de crecimiento de la OMS. (Estudio Aladino.2015).

En la mayoría de los casos (hasta el 95%) tiene una causa exógena; es decir, relacionado con la dieta y la actividad física.

En nuestro Equipo de Atención Primaria hemos implantado la Guía-RNAO "Prevención primaria de la obesidad infantil" para prevenir este importante problema de salud pública.

OBJETIVOS:

General.

Conocer la situación de la población escolar de un colegio determinado de nuestra Zona de Salud en el que se han realizado intervenciones a lo largo de dos cursos escolares para la prevención Primaria de obesidad infantil, derivadas de la implantación de la Guía de Buenas Prácticas RNAO.

Específicos:

- Conocer el patrón de adherencia a la dieta mediterránea en los niños de 1º y 6º de primaria del colegio seleccionado.
- Conocer el patrón de actividad física y descanso de la población a estudio.

METODO.

- **Ámbito:** desde Atención Primaria al entorno comunitario - escolar.
- **Diseño:** estudio descriptivo transversal.
- **Participantes:** escolares de educación primaria (EP) del colegio seleccionado en nuestra zona de influencia sobre el que se han realizado intervenciones a lo largo de dos cursos (2015/16- 2016-17). Participan un total de 80 niños.
- **Variables estudiadas:**
 - **Socio demográficas:** tramos edad 6 y 12 años.
 - **De Resultados/Dependientes:** Actividad física (buena, regular, baja) y Adherencia a la dieta mediterránea (muy baja, necesario mejorar patrón y calidad óptima).

Los Instrumentos utilizados para la recogida de datos:

Cuestionarios INTA (cuestionario validado de actividad física y descanso)

Cuestionario Enkid (cuestionario validado de adherencia a la dieta mediterránea)

Procedimiento: Dando continuidad a la alianza institucional puesta en marcha el pasado curso, mantenemos reuniones en el colegio seleccionado con padres y profesores con la idea de seguir implicándolos en el proyecto que estamos llevando a cabo. Este curso

decidimos realizar la intervención a los niños de 1º y 6º de Educación Primaria.

Análisis de datos: Se vuelcan los 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.

RESULTADOS.

El total de cuestionarios realizados y analizados es de 50: 23 en 1º de Educación Primaria y 27 en 6º de Educación Primaria

Los resultados obtenidos en mayo 2016:

Actividad Física: escolares de 1º E P: Buena 7.69 %; Regular 76.92 %; Baja 0 %. NS/NC: 15.3%. En 6º EP: Buena 41.17 %; Regular 35.29 %; Baja 5.8 %. NS/NC 17.6%

Adherencia a la dieta mediterránea. En 1º EP: Calidad Óptima 46.15%; Necesidad Mejorar: 53.84% y Muy Baja 0%. En 6º EP: Óptima 35.29 %; Necesidad Mejorar: 52.94% y Muy Baja 17.76 %;

Los resultados obtenidos en mayo 2017:

Actividad Física: en escolares de 1º EP: Buena 40 %; Regular 60 %; Baja 0 %. En 6º EP: Buena 50 %; Regular 50 %; Baja 0 %.

Adherencia a la dieta mediterránea: en escolares de 1º EP Calidad Óptima 30%; Necesidad Mejorar: 70% y Muy Baja. 0%. . En 6º EP: Calidad Óptima 80 %; Necesidad Mejorar: 20% y Muy Baja. 0 %;

DISCUSION.

Comparando los resultados obtenidos en ambas mediciones podemos concluir diciendo que los escolares, tanto en 1º EP como en 6º de EP, han mejorado su adherencia a la dieta mediterránea, ningún escolar aparece con alimentación de Baja Calidad. Se ha duplicado el número de niños de 6º de EP con calidad óptima en la dieta.

Refiriéndonos a la Actividad Física, ninguno de los escolares de ambos tramos etarios aparece con AF baja, mejorando de manera importante los niños que realizan AF buena respecto a regular.

PRÁCTICA CLÍNICA. A pesar de los logros conseguidos en la muestra estudiada a largo de estos dos curso académicos, hemos de seguir actuando sobre estos dos factores modificables (alimentación y actividad física) que juegan un importante papel en la prevención de la Obesidad Infantil. Debemos continuar con las intervenciones realizadas tanto en la comunidad como en las consultas de enfermería, derivadas de adoptar las recomendaciones de la Guía de Buenas Prácticas RNAO "Prevención Primaria de la Obesidad Infantil".

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Asociación profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Guía de buenas prácticas "Prevención primaria de la obesidad infantil". Mayo 2014.
2. Estudio ALADINO 2015: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2015. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2016.
3. Sánchez-Alonso R.I, González- Fernández MA, Veledo MP, Guzmán-Fernández MA. ¿Hay alguna intervención efectiva en Sobrepeso y Obesidad infantil?. Rev. Sist. Evidentia. 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>
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 pediaticrs Adolesc Med 2008; 162:17-22.

AUTORES/AUTHORS:

Silvia Díaz Moya, Nuria Granado Morey, Ricardo Marco Pascual, Anselmo José Montes Aguilera, Mateu Nadal Servera, Celia Personat, Ester Sánchez Marimón, María José Sastre Perea, Paula Silva Arenas

TÍTULO/TITLE:

Ingesta de azúcares en el desayuno y la merienda en niños escolares de 1º, 2º y 3º de Primaria de Palma de Mallorca

Una alimentación equilibrada durante la infancia contribuye a un desarrollo y crecimiento óptimos. De acuerdo con la Fundación Española de Nutrición, el desayuno completo debe incluir al menos 4 grupos de alimentos distintos y representar aproximadamente un cuarto de la ingesta calórica diaria.

Los cambios sociales y culturales han provocado un cambio en los hábitos alimentarios, incrementando la prevalencia de sobrepeso, obesidad y otras enfermedades.

Objetivo: Describir la frecuencia en el consumo de azúcares añadidos en el desayuno y la merienda en niños escolares de 1º, 2º y 3º de primaria de 2 colegios de Palma.

Objetivos Específicos: Comparar el consumo de productos con azúcar añadido con el nivel socio económico de los padres, sus ingresos familiares y su nivel socioeducativo.

Metodología: Estudio descriptivo y transversal; variable dependiente la cantidad de azúcares ingeridos en el desayuno y la merienda en escolares de 1º, 2º y 3º. Variables independientes; nivel de ingresos familiares, nivel educativo, socioeconómico y variables demográficas.

Se ha realizado muestreo convencional en dos centros escolares de Palma, a niños de 1º, 2º y 3º previo consentimiento informado. Se calcula una muestra aleatoria mínima de 342 cuestionarios para poder estimar con una confianza del 95% y una precisión de +/- 5%; se tomará un porcentaje poblacional $p = 0,5$ (50%) para maximizar el tamaño muestral.

La recogida de datos se realiza mediante cuestionario autoadministrado propio centrado en la frecuencia en el consumo de alimentos. Datos socioeconómicos a intervalos de ingresos netos mensuales. Datos educativos en 4 categorías.

Resultados: De las 386 encuestas el 28,5% cursan primero de primaria, el 32,3% segundo, el 36,6% tercero y un 2,7% no han contestado. El 48% son niños y el 52% niñas.

El 93% manifiesta que desayuna en casa y el 47,8% es la madre quien lo prepara, el 23,1% son ambos y solamente el 12,9% desayunan solos; de éstos el 27,4% es por motivo del horario laboral. En el desayuno, el 58,1% desayunan cacao, el 51,25% cereales más de 3 veces en semana. La ingesta de pan de molde de 1-4 veces en semana es de un 37,6%, y el consumo de frutos secos es muy bajo.

En la merienda, el 53,5% de los niños consumen una vez por semana zumos comerciales. El consumo de fruta 1-2 veces en el 37,1%. En cuanto al consumo de cereales sin azúcar el 59,1% no toma. Pan de molde de 1-4 veces por semana en la merienda se incrementa a un 51,7% y los embutidos en esta misma franja es de 56,5%.

En cuanto al nivel de estudios de ambos progenitores se relaciona de la siguiente manera con el consumo de los diversos alimentos. Un 47,8% de familias el padre no tiene estudios o son primarios y consumen zumos comerciales 1 o 2 veces por semana. ($p=0,014$).

Este mismo producto y en la misma franja en relación a los estudios de la madre, lo consumen a diario el 44%. ($p=0,05$) En

contraste, un 54,5% de los niños con padre universitario consumen pan de molde con una frecuencia prácticamente diaria. ($p=0,042$)

Un 63% ($p=0,021$) de los niños cuyas madres tienen estudios universitarios consumen de 5 a 7 veces por semana cereales y un 59%

cacao instantáneo ($p=0,012$).

De acuerdo a los ingresos de la unidad familiar. El consumo de postres lácteos y de cereales de desayuno es superior en familias con ingresos > 2400 euros. ($p=0,039$, $p= 0,001$ respectivamente).

En relación a la merienda, el nivel de estudios de ambos progenitores se relaciona con la ingesta de zumos comerciales. El 72,1% de los niños cuyas madres tienen estudios universitarios y el 50% en el caso de los padres no los consumen o los consumen menos de 1 vez al mes. ($p=0,003$, $p=0,028$ respectivamente).

Sin ser datos significativos el 50% con padres sin estudios o estudios primarios consumen repostería comercial de 3 a 4 veces/semana. ($p=0,058$)

Análisis estadístico con el programa SPSS 22.0

Discusión: Los resultados muestran gran variabilidad con los estudios revisados que afirman la importancia de la presencia de la madre en la ingesta de nutrientes de calidad en el niño. Se podría establecer una relación más directa sobre la disponibilidad de horario en relación con el consumo alimentario del niño, puesto que el nivel educativo y posición social de la madre puede influir en la preparación e ingesta de alimentos, pudiendo optar por la compra de alimentos preparados por falta de tiempo y no de recursos.

La tendencia del consumo máximo de azúcar es superior a las recomendaciones de la OMS, solo el 13,8% añade azúcar de forma habitual en el desayuno, pero la mayoría de la muestra ingiere cacao y productos con azúcares añadidos.

La muestra refleja que únicamente el 18% de los niños consume fruta un mínimo de 5 veces/semana, estos datos coinciden con los estudios revisados, por el contrario, aumenta el consumo de zumos industriales, no tan recomendados por el procesamiento industrial y la cantidad de azúcares.

Implicación para la práctica: Aporta evidencia sobre la necesidad de actuar sobre los factores modificables que influyen en el aumento del sobrepeso y la obesidad en niños.

Palabras Clave: Hábitos alimenticios, azúcar, carbohidratos, niños, padres, clase social, escolaridad.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. World Health Organization W. WHO | Sugars intake for adults and children - Guideline. World Heal Organ [Internet]. World Health Organization; 2015 [cited 2016 Feb 14];1(1):1–49. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars_intake/en/
2. Zielińska M, Hamuśka J, Gajda K. Family influences on breakfast frequency and quality among primary school pupils in Warsaw and its surrounding areas. Rocz Pan´stwowego Zakładu Hig [Internet]. 2015 Jan [cited 2016 Feb 10];66(2):143–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26024403>
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad M. Estudio ALADINO 2013 - Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad física, Desarrollo infantil y Obesidad en España 2013. Minist Sanidad, Serv Soc e Igual. 2014;1(1):1–106.
4. Bhargava A. Diet Quality, Child Health, and Food Policies in Developing Countries. World Bank Res Obs [Internet]. Oxford University Press; 2015 Aug 10 [cited 2015 Dec 3];30(2):247–76. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84939533956&partnerID=tZOtx3y1>

5. Lueangpiansamut J, Chatrchaiwiwatana S, Muktabhant B, Inthalohit W. Relationship between dental caries status, nutritional status, snack foods, and sugar-sweetened beverages consumption among primary schoolchildren grade 4-6 in Nongbua Khamsean School, Na Klang district, Nongbua Lampoo province, Thailand. *J Med Assoc Thai* [Internet]. 2012;95(8):1090–7. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84869175058&partnerID=tZOtx3y1>
6. Kukul K, Sarvan S, Muslu L, Yirmibesoglu SG. Dietary habits, economic status, academic performance and body mass index in school children: a comparative study. *J Child Heal Care* [Internet]. 2010 Dec [cited 2016 Feb 10];14(4):355–66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21078697>
7. Ko S, Taj W, Sygit K, Sygit M, Karwat ID, Ko S, Taj B. Eating habits of children and adolescents from rural regions depending on gender, education, and economic status of parents. *Ann Agric Environ Med* [Internet]. 2011 Dec [cited 2016 Feb 10];18(2):393–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22216818>
8. Petrunoff NA, Wilkenfeld RL, King LA, Flood VM. “Treats”, “sometimes foods”, “junk”: a qualitative study exploring “extra foods” with parents of young children. *Public Health Nutr* [Internet]. 2014 May [cited 2016 Feb 1];17(5):979–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23182377>

AUTORES/AUTHORS:

Sara Sola Cía, M^a Dolores Redín Areta, Miren I. Portilla Manjón, M^a Lourdes Sain Suberviola

TÍTULO/TITLE:

Influencia de la diabetes gestacional en los resultados obstétricos de gestaciones gemelares

1. Objetivos:

- Describir las características de las mujeres gestantes que dieron a luz gemelos en el periodo de estudio.
- Valorar la influencia de la diabetes gestacional en los resultados obstétricos.

2. Métodos:

Estudio observacional retrospectivo.

La población objeto de estudio incluyó a las mujeres que dieron a luz gemelos en Navarra, entre el 1 de enero de 2004 y el 30 de abril de 2011 (n=523).

Se consideraron criterios de exclusión: la falta de datos imprescindibles para el estudio en la historia clínica, el parto con menos de 26 semanas completas de gestación y no haber obtenido autorización de la gestante.

Los datos del parto y recién nacidos se obtuvieron mediante la explotación de datos clínicos disociados de la historia clínica informatizada, el resto de variables se recogieron mediante la revisión de la historia clínica informatizada.

Las principales variables del estudio fueron: la ganancia de peso total, los ritmos de ganancia (kilogramos por semana) temprana (hasta la semana 20), intermedia (20-28) y tardía (de la 28 hasta el último peso), diabetes gestacional según criterios diagnósticos recogidos por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)¹, estados hipertensivos del embarazo según criterios diagnósticos recogidos por la SEGO², duración de la gestación y peso de los recién nacidos.

El estudio cuenta con las autorizaciones pertinentes y se ajusta a la ley de "Derechos y Deberes de las personas en Materia de Salud en la Comunidad Foral de Navarra"³. Análisis estadístico: para la descripción de la muestra se utilizaron porcentajes, frecuencias y estadísticos básicos. El estudio de comparación de medias, entre el grupo de gestantes diabéticas y el resto de embarazadas, se efectuó mediante el contraste T-test. El análisis de la relación entre variables categóricas, se realizó mediante el test Chi-cuadrado.

3. Resultados:

Se registró una edad media de 33 años (33,24 – DT 3,92 años). Para casi el 64% de las mujeres fue su primera gestación y poco menos de la mitad de los embarazos gemelares (48,3%) se consiguieron por técnicas de reproducción asistida.

La media de ganancia de peso en el embarazo fue de 14,6 kg. (DT 5,1 kg). Se diagnosticó diabetes gestacional al 16,33% de las gestantes. Respecto a la finalización de la gestación no se observaron diferencias significativas para los dos grupos de gestantes entre los procedimientos empleados.

No se observó diferencia en el ritmo de ganancia temprana entre ambos grupos. En el ritmo de ganancia intermedia, las no diabéticas ganaron de media 0,48 kg/semana y las diabéticas 0,37 kg/semana ($p < 0,05$). En la ganancia tardía de nuevo la media fue mayor en las no diabéticas (0,62 vs. 0,37 kg/semana) ($p < 0,05$). La duración de la gestación, en las gestantes no diabéticas fue de 36,48 semanas y de 35,20 semanas en las diabéticas ($p < 0,05$). Respecto al peso medio de los gemelos, los hijos de madres no diabéticas pesaron de media 196 g más que aquellos cuyas madres tuvieron diabetes. Por último, el diagnóstico de diabetes gestacional no se asoció de forma significativa con el desarrollo de estados hipertensivos del embarazo, a pesar de que el porcentaje fue mayor en el grupo de gestantes con diabetes.

4. Discusión:

El embarazo gemelar es considerado gestación de riesgo debido a que conlleva una mayor incidencia de complicaciones entre las que destaca la diabetes gestacional⁴. Mientras que en Navarra el 16,3% de las gestantes gemelares desarrollaron diabetes, Fox et al⁵ refieren una incidencia del 6,4% y Lal y Kominiarek⁶ registran un 3,8%. Esta diferencia puede deberse a que, en nuestro medio, se realizan pruebas de despistaje a todas las gestantes y, en caso necesario, diagnóstico de confirmación de la diabetes gestacional, aspecto que no aparece referenciado en los trabajos mencionados.

Respecto a las recomendaciones de ganancia de peso en el embarazo gemelar, el Instituto de Medicina de Estados Unidos⁷ refiere ganancias entre 15 y 22 kg, siendo la ganancia en nuestra muestra inferior. Sobre la asociación entre ganancia de peso en el embarazo y el desarrollo de diabetes gestacional, Herring y Oken⁸ advierten, refiriéndose a gestaciones únicas, que el diagnóstico de la propia diabetes puede influir sobre la ganancia de peso subsiguiente. Esto concuerda con nuestros resultados donde se observa como la ganancia de peso en las gestantes diabéticas a partir de la semana 20 y hasta el final de la gestación, es inferior al resto. El tratamiento de la diabetes gestacional consiste en dieta, ejercicio e insulina si es preciso, con el objetivo de mantener unos niveles de glucemia estables, evitar la hiperglucemia materna y la macrosomía fetal⁴. Sin embargo, observamos que los niños de madres diabéticas pesaron significativamente menos que los hijos de madres no diabéticas. Aunque hay que tener en cuenta que las mujeres con diabetes tuvieron, de media, gestaciones 1,2 semanas más cortas, estos resultados sugieren que es necesario revisar la dieta e ingesta calórica en las gestantes gemelares diagnosticadas de diabetes gestacional, así como realizar futuras investigaciones sobre la ganancia de peso en dichas gestaciones y su repercusión en la salud maternofetal.

Estudio no financiado. No hay conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, S.E.G.O. Control prenatal del embarazo normal [Internet]. Madrid: S.E.G.O; 2010 [Actualizado julio 2010; consulta enero 2017].
Disponible en <http://www.gapsego.com/categoria-guia-asistencia/medicina-perinatal/>
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, S.E.G.O. Trastornos hipertensivos del embarazo [Internet]. Madrid: S.E.G.O; 2006. [Actualizado 2006; Consulta enero 2017].
Disponible en <http://www.gapsego.com>
3. Ley Foral 17/2010, del 8 de noviembre, de Derechos y Deberes de las Personas en Materia de Salud en la Comunidad Foral de Navarra. Boletín Oficial de Navarra, Nº 139, (15-11-2010).
4. Cabero L, director. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Medicina materno-fetal. Tomo 2. 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2013. ISBN Tomo 2: 978-84-9835-269-6.
5. Fox NS, Saltzman DH, Kurtz H, Rebarber A. Excessive Weight Gain in Term Twin Pregnancies. *Obst Gynecol.* 2011;118:1000-4.
6. Lal A K, Kominiarek M A. Weight gain in twin gestations: Are the Institute of Medicine guidelines optimal for neonatal outcomes? *J Perinatol.* 2015 Jun;35(6):405–410.
7. Institute of Medicine. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. [Libro electrónico]. Washington (DC): National Academies Press; 2009. [Consultado en enero de 2017]. ISBN: 0-309-13114-6.
Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/12584.html>.
8. Herring SJ, Oken E. Ganancia de peso en el embarazo: su importancia para el estado de salud materno-infantil. *Ann Nestlé [Revista en Internet][Esp]* 2010 [Consultado en enero 2017] ;68:17-28. "doi: 10.1159/000320346"

AUTORES/AUTHORS:

NEREA GARCÍA GRANJA, VIRTUDES NIÑO MARTÍN, SOFÍA PÉREZ NIÑO

TÍTULO/TITLE:

CALIDAD DE VIDA EN EL CLIMATERIO

OBJETIVOS

1. Analizar el impacto de la sintomatología climatérica sobre la calidad de vida de las mujeres y abordarla desde la consulta de enfermería de atención primaria.
2. Valorar el riesgo de depresión en mujeres en edad climatérica

MÉTODOS

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal en la zona básica de salud de La Victoria (zona urbana de Valladolid Este) a 92 mujeres de 45 a 60 años.

Las pacientes se captaron en la consulta y se las citó para acudir a diferentes talleres de educación para la salud sobre climaterio realizados entre los meses de Octubre a Mayo de 2017. En dichos talleres, se entregó a cada participante un cuestionario estructurado en tres partes, En la primera se recogía edad, peso y talla, la segunda parte la ocupaba la subescala de depresión de Goldberg y para terminar, una escala de puntuación menopaúsica (Menopause Rate Scale, MRS) que rellenaron de forma anónima y voluntaria.

RESULTADOS

La media de edad de las participantes fue de 52,08 años y el IMC medio de 25,7 kg/m².

La subescala de depresión de Goldberg, 19 mujeres no presentaban ninguna sintomatología por lo que su puntuación fue de 0 puntos. Nueve mujeres obtuvieron un punto y 64 mujeres obtuvieron una puntuación 2 puntos. Lo que supone que un 69,96% presentó depresión.

En cuanto a la escala de puntuación menopaúsica y analizando ítem por ítem el porcentaje de mujeres que sufría algún grado de molestia respecto al total de participantes fue el siguiente:

Sofocos: 61,95%. Molestias de corazón: 51,08%. Alteraciones del sueño: 77,17% . Estado de animo depresivo: 72,82% Irritabilidad: 64,13%. Ansiedad: 56,52% .Cansancio físico y mental: 76,08% .Alteraciones sexuales: 77,17%. Alteraciones urinarias: 48,91%. Alteraciones vaginales: 59,78%. Molestias musculares y articulares: 83,69%

DISCUSIÓN (IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA)

El climaterio es un proceso natural que varía de una mujer a otra y que supone un punto de inflexión para muchas mujeres ya que supone el fin de su etapa reproductiva e implica una serie de cambios que en algunos casos van asociados a problemas de salud disminuyendo consecuentemente la calidad de vida de la mujer.

Tras el análisis de los resultados, resulta obvia la presencia de depresión en el grupo de mujeres estudiadas. Así mismo llama la atención el elevado número de mujeres que reflejaron alteraciones del sueño, cansancio físico y mental, alteraciones sexuales y molestias musculares y articulares.

Hoy en día, la incorporación de la mujer al mundo laboral, los cambios en las condiciones educativas, socio sanitarias y ambientales

crean la necesidad de plantearse el concepto de climaterio desde una óptica biopsicosocial. De ahí la importante labor del profesional de enfermería en prevenir, detectar y promover estilos de vida que ayuden a las mujeres a asumir esta nueva etapa en el proceso evolutivo y a desarrollar estrategias que les ayuden a paliar la sintomatología propia de este periodo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

De la Gándara J, Sánchez J, Díez M A, Monje E. Influencia de las actitudes, expectativas y creencias en la adaptación a la menopausia. *Anales de Psiquiatría* 2003; 8: 329-336.

Delgado A, Sánchez MC, Galindo I, Pérez C, Duque MJ. Women's attitudes to menopause and predictive variables. *Aten Primaria* 2001; 27: 3-11.

Monterrosa-Castro A, Márquez-Vega J, Arteta-Acosta C. Disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe Colombiano. *Iatreia* [Internet]. 2013 [citado 28 Ene 2014] 27(1). Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=180529791004>

Rodríguez Ruiz N. Trastornos sexuales en la menopausia. Clase de residentes 2012. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada [Internet]. 2012 [citado 9 Feb 2014]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2012/clase2012_trastornos_sexuales_en_la_menopausia.pdf.

Del Prado, M., Fuenzalida, A., Jara, D., Figueroa, R., Flores, D., & Blumel, J. (2008).

Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (Menopause Rating Scale). *Revista médica de Chile*, 136(12), 1. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001200002

Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993; 12: 345-349.

AUTORES/AUTHORS:

Rocío Cáceres Matos, Ana María Porcel Gálvez, Sergio Barrientos Trigo, Esther Molina Rivas, Eugenia Gil García

TÍTULO/TITLE:

Alteraciones en la capacidad funcional y el sueño en niños, niñas y adolescentes con dolor crónico. Scoping Review.

Objetivo:

Examinar y mapear las consecuencias del dolor en la capacidad funcional y el sueño en niños, niñas y adolescentes con dolor crónico.

Metodología:

Se llevó a cabo una Scoping Review, utilizando el marco metodológico de Arksey y O'Malley (1) y el manual de metodología de Joanna Briggs Institute (2).

La búsqueda en la literatura científica y en la literatura gris se realizó en cinco bases de datos científicas (CINAHL, PubMed, Scopus, Web of Science y Cochrane Library) y en depósitos de investigación.

Como criterios de inclusión se consideraron: 1) artículos cuya temática abordara los la capacidad funcional y el sueño en el dolor crónico; 2) publicados entre 2010 y 2016 y 3) publicados en inglés. Como criterios de exclusión se eliminaron aquellos artículos cuya temática abordara tratamientos de niños y adolescentes con dolor crónico derivado de una intervención quirúrgica.

Las búsquedas se llevaron a cabo entre los meses de agosto y diciembre de 2016 por dos investigadores de manera independiente con una posterior puesta en común según los criterios de inclusión y exclusión. Se empleó la siguiente estrategia de búsqueda: "Chronic pain" AND (pediatric* OR child* OR bab* OR adolescent* OR preschool*).

Tras la eliminación de los artículos duplicados en las distintas bases de datos, se realizó el proceso de selección donde se evaluó la relevancia de los estudios de investigación que se habían identificado.

En la primera etapa, se revisaron los títulos y los resúmenes para excluir aquellos que no cumplían los criterios de inclusión. En la segunda etapa, se evaluaron los artículos a texto completo y se acordaron los artículos elegibles para su inclusión en la siguiente etapa de extracción de datos. Cualquier discrepancia sobre las inclusiones y exclusiones que surgieron durante el proceso de selección fueron discutidas dentro del equipo de investigación y resueltas por consenso de todos los miembros.

El equipo desarrolló un marco de extracción de datos para llevarla a cabo de manera estandarizada entre los revisores, registrándose la siguiente información: autores, año, país, objetivo del estudio, metodología del estudio, muestra, intervención, resultados y puntos clave. En caso de desacuerdo, el equipo discutió la información extraída de cada uno de los artículos llegando a un acuerdo. Tras la búsqueda se identificaron 11 artículos con relevancia.

Resultados:

El dolor crónico se ha relacionado con tasas elevadas de discapacidad funcional. Palermo, Valrie & Karlson (3), indicaron que en la infancia y la edad escolar indicaron que el dolor está mal caracterizado, debido a que son los cuidadores los que sirven como intérpretes. En la edad escolar, encontraron altos niveles de discapacidad, aunque son capaces de proporcionar informaciones más precisas sobre su dolor. En la adolescencia se presenta un pico de discapacidad, que puede estar asociado con el desarrollo puberal. Es en esta etapa cuando comienzan a ser más independientes en la toma de decisiones con respecto a la salud. La gran mayoría sufrían restricción en el funcionamiento diario que se agravaba con el dolor (4). Según Rabbits et al. (5) la existencia de dolor durante el día se relacionaba con la reducción de niveles de actividad física. Sinclair, Meredith, Strong & Feeney⁶, añadieron además que bajos ingresos económicos de los progenitores se asociaron con tasas más altas de incapacidad funcional. Por otro lado, los trastornos del sueño están presentes aproximadamente en un 50% de los casos de dolor crónico en la población

infanto-juvenil (7,8). Los signos más frecuentes fueron dificultad para conciliar el sueño, despertares nocturnos frecuentes, fragmentación del sueño y mala calidad del sueño percibida, que se traducían en un aumento de las limitaciones funcionales relacionadas con el dolor, fatiga durante el día, siestas frecuentes y una menor calidad de vida (8-10).

Discusión:

Si bien en las últimas décadas se ha producido un importante avance en el estudio de las consecuencias que genera el dolor crónico en los niños y los adolescentes, aún se necesita un mayor desarrollo. La caracterización de los problemas que el dolor ocasiona puede ayudar a entender mejor su posible impacto en todas las componentes del niño o adolescente: biológica, psicológica y social, además de su contexto familiar (11).

En primer lugar, sería necesario enfocar nuevas investigaciones a las conductas de riesgo de esta población. En segundo lugar, se han encontrado pocos estudios que aborden las consecuencias del dolor crónico cuando alcanzan la edad adulta. También creemos importante profundizar acerca de las desigualdades de género en el dolor crónico en niños y adolescentes.

Una limitación importante de la metodología de Scoping Review es que no hay una evaluación formal de la calidad de los estudios que se incluyen en la investigación. Sin embargo, autores como Njelesani et al. (12) indican que una ventaja de que no se lleve a cabo una evaluación de la calidad es que se incluye una mayor variabilidad de metodologías y diseños de estudios, que de otro modo habrían sido excluidas.

Conflicto de Intereses: Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual: 2015 edition/supplement. The Joanna Briggs Institute. 2015.
2. Arksey H, O'Malley L. 2005. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19–32.
3. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa Pain Proposal. *Rev Soc Esp Dolor*. 2014;21(1):16–22.
4. Boström AM, Slaughter SE, Chojecki D, Estabrooks CA. What do we know about knowledge translation in the care of older adults? A scoping review. *J Am Med Dir Assoc*. 2011;13(3):210–219.
5. Boström AM, Slaughter SE, Chojecki D, Estabrooks CA. What do we know about knowledge translation in the care of older adults? A scoping review. *J Am Med Dir Assoc*. 2011;13(3):210–219.
6. Boström AM, Slaughter SE, Chojecki D, Estabrooks CA. What do we know about knowledge translation in the care of older adults? A scoping review. *J Am Med Dir Assoc*. 2011;13(3):210–219.
7. Boström AM, Slaughter SE, Chojecki D, Estabrooks CA. What do we know about knowledge translation in the care of older adults? A scoping review. *J Am Med Dir Assoc*. 2011;13(3):210–219.
8. Lewandowski AS, Palermo TM, Stinson J, Handley S, Chambers CT. Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *J Pain*. 2010;11(11):1027–38.
9. Forgeron PA, King S, Stinson JN, McGrath PJ, MacDonald AJ, Chambers CT. Social functioning and peer relationships in children and adolescents with chronic pain: A systematic review. *Pain Res Manag*. 2010;15(1).
10. Kanstrup M, Holmström L, Ringström R, Wicksell RK. Insomnia in paediatric chronic pain and its impact on depression and functional disability. *Eur J Pain*. 2014;18(8).
11. Evans S, Meldrum M, Tsao J, Fraynt R, Zeltzer L. Associations between parent and child pain and functioning in a pediatric chronic pain sample: A mixed methods approach. *Int J Disabil Hum Dev*. 2010;9(1):11–2

12. Njelesani J, Couto S, Cameron D. Disability and rehabilitation in Tanzania: a review of the literature. *Disabil Rehabil* 2011;33(23-24):2196-2207.

AUTORES/AUTHORS:

Matilde Fernández y Fernández-Arroyo, Isabel Muñoz San Roque, Ginesa Alicia Cerón Serrano, María Delgado Sandoval, Víctor Cornejo del Río, Gloria Boal Herranz

TÍTULO/TITLE:

Estudio piloto para elaborar un cuestionario de evaluación del Programa de Educación Maternal después del parto.

JUSTIFICACIÓN: Conocemos la calidad del programa de educación para la maternidad/paternidad del Sistema Nacional de Salud en el momento de impartirse, pero no conocemos su impacto después del parto (1). Ello hace necesario diseñar herramientas de evaluación con cualidades psicométricas que permitan conocer su repercusión en el parto (2).

OBJETIVOS: Elaborar un cuestionario para evaluar el programa de Educación para la Maternidad del Sistema Nacional de Salud después del parto con validez de contenido y de constructo de acuerdo al modelo "CIRA" para la validación de indicadores por el método de jueces-expertos.

MÉTODO: **Ámbito:** Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (C.M.). **Diseño:** Estudio descriptivo transversal. **Sujetos participantes:** Muestra no probabilística representativa de 25 expertos que cumplen los criterios de inclusión (matronas que imparten el programa en centros de salud de la C. M., invierno 2016-17). Por análisis del cuestionario previo pasado a 20 puérperas la variabilidad mayor en las preguntas fue de 4. Asumiendo los datos, un intervalo de confianza del 95% para un promedio tendría una amplitud de +/- 0,99 puntos con un tamaño de 22. Para garantizar la representatividad de los 7 distritos sanitarios de la C.M. se determinó tres expertos por distrito. Se recibieron 25 solicitudes. Cumplían el criterio de representatividad y se aceptaron. **Variables:** Según el estudio previo se seleccionan 60 variables que se agrupan en 8 dimensiones: datos de grupo, asistente, gestación, parto, recién nacido, asistencia sesiones, aprendizaje, satisfacción. **Instrumento:** cuestionario de 60 ítems cerrados y 3 abiertos, codificado de acuerdo a las 4 dimensiones del modelo CIRA para la validación de indicadores por el método de jueces-expertos (claridad en la redacción, idoneidad del ítem, relevancia y accesibilidad a los datos). Se pidió opinión previa sobre la comprensión a 5 expertas en educación maternal que no participaron en el estudio y al Departamento de Evaluación de Metodología de Evaluación de la Universidad Pontificia Comillas. Se pasó a 15 mujeres en el postparto para obtener un feedback acerca de la pertinencia del lenguaje utilizado que conllevó las modificaciones oportunas. **Análisis de datos:** Análisis estadístico descriptivo con programa SPSS v.17. Se operativizaron las dimensiones del modelo CIRA aplicadas a las variables como numéricas y se calcularon medidas de tendencia central, dispersión y frecuencias. **Consideraciones éticas:** proyecto aprobado por la comisión de investigación y de ética del Hospital Universitario La Paz, PI-2100. Se garantiza la confidencialidad en el manejo de los datos, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/ 1999 de Protección de datos de carácter Personal.

RESULTADOS: Se obtienen resultados en relación con las 8 dimensiones contempladas. En todas ellas se obtienen, en todos los componentes del modelo CIRA, medias superiores a 3 sobre 4, y porcentajes superiores al 28% en todas las frecuencias del valor superior y adecuada accesibilidad. La agrupación de variables resultante corresponde a: 1 Grupo (3 variables); 2 Asistente: recoge las características del asistente y los factores de riesgo socio-laboral de la embarazada (10 variables); 3 Valoración de la gestación (6 variables); 4 Valoración del parto (10 variables); 5 Valoración del recién nacido (4 variables); 6 Sesiones a las que asiste (1 variable); 7 Impacto de conocimientos, sensación de seguridad, relación afectiva con el bebé (16 variables); 8 Satisfacción (5 variables). En las preguntas abiertas se recogen las propuestas de cambio en la redacción de los ítems, 5 propuestas de retirada de ítems y trece comentarios. El análisis permite el rediseño del cuestionario que mantiene las 8 dimensiones y queda en 55 ítems. Se pasa a una prueba piloto de 15 puérperas y resulta adecuada la comprensión.

DISCUSIÓN: Los cuestionarios encontrados tras el parto están en relación con la evaluación de la satisfacción con la experiencia de parto y con la atención al parto (3,9). No se han encontrado herramientas de evaluación del impacto del programa en el parto. Ello hace que la mayor aportación del estudio sea la elaboración de un cuestionario que por su diseño presenta validez de contenido y de

constructo, y cuyos ítems han resultado adecuados según la definición operacional de las cuatro dimensiones del modelo CIRA para la validación de indicadores por el método de jueces-expertos. La mayor limitación está relacionada con la selección de la muestra, al ser las expertas las que deciden participar. Esta limitación puede desestimarse si se contempla el estudio de motivación de las matronas de atención primaria de la C.M. en el que se muestran cifras muy altas y homogéneas de motivación (10). La herramienta debe estudiarse en una muestra representativa de población que permita analizar el funcionamiento de sus ítems e iniciar el análisis de la información que aporta.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Su aplicación permitirá conocer el impacto del programa en el parto. Ello permitirá mejorar la calidad del programa de Educación para la Maternidad/Paternidad del Sistema Nacional de Salud.

AGRADECIMIENTO: A todos los departamentos consultados y a todas las matronas de atención primaria de la C.M.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Fernández Y Fernández-Arroyo M, Muñoz I, Torres J. Assessment of the pregnancy education programme with 'EDUMA2' questionnaire in Madrid (Spain). *J Eval Clin Pract.* 2014 Aug;20(4):436-44. doi: 10.1111/jep.12170. Epub 2014 May 12.
- 2- Fernández M, Muñoz I, Torres J. Características de los programas de educación maternal de atención primaria de la Comunidad de Madrid (España) y de sus asistentes. *Matronas Prof.* 2014;15(1):20-26.
- 3- Martin CR, Hollins Martin C, Redshaw M. The Birth Satisfaction Scale-Revised Indicator (BSS-RI). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017 Aug 29;17(1):277. doi: 10.1186/s12884-017-1459-5.
- 4- Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Aug 2;8:CD009326. doi: 10.1002/14651858.CD009326.pub3. Review.
- 5- Soriano-Vidal FJ, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, Congost-Maestre N, Dencker A, Richart-Martínez M. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2016 Nov 24; 16: 372
- 6- Sawyer A1, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013 May 8;13:108. doi: 10.1186/1471-2393-13-108.
- 7- Reichman NE, Corman H, Noonan K, Schwartz-Soicher O. Effects of prenatal care on maternal postpartum behaviors. *Rev Econ Househ.* 2010 Jun 1;8(2):171-197.
- 8- Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both (Withdrawn Paper. 2007, art. no. CD002869). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007(3).
- 9- Miquelutti MA1, Cecatti JG1, Makuch MY. Developing strategies to be added to the protocol for antenatal care: an exercise and birth preparation program. *Clinics (Sao Paulo).* 2015 Apr;70(4):231-6. doi: 10.6061/clinics/2015(04)02.
- 10- Miquelutti MA1, Cecatti JG, Makuch MY. Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013 Sep 5;13:171. doi: 10.1186/1471-2393-13-171.
- 11- Fernández M. Construcción de una escala para medir el perfil motivacional de las matronas hacia los programas de educación Maternal. *Index Enferm (Gran)* 2009; 18(2):126-130.

AUTORES/AUTHORS:

NEREA ROMERO SIBAJAS, LUISA MARIA ROMERO SANCHEZ, MARINA GARCIA GAMEZ

TÍTULO/TITLE:

Programa de Salud en Primeros Auxilios para padres de niños de 3 a 12 años.

Objetivo: La elaboración de un programa de salud cuyo objetivo es la adquisición de conocimientos básicos sobre las lesiones no intencionadas en edad pediátrica más comunes, como prevenirlos y cómo realizar primeros auxilios básicos por los padres.

Método: método expositivo, método práctico y método evaluativo en padres de niños de 3 a 12 años. Se realizó una encuesta de conocimientos básicos sobre primeros auxilios pediátricos, posteriormente se realizó una exposición visual y práctica sobre los mismos para continuar y realizar de nuevo la misma encuesta primaria.

Grupo diana

La población sobre la que vamos a trabajar son padres de alumnos de 3 a 12 años del CEIP Al-Ándalus de San Pedro Alcántara, Marbella.

El colegio presenta un total de 744 alumnos, de los cuales 391 son niñas y 352 son niños. Si los dividimos por ciclos, encontramos que en el ciclo de Educación Infantil hay un total de 220 alumnos, en el primer ciclo de primaria hay 167, en el segundo ciclo 157 y, en el tercer ciclo, 196 alumnos. Las dimensiones y el volumen de niños del colegio hacen que este grupo diana refleje a la población en general de San Pedro Alcántara, con niños de numerosas características a nivel cultural y racial. Además, un total de 12 niños y 6 niñas presentan algún tipo de patología o necesidad especial, 4 de ellos con necesidades a nivel psíquico.

Se pasará una encuesta sociodemográfica a los padres, para saber las características exactas de la población a la que le vamos a implantar el programa de salud.

El curso se realizará por grupos de un máximo de 20 padres, dado las limitaciones de tiempo y espacio para la puesta en práctica de determinados conocimientos, como es la práctica con el muñeco de simulación para el soporte vital básico.

En este programa de salud nos centraremos tanto en los casos en los que la muerte es inminente y un correcto abordaje puede ser fundamental, como en las situaciones en las que las lesiones no intencionadas requieran una actuación rápida antes de la llegada de los servicios sanitarios.

Para ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica con la evidencia sobre el tema en Pubmed, NICE, Medes, Guía Salud, La Biblioteca Cochrane, Epistemonikos y Scielo. Como criterios de exclusión, se han usado los primeros auxilios que se centran en niños con patologías y los artículos anteriores al 2012.

Tras la recogida de datos con criterio y rigor científico se elaboró el método expositivo a través de un power point. Los contenidos explicados en cada sesión se dividirán en cuatro partes:

- Parte introductoria: realizamos la presentación y comentamos los objetivos del taller.
- Parte formativa: con ayuda de un PowerPoint desarrollamos el contenido del taller, enseñando la información más importante sobre primeros auxilios.
- Parte práctica: enseñamos la realización de soporte vital básico con la ayuda de un muñeco de simulación y PowerPoint donde se refleja la teoría puesta en práctica. Además, los padres podrán poner en práctica los conocimientos adquiridos con el muñeco.
- Parte evaluativa: al comienzo del taller, pasamos un test pre-evaluativo que nos mostrase los conocimientos de los padres previos a la sesión, y al acabar, pasamos otro test post-evaluativo para contrastar la materia aprendida.

Evaluación del programa: 1: Adquisición de conocimientos básicos sobre los accidentes infantiles más comunes, como prevenirlos y primeros auxilios básicos. Se pasará un cuestionario pre y post taller en el que se evaluarán los conocimientos que tienen antes y después del taller. Además, 6 meses después del taller, se volverá a ofertar la posibilidad de realizar otro taller para fortalecer conocimientos, pasando de nuevo el mismo cuestionario de conocimientos. Objetivo 2: Evaluar la correcta realización de primeros

auxilios, así como de soporte vital básico.

Se comprobará la eficacia de las maniobras de RCP y de desobstrucción de la vía aérea en grupos de dos con el muñeco de simulación. Objetivo 3: Conocer el punto de vista de los participantes del taller. Al final de cada taller, se pasará una encuesta de satisfacción para conocer la opinión de los padres acerca de la utilidad y calidad del taller, así como una evaluación global del programa.

Resultados: Evaluación pre-test una nota media de 7,53/15, mejoró en la evaluación post-test con una nota media de 14,8/15. Valoración de realización maniobra RCP satisfactoria. La valoración intragrupo respecto a la satisfacción del taller es de 9,81.

Conclusiones: los padres que han participado en el taller de primeros auxilios pediátricos han mejorado sus conocimientos previos sobre la materia impartida, con resultados visiblemente notables. Respecto a la práctica, se han obtenido resultados satisfactorios por parte de todos, no obstante, habrá un próximo taller en 6 meses donde se afianzarán los conocimientos. La buena acogida por parte del colegio y los padres supone un punto a favor para la realización de los futuros talleres sobre primeros auxilios pediátricos previstos en el programa.

Palabras claves: "Primeros auxilios pediátricos", "soporte vital básico", "maniobra de reanimación cardiopulmonar", "RCP", "educación primaria", "educación infantil", "traumatismos", "quemaduras", "asfixia", "intoxicaciones", "mordeduras", "picaduras".

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. ASALE R-. Auxilio [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2017 [citado 21 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=aXD0IGi>
2. Junta de Andalucía P. Glosario [Internet]. Web de Emergencia y primeros auxilios. 2017 [citado 27 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/empleo/recursos2/material_didactico/especialidades/materialdidactico_primeros_auxilios/
3. Cursos de reanimación cardiopulmonar básicos para padres de recién nacidos y lactantes. Arch Argent Pediatr [Internet]. 1 de abril de 2014 [citado 27 de marzo de 2017];112(2). Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2014/v112n2a19.pdf>
4. Semicyuc. LA CADENA DE SUPERVIVENCIA [Internet]. Disponible en: http://www.semicyuc.org/sites/default/files/la_cadena_de_supervivencia_de_la_semicyuc.pdf
5. Spain, Spain, editores. Código penal y legislación complementaria. Edición actualizada a 21 de enero de 2016. Madrid: Boletín Oficial del Estado, BOE; 2016. 2 p. (Códigos electrónicos).
6. ASALE R-. Accidente [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 21 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=aXD0IGi>
7. OMS K. Diez datos sobre lesiones infantiles [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [citado 21 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/injuries_children/facts/es/index9.html
8. INE. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2014 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. [citado 21 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np963.pdf>
9. Esparza MJ, Mintegi S, Azkunaga B. Guía para padres sobre la prevención de lesiones no intencionadas en la edad infantil. Madrid: Asociación Española de Pediatría Fundación Mapfre; 2016.
10. UNICEF, World Health Organization. Companion to the world report on child injury prevention 2008: have fun, be safe!. New York, N.Y.; World Health Organization: United Nations Children's Fund ; 2008.
11. carta.pdf [Internet]. [citado 17 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud. Educación para la salud: manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra: OMS; 1989.

13. 6b_span.pdf [Internet]. [citado 17 de abril de 2017]. Disponible en:
http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/6b_span.pdf

14. (Editor) ASS. PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD. Editorial UNED; 2014. 844 p.

AUTORES/AUTHORS:

César Carrillo García, María de los Ángeles Castaño Molina, María Isabel Ríos Rísquez, Carmen Soler Morales, María Emilia Martínez Roche, José Arnau Sánchez, María Dolores Nicolas Viguera

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO CUALITATIVO DE LA SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO EN DOS HOSPITALES ESPAÑOLES

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 y se concibe como una actitud ante el trabajo, estando compuesta por tres elementos: pensamientos, sentimientos y conductas. En los servicios de salud, la satisfacción laboral está adquiriendo un gran interés por la repercusión directa sobre el paciente, por este motivo, la satisfacción en el trabajo es una pieza clave tanto para el bienestar del entorno laboral como para la calidad del trabajo prestado, siendo crucial en el Sistema Nacional de Salud ya que tiene consecuencias directas en el paciente.

Como objetivo general, nos planteamos observar y analizar las percepciones de las enfermeras respecto a la satisfacción laboral en su entorno de trabajo. Los objetivos específicos: Reconocer las impresiones y experiencias de los profesionales de enfermería respecto a la salud laboral en relación con: 1) el equipo multidisciplinar; 2) respecto a la seguridad laboral; 3) respecto a las interrupciones en su trabajo diario.

MÉTODO.

Se ha llevado a cabo un estudio cualitativo fenomenológico, dentro del paradigma interpretativo. Para ello se tuvieron en cuenta los tres componentes de las actitudes en el trabajo (cognitivo, afectivo y conductual). La muestra fue escogida mediante muestreo teórico. La captación de los participantes se llevó a cabo mediante la técnica de bola de nieve. Los datos fueron recabados y grabados mediante dos grupos de discusión con un total de 17 participantes; 8 en un grupo y 9 en el otro grupo. Se realizó una transcripción verbatim de los datos. Se realizó el análisis discursivo mediante la categorización y subcategorización de la información obtenida.

RESULTADOS.

Gracias al análisis y a la triangulación de los datos se recogieron tres tipos de categorías: 1) actitudes laborales; 2) relaciones en el trabajo; 3) estructuras laborales.

DISCUSIÓN. Los profesionales de enfermería resaltan la falta de medios y de organización "a nivel estructural...obviamente, los recortes se han notado... se están notando", "Por otro lado, a nivel de servicio, bueno, es un tema consustancial con un hospital en el cual está todo muy jerarquizado y además una jerarquización muy vertical... de alguna forma, tienes que pasarte la vida reivindicando que no eres más de lo que eres, pero tampoco menos". Por otra parte, se valora de forma positiva la relación con el equipo de enfermería "con los enfermeros bien. Y con las auxiliares genial". Como Implicaciones para la Práctica: En la gestión sanitaria se deberían tener en cuenta que la satisfacción laboral, por parte de los profesionales de enfermería, trasciende directamente en los cuidados de los pacientes, dicha satisfacción tiene un gran impacto en la calidad de los servicios prestados.

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 professional 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:

MARIA ALEXANDRA GUALDRON ROMERO, MARIO FLORES PRIETO, MARIA LUZ FERNANDEZ FERNANDEZ, MARIA ANGELES DE COS COSSIO

TÍTULO/TITLE:

LA FORMACIÓN EN FARMACOLOGÍA COMO EJE PARA LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

Ma. Alexandra Gualdrón Romero¹, Mario Flores Prieto ², María Luz Fernández Fernández³ M^a Ángeles de Cos Cossio⁴

1. Enfermera del Servicio Cántabro de Salud; 2. Enfermero del Servicio Vasco de Salud 3. Enfermera, Profesora de la E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla" U. de Cantabria; Jefe del Servicio de Farmacología Clínica del H.U. "Marqués de Valdecilla". Prof. de Farmacología de la E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla" U. de Cantabria

Objetivo

Identificar la percepción de los profesionales de enfermería en relación a los conocimientos que se derivan de la prescripción, uso, administración de fármacos y el marco legislativo de su aplicación.

Métodos

Estudio piloto, descriptivo, mediante la aplicación de una encuesta semiestructurada (ad-hoc) de preguntas cerradas de opción múltiple relacionadas con la formación obtenida en farmacología y la relación con el uso y la administración de fármacos en la práctica clínica habitual, realizada a una muestra de 150 profesionales de enfermería del ámbito asistencial, hospitalización y atención primaria. El análisis de datos se realizó a través del software IBM SPSS V_r22.

Resultados

Se encuestaron a 150 Enfermeros, el 81,4% fueron mujeres y el 18,6% hombres, el 65,1% tenía menos de 40 años y el 34,9 % más de 41. El 83,7% eran Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE) y el 16,3% Graduados.

En relación a la formación básica recibida en farmacología, el 50% recibió un cuatrimestre; el otro 50% dos o más. En cuanto a la formación continuada o de actualización respondieron positivamente el 35%. Asimismo, el 86% manifestaron no tener suficientes conocimientos en farmacología.

En cuanto a la evaluación de riesgos y beneficios derivada de la administración segura y eficaz de los tratamientos, lo hacen el 75% frente a un 24,4% que no, siendo conocedores de los principios que rigen el manejo y aplicación segura de los mismos solo el 68%.

El 52,3% manifestaron no conocer los fármacos que administran en su actividad diaria, y sólo el 65% conocen los protocolos propios de su unidad respecto a fármacos.

El 59,3% conoce la normativa que rige la relación profesional respecto a la prescripción y administración de medicamentos.

Respecto a si conocían las consecuencias legales que se derivan de la ausencia de una orden escrita, y el 11,6% contestó que no, reconociendo el 94,2% haber aceptado una orden farmacológica verbal o telefónica no urgente.

En cuanto a si responden a los interrogantes que plantean los propios usuarios respecto a los medicamentos que están recibiendo, sólo el 76% respondieron afirmativamente.

Discusión

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la carencia formativa en farmacología, teniendo en cuenta que la administración de medicamentos constituye una de las funciones de colaboración que ocupa gran parte del trabajo profesional de Enfermería, es importante reflexionar sobre este aspecto dado el grado de implicación en la práctica clínica habitual. Asimismo, supone un punto de partida de futuras investigaciones de los Planes de Estudios y sus carencias, no solo en la formación básica, sino también, a la hora de organizar y planificar actividades formativas de actualización y reciclaje de conocimientos.

La formación insuficiente en farmacología y la falta de aplicación de la legislación, ponen en tela de juicio el desarrollo de las

competencias enfermeras en materia prescriptora. Además, el incumplimiento del Real Decreto 1/2015, de 24 de julio, de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, pone en evidencia la importancia de concienciar a los profesionales sobre las consecuencias que puedan derivarse. Sin duda la más importante es que está en riesgo la seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Real Decreto 1/2015, de 24 de julio. Boletín oficial del Estado A- 2015-8343 N° 177

AUTORES/AUTHORS:

Conceição Rainho, José Pedro Rodrigues, Maria João Monteiro, Manuel Luís Tibério

TÍTULO/TITLE:

Percepción del nivel de seguridad del paciente por profesionales de la salud

Introducción: La evaluación de la cultura de seguridad del paciente permite a los hospitales identificar y gestionar cuestiones relevantes de seguridad en sus rutinas de trabajo (Reis, C., Laguardia, J. & Martins, M.; 2012). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) define la seguridad como la reducción del riesgo de daños o lesiones desnecesarios asociados a los cuidados de salud, para un mínimo aceptable ante los recursos disponibles y en el contexto de la prestación de los cuidados.

Objetivos: Describir el nivel de seguridad de los pacientes percibido por los profesionales de la salud, en un hospital.

Métodos: El estudio se desarrolla según un diseño descriptivo de corte transversal, con abordaje cuantitativo. La población del estudio fueron todos los profesionales de salud (médicos, enfermeros, técnicos superiores, técnicos auxiliares de diagnóstico, asistentes operativos y administrativos), que desempeñan funciones en el Centro Hospitalario de Tras-os-Montes e Alto Douro E.P.E., durante el período de recogida de datos. Los participantes respondieron a la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente (Eiras, M. 2011) que consta de cuarenta y dos ítems. La escala de Likert varía entre uno y cinco (muy pobre, excelente). Para clasificar un ítem como fuerza de seguridad, éste debe obtener más del 75% de respuestas positivas (muy bueno y excelente). Para clasificar un ítem como oportunidades de mejora, las respuestas positivas deben ser iguales o inferiores al 50%.

Resultados: Se evaluaron un total de 251 profesionales de la salud, 75,5% mujeres, con una media de edad de 41,2 (\pm 9,1) años. La mayoría de los participantes fueron enfermeros (47,7%), seguimiento de los asistentes de salud (22,2%). Trabajan una media de 40,5 horas (\pm 2,2) por semana, con trabajo por turnos (56,5%) y la mayoría (97,2%) de los participantes tiene un contrato. De los participantes 76,8% contactan con el paciente más de 40% de la jornada de trabajo y atienden en media 17,7 (\pm 22,3) pacientes por día. La mayoría de los profesionales (142-57,3%) dijeron que era "aceptable" el nivel de seguridad del paciente, seguido por la categoría "muy bueno" 77 (31,0%) y menos del 50%, clasifica como oportunidades de mejora.

Discusión: Los resultados mostraron la necesidad de iniciativas de mejora de la seguridad de los pacientes, en el sentido de promover la calidad de la atención de la salud, para aumentar la probabilidad de beneficios de salud. La prestación de asistencia sanitaria tiene riesgos inherentes, de naturaleza y de procedencia diversa, para el paciente y para los profesionales, no pudiéndose descuidar estos riesgos (Fragata, 2011). Las implicaciones para la práctica de cuidados que resultan del estudio señalan la necesidad de sensibilización de los profesionales de salud para contribuir a la mejora de la calidad de los cuidados prestados. Así como aumentar la concienciación sobre el tema fomentando una cultura de seguridad contribuyendo para una mejora de la calidad en la prestación de cuidados y el aumento de la eficacia en la utilización de los recursos. Es necesario formación para la promoción efectiva de la seguridad de los profesionales y los usuarios en una combinación de esfuerzos de las profesiones en torno a las cuestiones de seguridad de la asistencia sanitaria (Reis, 2013).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Eiras, M. (2011). Estudo piloto de avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais portugueses. Lisboa, Portugal: <http://www.dgs.pt/ms>.

- Fragata, J. (2011). Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática. Lisboa.

- Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011). Estrutura concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Retirado de Osborn, S., & Williams, S. (2004). Seven steps to patient safety: The full reference guide (2nd ed.). London: National

Patient Safety Agency.

- Reis, C. T. (2013). A cultura de segurança do paciente: Validação de um instrumento de mensuração para o contexto de um hospitalar brasileiro. (Tese de doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.

AUTORES/AUTHORS:

Clara Bendito Barber, Núria Febrer Juan, Natividad Carreras Martí, Montserrat Pons Pons

TÍTULO/TITLE:

¿Es el turno de 12h la mejor elección para enfermeras de intensivos?

Los turnos de trabajo tienen una repercusión directa sobre la vida de los profesionales, afectando a la calidad de vida dentro y fuera del entorno laboral. La distribución y número de horas trabajadas determina el bienestar de los trabajadores, ya que su vida familiar, social y ocio se verán condicionadas por el horario laboral.

Objetivo

Determinar que turno resulta más beneficioso para los enfermeros de una UCI, comparando el turno rotatorio de 7h con el de 12h.

Metodología

Estudio cuasiexperimental, que se llevó a cabo en el contexto de cambio del sistema de turnos de 7h a 12h en una UCI polivalente. Periodo de estudio: enero del 2016 - enero 2017.

El primer turno, se trabajaba de un turno rotatorio (M,M,T,T,N,/,L,L). La distribución horaria consistía en jornadas de 7h en los turnos de mañana y de tarde y 10h en turnos de noche. El segundo, era un turno de 12h alternando diurnos y nocturnos sin una cadencia fija.

Se realizó la recogida de datos mediante un cuestionario autoadministrado, voluntario y anónimo, basado en las dos escalas: Estándar Shiftwork Index y Shiftwork locus. El cuestionario se envió por correo electrónico a través de un formulario de GoogleDocs. Se tomaron dos determinaciones, la primera durante el turno rotatorio y la segunda 12 meses después de haber implantado el turno de 12h.

Criterios de inclusión: todos los enfermeros que trabajan en la UCI con un mínimo de 6 meses de antigüedad en el servicio. Análisis estadístico descriptivo univariante mediante el uso de porcentajes y frecuencias y bivariante mediante la prueba de Chi-cuadrado. SPSS.

Resultados

12 encuestas fueron contestadas correctamente en la primera determinación y 17 en la segunda. Las características socio demográficas: 82.35% mujeres, edad comprendida entre los 26-45 años, con pareja o casadas en 70.58%, hijos 52.94%. La media de la experiencia profesional es de 11.8 años. El 17.64% se encuentra en situación de reducción de jornada y el 17.64% son personal polivalente.

Al analizar el desarrollo del trabajo profesionales, no existen diferencias estadísticamente significativas según los dos sistemas de turno (χ^2 : 1.51 $p=0.468$). Lo mismo ocurre con la carga de trabajo (χ^2 : 0.92 $p=0.629$)

En cuanto a la conciliación de la vida laboral con la social y familiar, se expresan niveles mayores de conciliación en el turno de 12h que son estadísticamente significativos en el caso de: tiempo de ocio (χ^2 : 9.10 $p=0.027$) y vida no familiar (χ^2 : 10.56 $p=0.03$) pero no en la vida familiar (χ^2 : 6.5 $p=0.162$)

En la pregunta de si pesan más las ventajas que los inconvenientes de ambos sistemas el 70.58% responde "Probablemente si o definitivamente si" en el turno de 12h, en contra de 58.82% que se mantienen neutrales o consideran que no en el turno rotatorio. (χ^2 : 13.51 $p=0.009$)

El 88.23% afirma que prefiere el turno de 12h, 11.76% no lo sabe. Nadie elige el turno rotatorio.

Discusión

Este estudio no refleja diferencias en cuanto a la carga de trabajo y desarrollo de la actividad profesional. Podemos afirmar que el tipo de turno influye en la conciliación de la vida laboral y social, además de demostrar una preferencia clara del turno de 12h, lo que podría relacionarse con una mejor calidad de vida de los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Moreno Arroyo MC, Jerez González JA, Cabrera Jaime S, Estrada Masllorens JM, López Martín A. Turnos de 7 horas versus 12 horas en enfermería intensiva: vivir a contratiempo. *Enferm Intensiva*. 2013;24(3)98-103.

Blanca Gutiérrez JJ, del Rosal González A, González Ábalos MA, Aceituno Herrera, Martín Afán de Rivera JC, Arjona González A. Efecto de la implantación de turnos de enfermería "a demanda " sobre las horas de absentismo. *Gac Sanit*. 2012;26(5)480-482.

AUTORES/AUTHORS:

Mercedes Barroso Vázquez, Ángela Cejudo López, Francisco Atienza Martín, María José Sánchez Cordero

TÍTULO/TITLE:

PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DIABETES

Introducción

La diabetes, por su elevada prevalencia (13.8%) e impacto sanitario y social, constituye una de las enfermedades crónicas que demandan más recursos en atención primaria.

Las personas con diabetes, padecen múltiples complicaciones como Retinopatía diabética (20-25%) que constituyen un tercio de todas las cegueras, Nefropatía (3-35%), Neuropatía (22-40%), Ictus (17,3%) y Cardiopatía isquémica (13,4%)¹⁻⁴.

La atención a las personas con diabetes tipo 2 en atención primaria se realiza de forma habitual tratando la enfermedad, y se debe tener en cuenta otros problemas como estilos de vida o situación socioeconómica desde una visión holística de la persona. Para mejorar la salud de estas personas con problemas crónicos de salud, se debe analizar la práctica habitual de los profesionales y las intervenciones que se realizan. Por lo tanto nos planteamos el interrogante de cómo perciben los profesionales de medicina y enfermería la atención a personas con diabetes tipo 2 en el ámbito de la atención primaria.

Objetivos

General: explorar las opiniones de los profesionales sanitarios respecto a la atención a personas con diabetes en Atención Primaria.

Específicos:

- Conocer las debilidades de los profesionales sanitarios para elaborar un plan de actuación.
- Conocer las amenazas percibidas por los profesionales durante la atención a personas con diabetes.
- Conocer las fortalezas de los profesionales como margen de mejora para la atención de personas con diabetes.
- Conocer las oportunidades de mejora que ofrece la organización sanitaria para la implementación del proceso de diabetes.

-

Métodos

Se ha utilizado metodología cualitativa con entrevista grupal y técnica DAFO.

El Análisis FODA o Análisis DAFO surgió como una metodología de estudio de la situación competitiva de una empresa en su mercado y de las características internas de la misma, a efectos de determinar sus Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas. La situación interna se compone de 2 factores controlables: fortalezas y debilidades, mientras que la situación externa se compone de 2 factores no controlables: oportunidades y amenazas⁵⁻⁶.

Se realizó Análisis de contenido de las áreas exploradas en cada grupo.

Se exploraron las siguientes dimensiones: las debilidades como aspectos personales que reducen la capacidad de desarrollo de las intervenciones del proceso; las fortalezas de los profesionales referentes a las capacidades para la atención a personas con diabetes; las amenazas donde describen los elementos del entorno que dificulta la correcta realización del plan de cuidados y las oportunidades como los elementos externos que pueden posibilitar la mejora.

La población de estudio son los profesionales de medicina y enfermería de familia y comunitaria. La muestra fueron 40 participantes que asistieron al curso de "Actualización del Proceso Asistencial Diabetes".

Los datos se agruparon en categorías y se expusieron en grupo.

Resultados

Se realizaron 12 grupos repartidos en 3 sesiones, conformando 4 grupos en cada sesión. Participaron 27 profesionales de enfermería y 36 de medicina, de los que 13 eran hombres y 50 mujeres.

Una persona de cada grupo era la encargada de exponer las conclusiones del mismo y se recogieron las respuestas por parte de los investigadores en una pizarra. Posteriormente se discutieron en grupo, mostrando similitudes y diferencias entre todos los grupos realizados.

Las categorías resultantes fueron las siguientes:

Se perciben como debilidades la falta de comunicación entre los miembros del equipo de salud y de coordinación entre diferentes ámbitos asistenciales. Se cree que se necesita formación en comunicación, para fomentar y cambiar estilos de vida saludables. Pocas veces se realiza valoración integral. Se identifican falta de motivación y atención equitativa entre la población vulnerable. Las amenazas que citan los profesionales son que hay infradiagnóstico de diabetes, la existencia de recortes sociosanitarios y mayor número de población inmigrante. También detectan que la población tiene formación escasa sobre la diabetes.

Las fortalezas que identifican se refieren a buen posicionamiento de la atención primaria que hace que haya una buena atención a la ciudadanía. Existen redes interdisciplinarias entre diferentes ámbitos asistenciales, además buena accesibilidad a los servicios con un buen modelo organizativo.

Las oportunidades que se detectan son que existe formación entre iguales, aparición de nuevas medicaciones, la intención de mejorar la coordinación entre diferentes dispositivos. El usuario está más empoderado y se ve favorecido por la utilización de nuevas apps y participación de los medios de comunicación. Esto posibilita la mejor prevención y detección de factores de riesgo cardiovascular y que se difundan los estilos de vida saludable.

Discusión

Mediante este análisis DAFO se pudieron identificar áreas de mejora que posteriormente se pudieron aplicar durante la formación recibida y para incorporar en el futuro en nueva actualización del Proceso Diabetes y en la organización para la atención a personas con diabetes en el entorno de Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study, *Diabetologia*. 2011.
2. Baena-Diez JM, Peñafiel J, Subirana I, et al. Risk of cause-specific death in individuals with diabetes: a competing risks analysis. *Diabetes Care*. 2016; 39 (11).
3. Caroline S, Fox , Sean Coady MA, Paul D, et al. Trends in Cardiovascular Complications of Diabetes. *JAMA*. 2004; 292 (20).
4. Dipika B, Kapil G, Harini M, Hari Prasad E, Ramya N, Anil B. Prevalence and risk factors of development of peripheral diabetic neuropathy in type 2 diabetes mellitus in a tertiary care setting. *J Diabetes Investig*. 2014; 5 (6).
5. Cutropia C. El plan de marketing paso a paso. Madrid: ESIC; 2003.
6. Muñiz González R, Muñiz de la Torre V. Marketing en el siglo XXI. Madrid: Centro de Estudios Financieros; 2016.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves IX

Session of Oral Brief Presentations IX

AUTORES/AUTHORS:

Joaquín Tomás-Sábado, Javier Montes-Hidalgo, Isabel Féllez-Galve, Yessica Marqueño-Prada, Cecilia Brando-Garrido, Ana María Marchal-Torralbo, Esther Sala-Barat, Meritxell Sastre-Rus

TÍTULO/TITLE:

Consumo de tabaco y café, y suicidio

Objetivo: El objetivo de este trabajo es determinar la asociación entre las puntuaciones de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y el hábito tabáquico y consumo de café, en una muestra de enfermeras de Atención Primaria. Se trata de contrastar empíricamente la hipótesis de que el hábito tabáquico incrementa el riesgo de suicidio en la muestra estudiada, mientras que el consumo de café lo disminuye.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y correlacional. Se utilizó una muestra incidental formada por 171 enfermeras que desarrollaban su labor en unidades de Atención Primaria de la provincia de Barcelona. Los participantes, 149 mujeres y 22 hombres, tenían una media de edad 32,88 años [DT = 8,99; Rango = 20 a 59]. La media de ejercicio profesional era de 19,56 años [DT = 11,31; Rango = 1 a 41].

Los participantes respondieron un cuestionario anónimo y autoadministrado, que contenía, además de datos demográficos y profesionales, entre otros instrumentos, la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik [SRS] en su adaptación española. Asimismo, se incluían preguntas acerca de si consumían tabaco y café, y cuántos cigarrillos y tazas de café consumían diariamente de forma habitual.

Resultados: en el caso del consumo de tabaco, los fumadores presentan una media SRS sensiblemente superior a los no fumadores, aunque la diferencia no alcanza significación estadística. Por lo que respecta al consumo de café, las puntuaciones de consumidores y no consumidores son prácticamente iguales.

Se analizaron los coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones de la SRS y el número de cigarrillos y cafés diarios observándose que la correlación es positiva y significativa entre el riesgo suicida y el número de cigarrillos fumados, siendo cercana a cero la correlación con el número de cafés diarios.

En cuanto a la distribución de puntuaciones SRS de los 171 participantes se puede apreciar que un total de 10 sujetos [5,8%] presentan puntuaciones iguales o superiores a seis, indicativo de riesgo suicida. La media de cigarrillos fumados diariamente es notablemente superior en las enfermeras que presentan riesgo suicida, siendo la diferencia estadísticamente significativa [$p < 0,05$]. En el caso del consumo de café, la diferencia es muy reducida y sin significación.

Discusión: Los resultados del presente estudio confirman parcialmente la hipótesis planteada. Por lo que respecta a la relación entre el tabaco y el riesgo suicida, los datos, aunque están lejos de ser concluyentes, sugieren un efecto en la misma línea que los estudios disponibles en la literatura. Desde esta perspectiva, la asociación entre tabaco y suicidio, dos de los más importantes problemas de salud pública, presenta importantes implicaciones clínicas y pone de manifiesto la relevancia de la consideración del consumo de tabaco en la evaluación del estado de salud y del riesgo de suicidio.

En la muestra estudiada no se ha observado ningún efecto significativo del consumo de café sobre el riesgo de suicidio. A pesar de que las investigaciones disponibles parecen coincidir en señalarlo como un factor protector, los datos de nuestro estudio no apoyan en absoluto este planteamiento, mostrándose el café como un factor irrelevante para el riesgo suicida de las enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ding, M., Satija, A., Bhupathiraju, S. N., Hu, Y., Sun, Q., Han, J., . . . Hu, F. B. (2015). Association of Coffee Consumption With Total and Cause-Specific Mortality in 3 Large Prospective Cohorts. *Circulation*, 132(24), 2305-2315. doi:10.1161/circulationaha.115.017341
- Han, B., Compton, W. M., & Blanco, C. (2016). Tobacco Use and 12-Month Suicidality Among Adults in the United States. *Nicotine Tob Res.* doi:10.1093/ntr/ntw136
- Kawachi, I., Willett, W. C., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., & Speizer, F. E. (1996). A prospective study of coffee drinking and suicide in women. *Arch Intern Med*, 156(5), 521-525.
- Lopez-Castroman, J., Cerrato, L., Beziat, S., Jaussent, I., Guillaume, S., & Courtet, P. (2016). Heavy tobacco dependence in suicide

attempters making recurrent and medically serious attempts. *Drug Alcohol Depend*, 160, 177-182.

doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.01.004

Lucas, M., O'Reilly, E. J., Pan, A., Mirzaei, F., Willett, W. C., Okereke, O. I., & Ascherio, A. (2014). Coffee, caffeine, and risk of completed suicide: results from three prospective cohorts of American adults. *World J Biol Psychiatry*, 15(5), 377-386.

doi:10.3109/15622975.2013.795243

Poorolajal, J., & Darvishi, N. (2016). Smoking and Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS One*, 11(7), e0156348.

doi:10.1371/journal.pone.0156348

AUTORES/AUTHORS:

RAÚL SOTO CÁMARA, JERÓNIMO JAVIER GONZÁLEZ BERNAL, JOSÉ MARÍA TREJO GABRIEL Y GALÁN

TÍTULO/TITLE:

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CRONOBIOLOGICAS DEL ICTUS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

OBJETIVO

Analizar las características clínico-epidemiológicas básicas y la variabilidad temporo-espacial del ictus en un centro sanitario de tercer nivel (Hospital Universitario de Burgos - HUBU), determinando los indicadores de gestión de tiempo del Servicio de Emergencias Médicas (SEM) en aquellos casos en los que fue movilizadado.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal retrospectivo, cuya población de estudio estuvo formada por la totalidad de pacientes, de ambos sexos y mayores de 18 años, que, entre el 1 de Septiembre de 2.015 y el 31 de Agosto de 2.016, fueron diagnosticados de ictus isquémico y/o hemorrágico mediante valoración clínica y/o pruebas de neuroimagen, estables neurológicamente e ingresados en la Unidad de Neurología ó Unidad de Ictus del HUBU.

La recogida de datos se realizó mediante la revisión retrospectiva de las historias clínicas y/o registros específicos del paciente, tanto en formato papel como electrónico.

Las variables estudiadas fueron edad, sexo, tipo de ictus, causas, ámbito, lugar, hora, día, mes, síntomas iniciales, actuaciones terapéuticas, tipo de recurso movilizadado, indicadores de gestión de tiempo. Las cuantitativas se resumieron mediante media, desviación estándar y rango; las cualitativas mediante frecuencias y distribución porcentual.

RESULTADOS

El número total de ictus atendidos en la Unidad de Neurología - Unidad de Ictus del HUBU fue de 436, siendo más frecuente los de naturaleza isquémica (85,6%). Al analizar sus causas, se observó que en los isquémicos el 37,9% tenían un origen cardioembólico, mientras que en los hemorrágicos el 57,1% era consecuencia de la hipertensión arterial (HTA).

El 61,2% se produjeron en el ámbito urbano, más concretamente en el domicilio del paciente (76,4%), siendo la distancia media al centro sanitario de referencia de 22,38 km (DS 28,06).

El 55,7% fueron varones, hallándose una edad media en la muestra de 75,39 años (DS 12,67), siendo superior en las mujeres. En cuanto a la distribución estacional, Enero y Marzo fueron los meses en los que mayor número de ictus se produjeron, con 50 y 49 casos respectivamente.

Atendiendo a su cronobiología, los días que mayor número de casos se atendieron fueron los lunes (16,3%), martes (15,4%) y

miércoles (15,6%), siendo las mañanas el tramo horario en el que más casos se registraron (42,0%); el ictus del despertar represento el 10,1% de los casos.

Al analizar los medios utilizados para acudir al centro hospitalario, se observó que el 31,4% de los pacientes lo hacían por medios propios, mientras que el 62,2% utilizó el SEM.

Los síntomas iniciales referidos por la mayoría de los pacientes fueron alteraciones motoras (66,7%) o dificultad para hablar (58,9%).

Entre las actuaciones terapéuticas realizadas destacan la administración de fibrinolíticos en el 8,5%, la realización de trombectomía en el 0,9%, el ingreso en Unidad de Ictus en el 64,2% y la activación del código ictus extra o intrahospitalario en el 27,3%.

En cuanto a la gestión del SEM, el tiempo medio de respuesta fue de 12,89 minutos (DS 9,58), siendo más elevado en el ámbito rural; el tiempo medio de asistencia fue de 17,98 minutos (DS 13,01).

DISCUSIÓN

El perfil obtenido en la cohorte estudiada es el de varón, mayor de 70 años, con ictus isquémico de origen cardioembólico, resultados similares a los obtenidos en otros estudios.

El patrón circadiano, con un pico de mayor incidencia matinal, puede deberse a que en ese tramo horario se incluyen la mayoría de ictus del despertar, en el que el inicio de los síntomas no se conoce o es incierto.

El aumento de incidencia de ictus durante los meses de invierno es un aspecto recogido en la mayoría de estudios; si bien, no existe consenso a la hora de explicar sus posibles causas (variaciones de la presión arterial, infecciones respiratorias, variabilidad meteorológica,...).

A pesar de que el SEM ha demostrado ser el medio más adecuado para el traslado del paciente con ictus al hospital, un porcentaje importante de pacientes no lo utiliza. La realización de campañas de educación poblacional en las que se enseñe la identificación de los signos y síntomas del ictus o de cómo actuar ante un paciente que lo esté padeciendo pueden ser intervenciones que aumenten su uso.

Con respecto a los tiempos de activación, respuesta y asistencia del SEM, éstos se encuentran dentro de los extremos recomendados por las guías de práctica clínica internacional, si bien en el ámbito rural son más elevados.

Al igual que en este estudio, en la mayoría de los trabajos revisados, las alteraciones motoras o la dificultad en el lenguaje son los síntomas que con mayor frecuencia aparecen.

La baja tasa de administración del tratamiento fibrinolítico puede ser debida al retraso del paciente en acudir al hospital tras el inicio de los síntomas así como a los estrictos criterios de inclusión y exclusión actualmente vigentes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Jauch EC, Saver JL, Adams HP, Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM et al. AHA/ASA Guideline: Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013; 44: 870-947.
- Jiménez-Conde J, Roquer J. Los ritmos del ictus isquémico: factores externos que contribuyen a modular el momento de aparición de los eventos. *Med Clin*. 2009; 132: 671-6.
- Olascoaga-Arrate A, Freijo-Guerrero MM, Fernández-Maiztegi C, et al. Utilización de transporte sanitario urgente de los pacientes con ictus isquémico e impacto en los tiempos de atención. *Neurología* - Article in press

AUTORES/AUTHORS:

MARIA DE LLUC BAUZÀ AMENGUAL, SEBASTIÀ MARCH LLULL, MAGDALENA ESTEVA CANTÓ, INMACULADA PEREIRÓ BERENGUER, JERÒNIA MIRALLES XAMENA

TÍTULO/TITLE:

FACTORES DE RIESGO DE UTILIZACIÓN DE PÍLDORA POSTCOITAL (PPC) EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA

OBJETIVOS: conocer los hábitos tóxicos y sexuales en población universitaria, uso de la PPC, y factores de riesgo de su utilización.

MÉTODO: estudio descriptivo transversal mediante cuestionario autoadministrado. Tamaño de muestra: prevalencia esperada de uso de PPC en esta población, del 30% y precisión de 2.2, sobre una población diana de 14.000 estudiantes; Se reclutaron a 1.501 universitarios de ambos sexos. **VARIABLES:** Principal: uso de PPC. Independientes: Sociodemográficas y de determinantes de la salud: Sexo, Edad, Estado civil, País de nacimiento, Residencia habitual, Con quién vive, Práctica religión, Tendencia Política. Hábitos tóxicos: Fuma, Edad de inicio, Consumo de alcohol y Experiencia consumo otras drogas. Conducta sexual: Edad del 1r coito, Frecuencia relaciones sexuales (RS), Nº parejas sexuales, Frecuencia RS sin preservativo y Utilización del preservativo 3 últimas RS, Frecuencia uso PPC, Motivo de uso. **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** análisis descriptivo para hombres y mujeres. Bivariante. Obtención de OR brutos y IC95%. Ajuste de datos mediante regresión logística. Construcción de modelos a partir de relación significativa en el bivariante. Se probaron variaciones del modelo, (método de máxima verosimilitud), eliminando las variables cuya eliminación no supusiera una variación remarcable en los coeficientes. Se probaron interacciones.

RESULTADOS: Se recogieron 1588 encuestas, de estas 1309 habían tenido RS, siendo esta la muestra de este estudio. Las mujeres son el doble que los hombres. Edad media de 20 años (17-53). Las mujeres viven más en pareja y se declaran más de izquierdas. Actualmente fuma el 20.3%, siendo más prevalente en hombres, aunque las mujeres empezaron antes. Media de edad de inicio de RS es de 16.5 años (DE=1.8), siendo también las mujeres quien empiezan antes. Las mujeres mantienen RS semanales con más frecuencia que los hombres. El 10% reconoce haber tenido más de 10 parejas sexuales. El 33% no utiliza ni preservativo ni AO. La prevalencia de uso de PPC es del 40% siendo el motivo principal la rotura del preservativo, y algo más de la mitad lo ha hecho en solo 1 ocasión. Las variables que se asocian con mayor probabilidad de uso de PPC para ambos sexos son: consumo de drogas ilegales, haber iniciado las RS antes de los 16 años, haber tenido más de 10 parejas sexuales y no utilizar preservativo en sus 3 últimas RC. En el análisis ajustado para mujeres, son factores de riesgo de uso de PPC tendencia política de derechas o izquierdas, consumo de drogas ilegales, tener el 1r coito antes de los 16 años y tener 1 o más RS a la semana. En hombres son: consumo de drogas ilegales y tener 1 o más RS a la semana. No encontramos diferencias de embarazos y abortos entre los que tomaron PPC y los que no tomaron.

DISCUSIÓN: Se evidencia un aumento del uso de PPC según datos del 2011. Resultados coincidentes con numerosos estudios sobre el motivo principal de su uso. El uso de alcohol y drogas aumenta la probabilidad de uso de PPC, refrendado también en otras publicaciones. La recogida de datos a través de cuestionarios plantea diversos sesgos que se han intentado paliar pilotando el cuestionario y creando un entorno de confidencialidad y anonimato. La generalización de resultados es en población universitaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Barton K, Redshaw M, Quigley MA, Carson C. Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: a cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17:44.
- Glasier A. Emergency postcoital contraception. *N Engl J Med* 1997;337-:1058-64.
- Trussell J, Ellerton C, von Hertzen H, Bigrigg A, Webb A, Evans M, et al. Estimating the effectiveness of emergency contraceptive

pills. *Contraception* 2003;67:259-65.

- Free C, Ogden J. Contraceptive risk and compensatory behaviour in young people in education post-16 years: a cross-sectional study. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2004;30:91-4.
- Baldwin SB, Solorio R, Washington DL, Yu H, Huang YC, Brown ER. Who is using emergency contraception? Awareness and use of emergency contraception among California women and teens. *Womens Health Issues*. 2008;18:360-8.
- Verhoeven V, Peremans L, Avonts D, Van Royen P. The profile of emergency contraception users in a chlamydia prevalence study in primary care in Belgium. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2006; 11:175-80.
- Bauzá Amengual MLI, Esteva Cantó M, Pereiro Berenguer I, Ingla Pol M. Systematic review of the profile of emergency contraception users. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2016; 24:e2733.
- Sander P, Raymond E, Weaver M. Emergency contraceptive use as a marker of future risky sex pregnancy and sexually transmitted infection. *Am J Obstet Gynecol*. 2009; 201(2):146-52.
- Pedersen W. Emergency contraception: why the absent effect on abortion rates?. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87(2):132-3).
- Webb A. Emergency contraception. *BMJ*. 2003; 326 (7393): 775-76.

AUTORES/AUTHORS:

Luz Elena Rodríguez Mejía, Alejandro Morales Jinez, Alicia Ugarte Esquivel, Francisco Javier López Rincón, Yolanda Ivonne Trujillo León, Roxana Matínez Cervantes, Sonia Guadalupe Paz Navarro, Irma Lizeth Rodríguez Gómez, Rosa Isela Gallegos Castruita

TÍTULO/TITLE:

Efecto del apoyo educativo en el autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus 2 a través de un plan de enfermería

Introducción: En México, la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) fluctúa entre 20 y 22%, siendo la principal causa de morbimortalidad del adulto mayor (AM). Entre las complicaciones de la DM2 se encuentran: pie diabético, descontrol agudo de la DM2 por alteraciones en la glucosa y enfermedades de las encías o periodontales.

De acuerdo al Programa Nacional de Salud 2007-2012, la DM2 es causa principal de amputación de miembros inferiores por causa no traumática, como consecuencia del llamado pie diabético. Para prevenir complicaciones crónicas en la DM2 es preciso mantener los índices metabólicos en límites normales a lo largo de los años. Estudios sugieren que la enfermedad periodontal asociada con diabetes está relacionada fisiopatológicamente con complicaciones macrovasculares.

Actualmente, el tratamiento para el cuidado de la DM2 en las personas AM ubica a Enfermería como disciplina científica esencial para el desarrollo del autocuidado en la persona. El modelo teórico de Dorothea Orem, define el autocuidado en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". El sistema de apoyo educativo, es adecuado cuando la persona necesita guía, soporte, enseñanzas o un entorno que favorezca el desarrollo y las acciones y conductas adecuadas de prácticas de Autocuidado.

La prevención y/o retrasos de complicaciones promoviendo el autocuidado, es pieza integral en la atención del AM con DM2, razón por la cual se realizó este estudio con el propósito de mejorar las capacidades de autocuidado de las personas AM con DM2, mediante la ejecución de un plan de Enfermería de tipo educativo, en la cual ofrece capacitación en cuanto a prácticas preventivas de cuidado de los pies, el automonitoreo mediante el procedimiento de obtención de valores de glucemia con glucómetros digitales, además de una adecuada higiene bucal para la prevención de enfermedades o infecciones en las encías.

Objetivo: Evaluar el efecto del apoyo educativo para elevar las capacidades de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 a través de un Plan de Enfermería que contempla la prevención de complicaciones: pie diabético, alteraciones de la glucosa en sangre y enfermedades o infecciones en las encías.

Metodología: Diseño cuasiexperimental. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. La muestra fue de 9 personas Adultas Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 de una comunidad. Se diseñó un plan de Enfermería para determinar Diagnósticos de Enfermería propuestos por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), los resultados, indicadores y puntuación diana se determinaron por la Nursing outcomes Clasification (NOC), el cual se utilizó como instrumento de medición. El plan incluyó intervenciones de la Nursing Interventions Clasification (NIC) de tipo educativo para prevenir o retrasar complicaciones como: prevención de pie diabético, alteraciones de la glucemia y prevención de enfermedades o infecciones de las encías. Se realizaron tres mediciones: una antes (basal) de la intervención, después se implementaron seis sesiones de apoyo educativo basadas en las intervenciones (NIC) una sesión por semana, proporcionando a los Adultos Mayores productos básicos para el cuidado personal alusivos al tema expuesto (sustitutos de azúcar, crema para pies, espejos con aumento, limas de cartón para uñas, toallas para pies, glucómetros digitales, cepillos de dientes e hilos dentales), al término de las sesiones se realizó la segunda medición (final) y pasado un mes se efectuó una tercera medición (seguimiento). Para el análisis de los datos se creó una base y se analizó a través del SSPS para Windows V.22. Se aplicó estadística descriptiva para variables cuantitativas y cualitativas, además para evaluar el efecto del programa se utilizó la prueba de Friedman (para más de dos muestras relacionadas).

Resultados: De los 9 adultos mayores participantes el promedio de edad fue de 69.4 (DE=3.0) años. El 22%(2) eran hombres y el 77%(7) eran mujeres. Al aplicar la prueba de Friedman se encontró una diferencia significativa en las mediciones ($F=15.765$,

p=.000). Al realizar la comparación múltiple por parejas se observa que hay diferencia significativa entre la medición basal y al finalizar la intervención (Rango promedio=2.2, p=.029) y la medición basal con la de seguimiento (Rango promedio= 2.78, p=.000).
Discusión: Este estudio se sustenta en el sistema de apoyo educativo de la Teoría de Déficit de Autocuidado de Orem, pues desarrolla una práctica educativa para la salud relacionada con la prevención de complicaciones que sitúan a la persona a movilizar la toma de decisiones para los cambios necesarios para el autocuidado, así como la búsqueda de nuevas comprensiones de las situaciones de vida y la salud. Los resultados demuestran estadísticamente que el apoyo educativo guiado a través de un plan de Enfermería influyó para elevar las capacidades de autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2. Cabe destacar que el suministro de productos para el autocuidado supone ser un factor preponderante para mantener y probablemente reafirmar las capacidades del autocuidado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Referencias:

Beade R. (2012). Adultos Mayores y la Salud. 20 agosto de 2017, de PROFECO Sitio web:
www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/bruj_2012/bol214_amayor_salud.asp

Bulech G., Butcher H. & McCloskey. (2009) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Quinta edición. Elsevier España, S.L. 08021 Barcelona (España).

Compeán O., Quintero V., Reséndiz G, Muñoz B., Del Ángel P. (2010). Conductas de autocuidado y marcadores bioquímicos en adultos con diabetes tipo 2 [En línea] TUREvista Digi.U@T Febrero 2010. Vol. 4 Núm. 3 Recuperado 24 Mayo 2011
www.turevista.uat.edu.mx

Hernández H.(2011) Interrelación entre diabetes, obesidad y enfermedad periodontal. Revista mexicana de periodontología. Vol. 2 Núm. 1 Ene. Abril 2011 Recuperado Octubre de 2011 en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2011/mp111d.pdf>

Moorhead S., Johnson M., Maas M. & Swanson E. (2009) Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).Cuarta edición. Elsevier España, S.L. Travessera de Gracia, 17-21 08021 Barcelona España.

Nanda Internacional (2010) Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. ed. T. Heather Herdman. Elsevier España, S.L. 08021 Barcelona España.

Navarro P. & Castro S. (2010) .Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enfermería Global. Revista electrónica.

Secretaría de Salud, 2013.Diagnóstico y Tratamiento de DIABETES MELLITUS en el Adulto Mayor Vulnerable. GPC. México
www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

Secretaría de Salud (2007) Programa Nacional de Salud 2007-2012 Primera edición. ISBN 978970-721-414-9 Recuperado Septiembre de 2011 en: http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

Sillas G. & Jordán J. (2011). Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 19 N° 2

AUTORES/AUTHORS:

MARIA ISABEL MARTINEZ GUEMES

TÍTULO/TITLE:

Fragilidad población rural y su relación con la nutrición

Síndrome de fragilidad en el anciano (00257) y riesgo de síndrome de fragilidad en el anciano (00231) es un estado de vulnerabilidad y disminución de reservas fisiológicas, asociadas al envejecimiento.

Objetivo

Conocer la fragilidad de la población ≥ 65 años de una zona rural y su nutrición en un centro de salud rural.

Métodos

Estudio descriptivo transversal, realizado en un centro de salud rural del valle de Sedano, muestra, 30 pacientes ≥ 65 años que acuden a demanda a la consulta de enfermería en los meses de enero a marzo 2017.

Se realiza mediante entrevistas individuales, personalizadas y anónimas, se realiza valoración mediante instrumentos validados, breves y de fácil utilización en atención primaria que facilitan la detección y seguimiento de problemas para establecer objetivos a corto plazo en el sistema de cuidados enfermeros, cuyo propósito primordial es evitar la dependencia y reducir el número de visitas hospitalarias.

La valoración del estado funcional, para valorar la capacidad motora y de relación para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de forma autónoma, mediante el Índice de Barthel (autocuidado, movilidad y desplazamiento), (independiente 100 puntos, dependiente leve < 60 , moderado 40-55 y grave < 20) e Índice de Kat (estratifica en 8 grupos, según la capacidad para realizar las diferentes actividades de la vida diaria C-D incapacidad moderada, E-F severa).

Para detectar riesgo sicosocial, mediante la escala de Barber, (con una respuesta afirmativa se considera anciano de riesgo) y la valoración nutricional, mediante la escala Mininutricional Assesment, que evalúa el estado nutricional con índices antropométricos, parámetros dietéticos, evaluación global y valoración subjetiva: MNA, consta de dos partes, en la primera parte del test "cribado", (máximo 14 puntos):

-si 11 o menos puntos (posible malnutrición), continuar con el test de evaluación 2ª parte.

- si da 12 puntos o mayor, es normal, (no se realiza la segunda parte).

-La puntuación global de la escala resulta de la suma de todos los ítems del test de cribado y del test de evaluación. (Máximo 30 puntos)

El Índice de fragilidad, lo valoramos con la escala de Frail, validada y de fácil utilización consta de cinco preguntas sencillas y relativas cada una de ellas a un dominio. (Fatigabilidad, Resistencia, deambulación, comorbilidad, y pérdida de peso) clasificando prefrágil con una a dos respuestas afirmativas y frágil con 3 o más.

Variables: sociodemográficas (edad en tramos: 65-69; 70-75; 76-80 Y > 80 años, IMC, peso, talla, estado civil), cuestionarios validados (Barthel, Barber, Kat, MNA) y criterios de fragilidad Variables cualitativas se calculan las frecuencias absolutas y relativas; en cuantitativas y categóricas (cuestionarios) la media y desviación estándar.

Consultadas bases de datos Medline, Pubmed y Scielo .

Resultados

El 40 % de la población son mayores de 80 años, un 30 % 70-75 años, igual porcentaje por sexo, estado civil casado/a-soltero/a 23% y viudas 27 %, el 90 % son independientes, en las actividades básicas de la vida diaria, 69 % ancianos de riesgo de los cuales mayor porcentaje mujeres con un 36 %, en el índice KAT ,83 % presenta ausencia de incapacidad, con un 16 % de incapacidad severa, y las mujeres representan el 13 %, con respecto a los criterios de Frail, el 57 % son ancianos prefrágiles, de los cuales las mujeres representan el 30 % y solamente un 7 % frágil y son mujeres, con respecto al estado nutricional no presenta patología de

malnutrición, él 34 % tienen sobrepeso en la misma proporción de hombres que mujeres, y un 57 % obesidad, siendo mayor en mujeres. Los resultados son similares a otros estudios pero no utilizan los mismos criterios de fragilidad, hay pocos estudios comunitarios que utilicen las mismas escalas de valoración (1), con respecto a la detección de fragilidad se recomienda que sea a partir de los 70 años.

Discusión

Es primordial establecer un plan de tratamiento individualizado, si queremos reducir la prevalencia y severidad de la fragilidad, mediante un plan de intervención educacional integral en el que abordemos dos pilares básicos nutrición y ejercicio para disminuir la comorbilidad y mejorar la funcionalidad. Debemos utilizar una herramienta común para detectar fragilidad y que monitorice resultados. (1) (2)

La modificación de los conocimientos y actitudes es el vehículo para el cambio de comportamientos mediante la capacitación individual y activa para que participe en sus cuidados hace que adopten estilos de vida saludables.

El gasto sanitario produce un impacto económico muy elevado, se podría reducir a la mitad si el crecimiento de la esperanza de vida fuera proporcional a la calidad de vida sana y sin dependencias físicas ni discapacidades que permitan mantener el grado máximo de funcionalidad.(1)

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA

1. Documento de Consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS
INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACION 2014. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
www.msssi.gob.es
2. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and research in gerontology* 1994 ;(Suppl: Nutrition):15:59.
3. Barber JH, Wallis JB, Mc Keatin B. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *J R Coll Gen Pract.* 1980;30:49-50.
4. Barber JH, Wallis JB. Geriatric screening. *J R Coll Gen Pract.* 1981;31:57.
5. Katz S, Branch LG, Branson MH, Papsidero JA, Beck JC, Creer DS. Active life expectancy. *N Engl J Med.* 1983;309:1218-24.
6. Cid-Ruzafa J, Damian-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Publica [online].* 1997, vol.71, n.2, pp. 127-137. ISSN 1135-5727.

El autor manifiesta no tener ningún conflicto de intereses en la elaboración del presente documento

AUTORES/AUTHORS:

Lucía Pérez Pérez, Federico Montero Cuadrado, Noemí Díaz Nieto, Teodora Encinas Martín, Elena Díaz Nieto, Miguel Ángel Madrigal Fernández, Natalia Tejo Hoyos, Mariana Encinas Martín, Sandra Uruña Valle

TÍTULO/TITLE:

Calidad de Vida Relacionada con la Salud y el dolor percibido de los cuidadores familiares de personas dependientes.

INTRODUCCIÓN

La experiencia de cuidar a una persona dependiente genera en el cuidador consecuencias positivas, como son: aumento de la autoestima, orgullo, satisfacción y mejoría de las relaciones personales. Pero, por otra parte, también supone una labor extenuante, que ocasiona en el cuidador problemas en la salud física, psíquica, emocional, espiritual y social, que comprometen su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Por lo que estudiar el estado de salud y el bienestar de los cuidadores familiares es cada vez más relevante.

OBJETIVOS

General:

Valorar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y el dolor percibido de los cuidadores familiares informales de personas dependientes.

Específicos:

- Determinar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.
- Medir la intensidad del dolor percibido de los cuidadores familiares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal y diseño muestral intencional, realizado con 74 cuidadores informales, incluidos en el servicio de "Atención al Cuidador Familiar" del centro de salud Pilarica-Circular de Valladolid. Los datos sociodemográficos se obtuvieron por medio de entrevistas en consulta de enfermería, la intensidad del dolor con la Escala Visual Analógica (EVA) y la CVRS a través del Cuestionario de Salud estructurado Short Form-36 (SF-36), para ser cumplimentado por ellos mismos. Para el análisis de datos se utilizaron medidas de tendencia central y tablas de frecuencia a través de hoja de cálculo Excel.

RESULTADOS

De los 74 cuidadores valorados el 83,78% eran mujeres y el 16,22%, varones. La edad media de la muestra fue de 64,16 años. Respecto al estado civil, el 68,9% estaban casados, el 63,5% tenía un nivel cultural de estudios primarios y el 44,6% eran jubilados. La intensidad del dolor osciló entre 3,5 y 7,8 cm. con una media de $6,08 \pm 1,21$. Los sujetos obtuvieron en el SF-36 puntuaciones en las dimensiones "Función Física" $72,23 \pm 16,15$, "Rol Físico" $65,88 \pm 25,71$, "Dolor corporal" $48,34 \pm 17,74$, "Salud general" $52,70 \pm 16,53$, "Vitalidad" $54,69 \pm 19,33$, "Salud mental" $57,01 \pm 19,17$, "Rol emocional" $63,05 \pm 32,25$ y "Función social" $64,42 \pm 23,08$.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos concuerdan con otros estudios publicados, donde predomina un perfil de cuidador correspondiente a una mujer, jubilada y con un nivel de estudios primarios, unos valores de CVRS inferiores a los de referencia del SF-36, una importante intensidad del dolor. Todo esto supone una labor extenuante, que ocasiona en el cuidador problemas en la salud física, psíquica, emocional y social, que comprometen su calidad de vida relacionada con la salud y el bienestar.

Este estudio pone en evidencia la necesidad de implementar actuaciones multidisciplinares encaminadas a apoyar y ayudar a los

cuidadores con medidas preventivas, terapéuticas y de soporte: formativas, psicoeducativas, programas de ejercicio físico terapéutico, grupos de apoyo, de descanso periódico, etc.; las cuales pueden ser realizadas por distintos profesionales de la Atención Primaria de Salud (enfermeros, fisioterapeutas, trabajadores sociales, médicos, etc.).

CONCLUSIÓN

Las enfermeras pueden ayudar a los cuidadores a identificar las vivencias perjudiciales mientras prestan los cuidados; y son capaces de aplicar un enfoque biopsicosocial para fomentar estrategias de afrontamiento, así, mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores y también, de las personas cuidadas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa AS, Carmona De La Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2009 [cited 2016 Nov 1];2(7):332–4. Disponible en: <http://revclinmedfam.com/PDFs/32bb90e8976aab5298d5da10fe66f21d.pdf>
2. Schwartzmann L. Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos conceptuales. *Cienc enfermer* [Internet]. 2003 Dec [cited 2016 Nov 28];9(2):09–21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532003000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Food and Drug Administration FDA. Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims: draft guidance. *Heal Qual Life Outcomes* [Internet]. Bio Med Central; 2006 Oct 11 [cited 2016 Nov 28];4:79. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17034633>
4. Valderas JM, Ferrer M, Alonso J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Med Clín* [Internet]. Elsevier Doyma; 2005 [cited 2016 Nov 29];125:56–60. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775305722119>
5. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* [Internet]. Elsevier Doyma; 2005 [cited 2016 Dec 6];19(2):135–50. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911105713418>
6. Andrén S, Elmståhl S. The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia. *J Clin Nurs* [Internet]. 2008 Mar [cited 2017 Mar 22];17(6):790–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.g/18279282ov/pubmed>
7. Legg L, Weir CJ, Langhorne P, Smith LN, Stott DJ. Is informal caregiving Independentl y associated with poor health? A population-based study. *J Epidemiol Community Heal* [Internet]. 2013 Jan [cited 2017 Mar 22];67(1):95–7. Disponible en: <http://jech.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jech-2012-201652>
8. Pérez Peñaranda A, García Ortiz L, Rodríguez Sánchez E, Losada Baltar A, Porras Santos N, Gómez Marcos MÁ. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Atención Primaria* [Internet]. Elsevier; 2009 Nov [cited 2017 Jan 2];41(11):621–8.

AUTORES/AUTHORS:

Vivian Vílchez Barboza, Paula Ceballos Vásquez, Katia Saez, Helen Lozano Calderón, Dayana Fernández Mora

TÍTULO/TITLE:

Estilo de Vida, Calidad de Vida Relacionada con Salud y Carga Mental de Trabajo en Mujeres y Hombres Trabajadores

La OMS establece en el Plan de Acción Sobre Salud Mental (2013-2020), las condiciones laborales como un determinante fundamental de la salud mental, y donde además menciona que la situación laboral es un determinante social, por lo que se vuelve una responsabilidad de todos los sectores y todas las administraciones gubernamentales. En este contexto, Enfermería contribuye a dar respuestas que contribuyan al cuidado de la salud en los diversos entornos a las necesidades cambiantes de la sociedad, para ello requiere comprender necesidades presentes o potenciales relacionados con el estilo de vida y la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) de las personas trabajadoras.

Objetivo: Métodos: Descriptivo, Correlacional, transversal. Población 500 personas trabajadoras en una Institución Pública Costarricense. Muestra no probabilística por cuota 96 personas.

Instrumentos y mediciones: SF-36 Calidad de Vida Relacionada con Salud, Escala Carga Mental de Trabajo (ESCAM) y Test De Autoevaluación sobre Estilos De Vida: "FANTASTICO". Incorpora requisitos éticos E. Emmanuel.

Resultados: Muestra conformada 59% mujeres y 41% hombres, edad promedio mujeres 34,6(10,4) y hombres 40,0(11,9) años. En mujeres, Sueño Estrés, Introspección y Tipo de Personalidad del Estilo de Vida, correlacionaron con los Componentes de Salud Física y Salud Mental y todas sus dimensiones de CVRS ($p < 0,01$; $p < 0,05$). Respecto a Carga Mental, Familia y Amigos correlacionó con Demandas Cognitivas ($p < 0,05$); Organización temporal, Ritmo de trabajo y Consecuencias de salud correlacionó con Sueño-Estrés ($p < 0,05$); Introspección con Organización Temporal ($p < 0,05$); Otras drogas con Características de la Tarea ($p < 0,05$). En hombres, Sueño Estrés e Introspección se correlacionaron con Componente de Salud Mental y tres dimensiones de CVRS ($p < 0,01$) y Actividad Física, Nutrición, Sueño-Estrés, Introspección con la dimensión Salud General ($p < 0,05$). En cuanto a la Carga Mental de Trabajo: Familia y Amigos correlacionó con Demandas Cognitivas ($p < 0,05$), Nutrición con Organización Temporal ($p < 0,05$), Consecuencias de Salud con Sueño-Estrés ($p < 0,01$), Tipo de Personalidad con características de la tarea ($p < 0,05$). Conducción-Trabajo con Edad ($p < 0,01$).

Discusión: Es necesario conocer la calidad de vida y estilo de vida de las personas trabajadoras, para acercarse a los niveles de salud e incidir en ellos desde la enfermería. Asimismo, Carga Mental de Trabajo definida como la brecha existente entre la capacidad de la persona para realizar una tarea y los requerimientos de ésta, como a los recursos necesarios para desarrollarla. Y por esto, tanto el ambiente laboral en que se desarrolla una persona, como la carga de mental de trabajo van a influir directamente en el estilo de vida y la calidad de vida relacionada con salud, ya que de acuerdo con la teoría en enfermería de Imogene King (1984), los seres humanos son sistemas abiertos que interactúan con el ambiente. En este estudio, se evidenciaron diferencias en relaciones establecidas entre estilos de vida, CVRS y Carga Mental de Trabajo, según sexo; en cuanto a las diferentes categorías de estilo de vida, se obtuvieron mejores resultados en las mujeres que en los hombres. Asimismo se observaron diferencias importantes en la percepción de carga mental de los trabajadores según su sexo, el mayor porcentaje de mujeres presentan una infracarga mental de trabajo y el mayor porcentaje de hombres presentó una carga mental media-alta. En cuanto a la calidad de vida relacionada con salud de las personas trabajadores de este estudio se concluye que muestra diferencias significativas en función al sexo, dado que, en todas las dimensiones de calidad de vida relacionada con salud, los hombres presentan mayores puntuaciones con respecto a las obtenidas por las mujeres; coinciden en la dimensión Función Física con el puntaje promedio más alto y en la dimensión Vitalidad con puntaje promedio más bajo. Por lo que el profesional de enfermería puede contribuir en los servicios de salud a reconocer estas diferencias e incorporarlas en el cuidado en estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los entornos laborales, considerando que la Organización Mundial de la Salud (2007), hace referencia a la población trabajadora como la máxima

contribuyente al desarrollo económico y social, la cual, constituye la mitad de la población mundial.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ansoleaga, E. y Toro, J. (2010). Factores psicosociales laborales asociados a riesgo de sintomatología depresiva en trabajadores de una empresa minera. *Salud de los Trabajadores*, 18(1), 7-16.
- Benítez, J. (2010). Calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud y la enfermedad. Una propuesta para la antropología médica. *Gaceta de Antropológica*, 26(2).
- Burgos, P., Ruiz, T., Queipo, D., Rescalvo, F., Mercedes, M., del Amo, P. y Burgos, C. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores sanitarios. *Medicina y seguridad del trabajo*, 58(226), 27-34.
- Calero, P., Hueso, C., Pleguezuelos, H., Balanza, S., Merino, M. y Merino, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores del área medioambiental. *Medicina y Seguridad del Trabajo*; 58(226), 35-48.
- Carrillo, C., Solano, M., Martínez, M. y Gómez, C. (2013). Influencia del género y edad: satisfacción laboral de profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 21(6), 1314-1320.
- Ceballos, P., Paravic, T., Burgos, M. y Barriga, O. (2014). Validación de Escala Subjetiva de Carga Mental de Trabajo en Funcionarios/as Universitarios. *Ciencia y enfermería*, 20(2), 73-82
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2014). *Las enfermeras: una fuerza para el cambio. Un recurso vital para la salud*. Ginebra. Recuperado de <http://www.icn.ch/es/publications/2014-nurses-a-force-for-change-a-vital-resource-for-health/2014-las-enfermeras-una-fuerza-para-el-cambio-un-recurso-vital-para-la-salud-1636.html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). *Salud de los trabajadores: plan de acción mundial*. 60ª Asamblea mundial de la salud.
- Ramos, V. y Jordão, F. (2014). Género y estrés laboral: semejanzas y diferencias de acuerdo a factores de riesgo y mecanismos de coping. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(2), 218-229.
- Kawada, T., Otsuka, T., Inagaki, H., Wakayama, Y. & Katsumata, M. (2015). Biological markers, lifestyles and metabolic syndrome in workers. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 9(2), 71-73.
- King, I. (1984). *Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos*. México D.F: Editorial Limusa.

AUTORES/AUTHORS:

Isabel Barroso, Rui Lameirão, Maria João Monteiro, Conceição Rainho

TÍTULO/TITLE:

Estilos de vida de los profesores de Educación Secundaria Obligatoria

El estilo de vida es foco de atención en enfermería y uno de los principales determinantes de problemas de salud que acarrearán una gran pérdida de años vividos con calidad y un gasto en servicios de salud elevada (Silva, Brito & Amado, 2014). Santos, Marques y Nunes (2012) señalan que la salud de los profesores ha empeorado. 1. Objetivos: i) determinar el estilo de vida de los profesores y ii) analizar la relación entre los estilos de vida de los profesores y las variables sociodemográficas y profesionales, a fin de planificar una intervención de enfermería comunitaria, si es necesario. 2. Metodología: Estudio observacional, descriptivo y transversal de una muestra no probabilística y de participación voluntaria, constituida por profesores de cuatro escuelas de ESO, Vila Real, Portugal. Los estilos de vida fueron evaluados por un cuestionario FANTÁSTICO (Silva et al. 2014), que presenta 30 ítems evaluados a través de una escala Likert, 0 (casi nunca), 1 (a veces) y 2 (casi siempre). La puntuación total varía entre 0 y 120, cuanto más alta mejor el estilo de vida. Comporta 10 dimensiones que forman el acrónimo FANTÁSTICO: (F) Familia y Amigos (2 ítems) con quienes comparte asuntos importantes y intercambio de afectos; (A) Actividad física (3 ítems) actividad en grupo, individual y si diariamente camina durante treinta minutos; (N) Nutrición (2 ítems) se come frutas y verduras, azúcar, sal o mucha grasa; (T) Tabaco (2 ítems) se fuma y la cantidad de cigarrillos al día; Alcohol y otras drogas (6 ítems) ingesta de bebidas alcohólicas por semana, cantidad ingerida en la misma ocasión, conducir con alcohol, sustancias psicoactivas ilegales, y medicación excesiva; Sueño y Estrés (3 ítems) se duerme bien, se gestiona el estrés y se relaja en el tiempo libre; (T) Trabajo y Tipo de personalidad (3 ítems) se está feliz con el trabajo, aburrido o agresivo; (I) Introspección (3 ítems) si se siente tenso o oprimido, triste o si es optimista; (C) Control de salud y conducta sexual (3 ítems) realiza exámenes de salud periódicos, habla de sexualidad con el compañero y se preocupa por el autocuidado; (O) Otras conductas (2 ítems) se respetan las ordenanzas de tráfico y uso del cinturón de seguridad. Estudio autorizado por la Dirección Regional de Educación del Norte y los Directores de las escuelas. La información fue editada en el (SPSS 22.0®). Resultados: De los 174 profesores que constituyeron la muestra, eran en su mayoría del sexo femenino 119 (68,4%). Presentaban una media de edades de 49,1 (\pm 6,3) años. Con relación al estado civil más de la mitad eran casados 131 (75,3%) y 139 (79,9%) tenían uno o dos hijos. Afirmaron tener el grado (licenciatura) la mayoría de los participantes (113, 64,9%), siendo que 55 (31,6%) era titular de máster y 6 (3,4%) de doctorado. Trabajaban 20,9 horas (\pm 6,09) por semana, enseñaban en 2,2 (\pm 0,9) cursos diferentes y en 4,1 (\pm 2,7) clases diversas, y impartiendo una media de 1,7 (\pm 0,93) asignaturas. De los profesores que participaron 47,7% (n=83) asumieron la gestión de la clase y el 6,3% (n = 11) coordinaba un departamento. El cuestionario FANTÁSTICO ha permitido evaluar los estilos de vida de los profesores que presentaban una media de 88.13 (\pm 13,96), con un estilo de vida "muy bueno". Siendo que 25 (14,4 %) de los profesores presentaron resultados inferiores al punto medio de la escala, necesitan mejorar su estilo de vida. En cuanto a las dimensiones que integran el cuestionario, en una escala que varía de 0 a 2, se observaron las siguientes medias por orden decreciente: dimensión otras conductas 1,9 (\pm 0,3) alcohol y otras drogas 1,8 y (\pm 0,2), familia y amigos 1,8(\pm 0,4), tabaco 1,6 y (\pm 0,7), control de salud y conducta sexual 1,5(\pm 0,4), introspección 1,4(\pm 0,5), nutrición 1,4(\pm 0,3), sueño y estrés 1,3(\pm 0,5), trabajo y tipo de personalidad 1,1(\pm 0,5) y por último, asociatividad y actividad física 1,0 (\pm 0,5). A pesar de que la mayoría de los profesores presentan un estilo de vida "muy bueno", mostraron puntuaciones medias más reducidas en nutrición (1,4), Sueño y estrés (1,3), y en asociatividad y actividad física con la media más baja (1,0). Cuando relacionamos el sexo con estilos de vida, las mujeres presentaban una media de 88,3 y los hombres de 85,7, lo que indica que las mujeres tenían mejor estilo de vida. 4. Discusión: Los resultados mostraron que los profesores presentaban un estilo de vida "muy bueno", resultados similares a los encontrados por otros investigadores (Both et al., 2007, Moreira et al., 2010). Los estilos de vida saludables se asocian a la calidad de vida y a una disminución en los riesgos de desarrollar enfermedades. El diagnóstico de los estilos de vida de los profesores

permitirá planear e implementar intervenciones que promuevan el cambio hacia estilos de vida saludables. Intervenir los estilos de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Los comportamientos adquiridos pueden ser alterados, teniendo los enfermeros en la atención primaria un rol fundamental en la promoción de la salud por la adopción de estilos de vida saludables ya la reducción de los hábitos nocivos, llevando a una mejor calidad de vida y desempeño profesional y menor absentismo de los profesores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Both, J., Nascimento, J. V., & Borgatto, A. F. (2007). Estilo de vida dos professores de educação física ao longo da carreira docente no estado de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 12 (3), 54-64.

Moreira, H. S., Nascimento, J. V., Sonoo, C. N., & Both, J. (2010). Qualidade de vida no trabalho e perfil do estilo de vida individual de professores de educação física ao longo da carreira docente. *Motriz*, 16 (4), 900-912. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/motriz/v16n4/a10v16n4.pdf>

Santos, M. N., Marques, A. C., & Nunes, I. J. (2012). Condições de saúde e trabalho de professores no ensino básico no Brasil: Uma revisão. *EFDeportes.com, Revista Digital*, 15 (166). Retirado de <http://www.efdeportes.com/efd166/condicoes-de-saude-e-trabalho-de-professores.htm>

Silva, A. M. M., Brito, I. S., & Amado, J. M. C. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (6), 1909-2014. doi:10.1590/1413-81232014196.04822013

AUTORES/AUTHORS:

Lucas Donat Castelló, Antonio Tortola Talavera, Amparo Bahamontes Mulió, Eva Cutillas Carbonell, Francisca Jimenez Tortajada, Begoña Bonilla Balaguer, Consuelo Lopez, Bernardo Valdivieso Martínez, EMP-H Project Consortium

TÍTULO/TITLE:

EMP-H: Proyecto Europeo de empoderamiento de pacientes para el cambio de estilos de vida.

ANTECEDENTES

El empoderamiento de pacientes puede beneficiarse de la oportunidad que se genera en los "teachable moments" (un nuevo diagnóstico o una manifestación aguda de una condición crónica) para motivar a los individuos a adoptar espontáneamente comportamientos de hábitos de vida saludables [1]. Si al paciente se le apoya con material para fomentar el autocuidado o se le dirige desde una unidad específica integrada en el ámbito hospitalario, las posibilidades de éxito son mucho mayores [2].

El objetivo de este trabajo es evaluar la validez de un cuestionario de clasificación para identificar áreas de intervención sobre hábitos de vida saludables y determinar la adherencia a una intervención personalizada.

METODOLOGIA

Se planteó un ensayo clínico pragmático multicéntrico. Se desarrolló un cuestionario ad-hoc sobre hábitos de vida saludables. Se distribuyeron los participantes en tres ramas: Pacientes con enfermedad crónica, cuidadores/familiares de pacientes crónicos y trabajadores del hospital. Para cada área de intervención detectada a través del cuestionario de clasificación se facilitó al grupo de intervención una sesión individualizada con educación sobre hábitos de vida saludable y se le proporcionó material de apoyo sobre el área a intervenir. Al grupo control se le dio un consejo breve sobre como adoptar hábitos de vida saludables. Se estableció un periodo de 6 meses para el seguimiento de los participantes al final del cual se les volvió a realizar el cuestionario de clasificación.

RESULTADOS

Se reclutaron un total de 996 participantes, 652 (65,5%) mujeres y 344 (34,5%) hombres. 370 (37,2%) en el grupo de pacientes, 275 en el de familiares/cuidadores (27,6%) y 351 (35,2%) trabajadores del hospital. Las medias de edad fueron 64, 59 y 51 años respectivamente y el IMC medio fue 27,5, 26 y 26,1 kg/m²

En el grupo de pacientes el 49% pensaba que su peso perjudicaba al estado de salud. El 57,6% consumían menos de 4 ó 5 piezas de fruta y/o vegetales frescos al día y el 16,6% consumían al menos una bebida azucarada diariamente. El 19,7% fumaban. El 3,8% de las mujeres y un 11,6% de los hombres consumían alcohol a diario. Se reportó una media de 120 (IC95% 89-147) minutos semanales de actividad física moderada.

En el grupo de cuidadores el 42% opinaba que su peso perjudica a su salud. El 47,3% declararon consumir menos de 4 ó 5 piezas de fruta y/o vegetales frescos al día, el 23,6% declararon consumir al menos una bebida azucarada al día. El 25,1% eran fumadores. El 5,5% de mujeres y el 3,3% de hombres consumían alcohol diariamente. La media de actividad moderada fue de 124 (IC95% 105-170) minutos semanales.

En los trabajadores el 64,1% consumían menos de 4 o 5 piezas de fruta y/o vegetales frescos al día, el 5,7% consumían una bebida azucarada al día. El 24,8% eran fumadores. El 3,4% de mujeres y el 2% de hombres consumían alcohol diariamente. Realizaban 93 (IC95% 68-118) minutos semanales de actividad física moderada.

DISCUSION

Intervenciones individualizadas ayudan a promover y mantener un cambio positivo en los hábitos de vida de los usuarios y trabajadores de la sanidad. Deben identificarse aquellos momentos de enseñanza más adecuados para cada centro que ayuden a

maximizar el impacto de las intervenciones individuales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1-Demark-Wahnefried W, Aziz NM, Rowland JH, Pinto BM. Riding the crest of the teachable moment: promoting long-term health after the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol.* 2005 Aug 20;23(24):5814-30.
- 2-McBride, Colleen M., and Jamie S. Ostroff. Teachable moments for promoting smoking cessation: the context of cancer care and survivorship. *Cancer control*, 2003, 10.4: 325-333.

AUTORES/AUTHORS:

EDUARDO QUINTANA HERNÁNDEZ, HILARIO HERNÁNDEZ OVEJERO, ÓSCAR MUÑOZ CHAVERO, PILAR PICHARDO ALBERQUILLA, ALBERTO HERNÁNDEZ DE BENITO, ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ

TÍTULO/TITLE:

EL CAMINO DE SANTIAGO COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA LAS PATOLOGÍAS DE LA SOCIEDAD ACTUAL

Introducción y objetivos: El Camino de Santiago es un itinerario que desde hace cientos de años es recorrido por peregrinos con una sólida motivación religiosa, que en los últimos tiempos ha experimentado cambios secundarios a la modificación en los estilos de vida. Con frecuencia, en las sociedades globalizadas muchas personas sienten que han perdido el rumbo de su vida, y en algunos casos el Camino se ha convertido en una nueva forma de buscar el bienestar psicoemocional a través de una reflexión íntima asociada al ejercicio físico. Entre las tareas de los profesionales de Enfermería se encuentra la promoción de actividades generadoras de salud física y mental. Los objetivos de este trabajo fueron conocer la influencia del Camino de Santiago en el bienestar emocional de los peregrinos así como analizar las lesiones físicas más frecuentes que se presentan en su ejecución.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo y transversal, con un enfoque predominantemente cualitativo, a través de una entrevista semiestructurada y la cumplimentación de un cuestionario de elaboración propia a los peregrinos que realizando el Camino Francés, en la época invernal, caminaban al menos 200 km.

Resultados y discusión: Se obtuvieron un total de 31 cuestionarios y cinco entrevistas. La mayoría de los peregrinos del estudio eran hombres de entre 18 y 45 años, de nacionalidad extranjera, que caminaban en solitario al menos 500 km. Sus lesiones físicas más incidentes fueron las ampollas de la extremidad inferior (60%) y mialgias en la zona cuadriceps (42%). En la esfera emocional todos ellos experimentaron pensamientos positivos y una mejoría en su estado anímico. En otros estudios realizados en periodo estival el perfil del peregrino fue diferente, encontrando personas que caminaban principalmente en grupo, una media inferior de kilómetros y con una motivación principal lúdico-recreativa. No se observaron diferencias relevantes en las lesiones físicas que presentaron.

Implicaciones para la práctica clínica: Las personas que deciden realizar el Camino de Santiago en solitario buscan reflexionar sobre su situación personal. Con la finalización de las etapas desarrollan una mejoría anímica y alcanzan mayores cotas de bienestar espiritual. El desgaste físico que experimentan tiene escasa repercusión en su estado general de salud. Por todo ello, el Camino de Santiago podría ser una alternativa terapéutica más, para optimizar el nivel de salud integral de las personas, y los profesionales de Enfermería podrían contribuir a su difusión y promoción.

Palabras clave: caminar, ejercicio físico, lesiones, salud mental

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Sánchez Ribes A. Marco de atención al peregrino en los caminos de Santiago. En: García Martínez M.J. Director. IV Congreso Nacional de Historia de la Enfermería. La Enfermería en las Rutas Jacobeas: Perspectiva Histórica. Sevilla. QalatChábir AC; 2001. p. 57-83.

2. Granero Gallegos A. Expectativas y vivencias en la actividad físico-deportiva del peregrino. Un antes y un después en el Camino de Santiago. [Tesis doctoral]. Almería: 2004.
3. Chamorro Rebollo E, Martínez de Manuel A, San Roman Núñez M. El entorno sanitario del Camino de Santiago. En: García Martínez M.J. Director. IV Congreso Nacional de Historia de la Enfermería. La Enfermería en las rutas Jacobeas: Perspectiva Histórica. Sevilla. QalatChábir A.C; 2001. p. 153-166.
4. Granero Gallegos A, Ruiz Juan F, García Montes M.E. Análisis de la satisfacción respecto a la práctica físico-deportiva de senderistas y cicloturistas por el Camino de Santiago, ruta histórica y artística por etapas. Revista de ciencias del ejercicio. 2006; 2(1), 30-41
5. Ministerio de educación, cultura y deporte. [Sede web]. Madrid. Mecd. 2015: Encuesta de hábitos deportivos en España [acceso el 19 de Noviembre]. Disponible en:
http://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/deporte/ehd/Encuesta_de_Habitos_Deportivos_2015.pdf
6. García Alandete J. Bienestar psicológico, edad y género en universitarios españoles. Salud y Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social. 2013; 4(1): 48-58.
7. Goñi E, Infante G. Actividad físico-deportiva, autoconcepto físico y satisfacción con la vida: European Journal of Education and Psychology. 2010; 3 (2): 199-208.
8. Kang, S.J. Trekking exercise promotes cardiovascular health and fitness benefits in older obese women. Journal of Exercise Rehabilitation. 2014; 10(4), 225 - 229.
9. Marselle, M.R. Irvine K.N, Warber S.L. Walking for Well-Being: Are Group Walks in Certain Types of Natural Environments Better for Well-Being than Group Walks in Urban Environments?. International Journal of Environmental Research and Public Health 2013; 10(11), 5603–5628.
10. Rodríguez Moreno J. La motivación del turismo deportivo en espacios naturales. [Tesis doctoral]. Universidad de Murcia. Murcia: 2006.

AUTORES/AUTHORS:

Xavier Palomar-Aumatell, Mireia Subirana-Casacuberta, Raimon Milà-Villarroel

TÍTULO/TITLE:

PERCEPCION DE CALIDAD Y AUTONOMIA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LA UCI: VISION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA.

Introducción:

En el estudio de Neill, (2011) se constata que, en algunos estudios, la percepción de los cuidados enfermeros según los profesionales de enfermería es baja. En el artículo de Aiken et al., (2012) la calidad percibida es un indicador de satisfacción del lugar de trabajo de las enfermeras. En el mismo estudio se constata que baja satisfacción en el lugar de trabajo de las enfermeras, repercute en la satisfacción de la atención recibida por los enfermos. Una de las causas de esta percepción de baja calidad de cuidados, es el aumento de carga asistencial. (Alghamdi, 2016)

Por este motivo, en marco de la tesis doctoral uso de la taxonomía NIC para medir la intensidad de cuidados enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se analizó la percepción de la calidad de los cuidados que tienen los profesionales de los cuidados prestados, al mismo tiempo se les pregunto sobre la percepción de autonomía en la decisión de los cuidados. Esta encuesta se realizó durante el periodo que se analizó la carga de trabajo en la UCI.

Objetivos:

- Describir la percepción de la calidad y la autonomía de cuidados de los profesionales de la UCI.
- Comparar la percepción de la calidad y la autonomía de cuidados según categoría profesional, sexo y lugar de trabajo.

Metodología:

Diseño: Estudio prospectivo comparativo.

Población de estudio: Profesionales enfermeros y auxiliares de enfermería.

Criterios de inclusión: Todos los profesionales enfermeros y auxiliares de enfermería que trabajaron del día 6 de febrero del 2017 al 19 de febrero del 2017.

Criterios de exclusión: No querer participar en el estudio.

Entorno: UCI general de hospital universitario de nivel 2.

Intervención: Se diseñó un cuestionario ad hoc donde se recogía las siguientes variables: sexo, categoría profesional, años en la empresa, años en la UCI, datos de contratación, lugar de trabajo, formación postgrado realizada, percepción de calidad de cuidados y de autonomía de cuidados. La percepción de calidad y autonomía se recogió con una escala de Likert de 0 a 10.

El cuestionario se suministraba después de explicar el proyecto de investigación que se llevaría a cabo en la unidad que trabajaban.

Análisis estadístico: el análisis se realizó con el paquete informático IBM SPSS Statistics 23.

Aspectos éticos: Estudio aprobado por el "Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la Fundació d'Osona per a la Recerca i l'Educació Sanitàries". Código CEIC:2015890. Aprobado el 27/10/2015. Todos los participantes se les informaba del estudio y se les daba a firmar el consentimiento informado de su participación.

Conflicto de intereses: El equipo investigador niega tener conflicto de intereses.

Resultados:

Se reclutaron un total de 37 profesionales, 30 mujeres (81.1%) y 7 hombres (18.9%). Una media de edad de 38.84 años (DE ± 9.212) la media de antigüedad en la empresa era de 14,40 años (DE ±9.639) y la media de años de experiencia en la UCI de 10.459

(DE \pm 7.636). La distribución por categorías profesionales que se obtuvo fue un 86% enfermeros/as y un 14% auxiliares de enfermería.

La puntuación media de la calidad de cuidados percibidos por los profesionales fue de 7.89 (DE \pm 0.875) y la percepción de autonomía en los cuidados la media obtenida fue de 7.45 (DE \pm 1.120).

Si comparamos los resultados de la percepción de calidad de cuidados y autonomía de los cuidados por sexo y categoría profesional no hay diferencias significativas en los resultados.

Las mujeres valoraron la calidad de cuidados con un 7.9 (DE \pm 0.922) y los hombres 7.85 (DE \pm 0.690). Según categoría profesional las auxiliares valoran la calidad con un 8.2 (DE \pm 0.447) y las enfermeras con un 7.84 (DE \pm 0.919).

Referente a la percepción de autonomía de cuidados las mujeres valoraron con un 7.5 (DE \pm 1.042), los hombres con un 7.28 (DE \pm 1.496). Según la categoría profesional las auxiliares la valoran con un 8 (DE \pm 0.707) y las enfermeras con un 7.37 (DE \pm 1.157).

Pero si comparamos por lugar de trabajo, los profesionales que solo trabajan en la UCI la media de la puntuación de la calidad de cuidados es de 8.44 y los profesionales polivalentes la puntuación es de 7.71 con un valor $p=0.023$ mostrando diferencias significativas. No es así en la percepción de autonomía donde los profesionales exclusivos de UCI la media es de 7.88 y los polivalentes de 7.32 con un valor $p=0.190$

Conclusiones:

Los profesionales de enfermería valoran con un notable la calidad y la autonomía de los cuidados enfermeros prestados.

No hay diferencias significativas en la autonomía de cuidados según sexo, categoría profesionales ni lugar de trabajo.

Respecto a la calidad percibida de cuidados por los profesionales, no se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas entre sexo y categoría profesional.

Destacar que si se analiza según el lugar de trabajo los profesionales que trabajan exclusivamente a la UCI valoran mejor la calidad de cuidados prestados respecto a los profesionales que trabajan en otras unidades, con diferencias estadísticamente significativas. Esto debería hacer plantear las políticas de polivalencia de los profesionales enfermeros.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 344(March)

Alghamdi, M. G. (2016). Nursing workload: a concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 24(4), 449–457.

Neill, D. (2011). Nursing workload: and the changing health care environment: a review of the literature. *Administrative Issues Journal: Education, Practice, and Research*, 12, 132–143.

AUTORES/AUTHORS:

María Dolores García Campos, Abel Miranda Reyes, Natalia Antúnez Carril, Eva Lisbona Salgado, Esther Oliva Hernández, Montse Solà Ribò, Ana Isabel Sola Prado, Carme Jover Sancho

TÍTULO/TITLE:

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: DESCRIPCIÓN DE LA INCIDENCIA Y SEVERIDAD.

INTRODUCCIÓN

Las Úlceras por Presión (UPP) son un problema de salud que adquiere una especial relevancia en las unidades de cuidados intensivos (UCI) donde se crea un escenario de alto riesgo para su desarrollo, generando niveles altos de comorbilidades asociadas, dolor, incapacidad, aumento de los días de ingreso y empeoramiento de su estado.

OBJETIVO

Describir la incidencia y severidad de las UPP en pacientes ingresados en la UCI del Hospital Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, desde noviembre del 2016 a febrero del 2017.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio la UCI del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, que cuenta con 30 boxes individuales. La población de estudio fueron los 413 pacientes ingresados en UCI. Muestreo por conveniencia (n=113). Se contemplaron variables sociodemográficas, clínicas y aquellas referidas a incidencia, localización y severidad de la UPP. Análisis descriptivo mediante frecuencias y porcentajes con SPSS versión 19 para Windows.

RESULTADOS

Muestra formada por un 76% (n=86) de hombres y el 24% (n=27) de mujeres. Siendo un 53% de la muestra (n=60) mayores de 65 años. La incidencia de UPP fue de 27 % (n=113). El grado de las UPP registrado fue de 10 % (n=20) para grado I; 75 % (n=144) grado II, 9% (n=19) grado III y 6% (n=11) para grado IV. La localización de las UPP comprende un 35% (n=68) en zona sacra, 26% (n=50) en talones, 25% (n= 49) faciales y un 14% (n=27) en zona occipital.

DISCUSIÓN

La incidencia de UPP plantea la necesidad de analizar los sistemas utilizados para la prevención, detección y monitorización de estas lesiones, así como la unificación de los cuidados enfermeros para garantizar el bienestar del paciente y la prevención de estas lesiones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**BIBLIOGRAFÍA**

1. Avilés Martínez M, Sánchez Llorente M. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de

padecerlas. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012.

2. Pancorbo-Hidalgo P.L, García-Fernández F.P, Torra i Bou JE, José Verdú Soriano J, Soldevilla-Agreda J.J. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014. 25(4):162-170.
3. Rodríguez-Palma M, López-Casanova P, García-Molina P, Ibars-Moncasi P. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº XIII. Superficies especiales para el manejo de la presión en prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas;2011.
4. García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ, Rodríguez-Palma M, Gago-Fornells M, et al. Eficacia de los productos para el tratamiento de las úlceras por presión: una revisión sistemática con metaanálisis. Gerokomos. 2007;18(1):36-48.
5. Romero de San Pío MJ, Álvarez Prado C, Fernández Ordoñez B, González-Fernández A, Rodríguez Madrid O, Valdés Fernández MT, et al. Disminución de la incidencia de úlceras por presión en sacro y talones en pacientes ingresados en cuidados intensivos. Metas Enferm mar 2017;20(2):25-31.
6. García-Fernández F, Pancorbo-Hidalgo P, Soldevilla Agreda JJ, Rodríguez Torres M. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en unidades de cuidados críticos: revisión sistemática con metaanálisis. Gerokomos.2013;24(2):82-89.

AUTORES/AUTHORS:

Paola Andrea Zuluaga Salazar, Ángela Rodríguez Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

Factores que influyen en la calidad del sueño en una muestra de pacientes oncológicos hospitalizados.

Objetivos: Identificar los factores ambientales, físicos, psicológicos y farmacológicos que pueden afectar la calidad del sueño en una muestra de pacientes oncológicos hospitalizados. Reconocer los buenos y malos dormilones.

Método: Estudio observacional, descriptivo, transversal, no probabilístico a conveniencia en pacientes hospitalizados mayor o igual a dos días, diagnosticados con cáncer en cualquier estadio. Participación voluntaria mayores 18 años. Los instrumentos utilizados fueron: Escala de Pittsburgh(PQSI)¹, la escala Edmonton Symptom Assessment System(ESAS-r)², tamizaje de depresión de Whooley et al³. El tiempo estimado para realizar las encuestas fue de 10 minutos. Se recogieron además variables sociodemográficas y variables clínicas. Los datos se analizaron mediante el programa IBM SPSS v. 23.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes, 34 mujeres y 28 hombres, con una edad media de 63,4 años (DT 12,29), entre las neoplasias más prevalentes fueron del aparato digestivo y respiratorio cada uno en el 27,4%. El 82,2% tenían metástasis. El motivo de consulta más frecuente fue el dolor (27,4%). Durante la hospitalización los pacientes recibieron en el 59,7% tratamiento sintomático, 38,7% tratamiento activo y el 1,6% cuidados paliativos. El 96,8% recibían fármacos que alteraban el sueño. Los corticoides, ansiolíticos, sedantes hipnóticos y antiepilépticos fueron los más administrados en un 64,5%.

Resultados PSQI: Los pacientes manifestaron tener una calidad subjetiva del sueño buena en un 58%. El 58,1% tuvo la sensación de dormir menos de 6 horas en el último mes y el 41,9% más de 7 horas. La duración del sueño fue menor a siete horas en el 62,9%. El 66,4% recibía medicamentos para poder conciliar el sueño. El 71% presentó disfunción diurna. El 61,3% de los pacientes presentaron una leve a severa alteración en la latencia del sueño. El 67,7% presenta en algún grado alteraciones en la eficiencia habitual del sueño. Un 98,3% presentó perturbaciones del sueño, dentro de estas encontramos tener que levantarse para ir al servicio (56,5%), toser o roncar ruidosamente (59,7%), calor (53,2%), dolor (56,5%). Se observó una prevalencia de las alteraciones del sueño en el 85%. Los principales factores asociados fueron la intranquilidad y la falta de sensación de bienestar.

Al aplicar el tamizaje de depresión el 51,6% de los pacientes afirmaron sentirse decaídos, deprimidos o sin esperanza durante el último mes y el 53,2% manifestaron sentirse poco interesados o sin deseos de realizar sus actividades.

Durante las últimas 24 horas previas a la encuesta ESAS r, el 66,1% no presentó dolor frente a 33,9% que lo sintió en un nivel de leve a severo. Un 67,8% se sentían cansados. El 74,2% sintió desánimo (grado severo 30,6%) e intranquilidad (grado severo 37,1%). El 87,1% presentaron dificultad en dormir. El 88,7% sintieron una pérdida de bienestar.

Se aplicó una prueba de normalidad para la variable cuantitativa sumatoria de sueño, con una significancia de 0,703 demostrando una distribución normal. Se usó el coeficiente eta para asociar la variable "puntuajes de sueño" con cada una de las variables cualitativas del estudio, a partir de la prueba de comparación de medias no hubo relación significativa. Se empleó una Correlación Bivariada con Spearman y se obtuvo una asociación entre el puntaje PSQI y la escala de ESAS-r en el ítem de ánimo y sensación de bienestar, lo que quiere decir que son directamente proporcionales.

Discusión: El sueño es responsable de la salud física, mental y emocional, con una alta implicación en la morbi mortalidad. La evidencia sugiere que suprime el sistema inmunológico lo que conduce a enfermedades infecciosas, trastornos respiratorios y depresivos mayores4-5.

Las áreas del sueño alteradas corresponden a perturbaciones del sueño relacionadas con despertares nocturnos, duración del sueño, eficiencia, latencia, disfunción diurna y uso de medicamentos para dormir, de siete áreas evaluadas seis se hallaron afectadas, los factores que más influyeron en la calidad del sueño fueron los psicológicos, aquellos pacientes que presentaron una percepción disminuida en la sensación de bienestar y ánimo son quienes tuvieron una relación significativa para ser malos dormilones.

Nuestro estudio se correlaciona con los resultados hallados Delgado-Guay et al6 encontraron que un 85% de los pacientes eran malos dormilones asociado a una peor sensación de bienestar. Mystakidou et al7 demostraron que la desesperanza, el dolor, estado de ánimo parecían influir en la calidad del sueño. En el estudio Mansano y Ceolim8 la depresión, el dolor y la desesperanza influenciaron la calidad del sueño. Kaplow9 demostró como los trastornos del sueño son comunes y tienen un impacto negativo en el bienestar y la calidad de vida.

Por lo anterior es necesario valorar la falta de calidad del sueño por su alta prevalencia entre los pacientes hospitalizados. Esta investigación puede ser un punto de partida para futuras investigaciones y una manera de concienciar al personal de no pasar desapercibido el sueño. Es necesario centrarse en los factores que pueden influir de manera más específica, con instrumentos objetivos para poder intervenir de manera más efectiva este tipo de problema.

No hubo conflicto de interés

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Macías Fernández J, Royuela A. La versión española del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. Vol. 146. 1996. 465 p.
2. Carralero García P, Hoyos Miranda FR, Deblas Sandoval Á, López García M. Calidad del sueño según el Pittsburgh Sleep Quality Index en una muestra de pacientes recibiendo cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*. abril de 2013;20(2):44-8.
3. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depresión. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med*. julio de 1997;12(7):439-45.
4. Someren EJWV, Cirelli C, Dijk D-J, Cauter EV, Schwartz S, Chee MWL. Disrupted Sleep: From Molecules to Cognition. *J Neurosci*. 14 de octubre de 2015;35(41):13889-95
5. Sociedad Española del sueño. Tratado de Medicina del sueño. 1.a ed. Panamericana 2015.
6. Delgado-Guay M, Yennurajalingam S, Parsons H, Palmer JL, Bruera E. Association Between Self-Reported Sleep Disturbance and Other Symptoms in Patients with Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. mayo de 2011;41(5):819-27.
7. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Pathiaki M, Patiraki E, Galanos A, et al. Sleep quality in advanced cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*. mayo de 2007;62(5):527-33.
8. Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Factors associated with poor sleep quality in women with cancer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]*. 2017 [citado 11 de junio de 2017];25(0). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100317&lng=en&tlng=en.
9. Kaplow R. Sleep Deprivation and Psychosocial Impact in Acutely Ill Cancer Patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 1 de septiembre de 2005;17(3):225-37.

AUTORES/AUTHORS:

Rafael Toro Flores, Margarita Moreno Vázquez

TÍTULO/TITLE:

Análisis de la legibilidad de los documentos de consentimiento informado de los ensayos clínicos

Introducción

El consentimiento informado (CI) para participar en ensayos clínicos (EC) puede definirse como la expresión libre y voluntaria de un sujeto para participar en un EC, tras haber sido informado de todos los aspectos pertinentes para que pueda decidir sobre su participación(1).

El CI se justifica por la necesidad de respeto a la persona y a sus decisiones autónomas(2). En la actualidad, el CI se considera un elemento esencial en la investigación con seres humanos.

Para su validez, el CI debe contar con una serie de elementos entre los que destaca la comprensibilidad de la información por parte del sujeto del estudio (3). Esta comprensibilidad se relaciona con la legibilidad del texto del consentimiento. La legibilidad se define como el conjunto de características de los textos que favorecen o dificultan la comunicación eficaz entre el texto y los lectores(4).

De lo expuesto hasta ahora se infiere la utilidad de conocer el grado de legibilidad de los documentos de consentimiento informado (DCI) de los EC, para ver si cumplen con los requisitos éticos exigidos.

Objetivo

Analizar la legibilidad de los documentos de consentimiento informado utilizados en los ensayos clínicos evaluados por un Comité de Ética de la Investigación Clínica.

Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de los DCI de los años 2015 y 2016. La legibilidad se analiza utilizando los índices de Flesh (IF), de complejidad oracional (ICO), de legibilidad integrada (LEGIN)(5), Fernández Huerta (IFH); Szigriszt (IS) y escala INFLESZ. Los índices de legibilidad se obtienen de forma automática con los programas Corel Word Perfect v.11 e INFLESZ v.1.0.

El análisis estadístico de los datos se realiza con el programa SPSS V.18

Resultados

Se analizan 23 DCI de 14 especialidades distintas, 8 son académicos y 15 proceden de la industria farmacéutica. Ninguno de los documentos cumple con el índice de Flesch (> 10). El índice de complejidad oral (<40) se cumple en 9 documentos y el LEGIN (> 70) en 5. El índice de Fernández Huerta (60-70) y el índice de Szigriszt (55-65) se cumplen en 13 documentos. Siguiendo la escala INFLESZ: 13 documentos son considerados con una comprensión "normal", 9 documentos presentan una comprensión "algo difícil" y un documento presenta una comprensión "muy difícil".

Discusión

Los 23 DCI analizados presentan una media en el índice de Flesch de 2,04 (IC 95%= 0,99-3,10), no llegando ninguno a superar los 10 puntos. En relación con los índices ICO y LOGIN sólo 5 tenían una legibilidad adecuada. Uno resultaba muy difícil de comprender y los 17 restantes eran documentos sólo parcialmente comprensibles. Sin embargo, los valores de legibilidad obtenidos con los índices adaptados al castellano son mejores. Así, los índices Fernández Huerta y Szigriszt alcanzan valores normales en 13 ensayos, correspondiendo con una comprensión normal en la escala INFLESZ, esta normalidad equivaldría a un nivel de estudios de enseñanza secundaria. No obstante, 15 de los DCI presentan una lectura considerada como de difícil comprensión.

No se encontraron diferencias significativas entre los distintos servicios y los índices de legibilidad.

Los resultados del estudio coinciden con los presentados por otros autores (6-8).

Como limitación del estudio cabe señalar que los índices de legibilidad no son un método de evaluación exacto, su valor es indicativo.

Los documentos de consentimiento informado que resultan difíciles de leer y comprender, no cumplen con el objetivo básico de informar adecuadamente a los candidatos a participar en un ensayo clínico.

Para evitar este problema se debe mejorar la legibilidad de los DCI mediante el recurso de frases más cortas y la sustitución del lenguaje técnico y científico por palabras más sencillas y de fácil comprensión para el lector del documento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Regula los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos. Real Decreto 1090/2015, 4 de diciembre. BOE núm. 307 (24-12-2015).
2. Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What makes clinical Research ethical? JAMA 2000; 283: 2701-2711
3. Simón Lorda P. El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. En Couceiro A. (ed). Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999
4. Alliende F. La legibilidad de los textos. Santiago de Chile: Andrés Bello; 1994
5. Barrio Cantalejo I, Simón Lorda P. Medición de la legibilidad de textos escritos. Correlación entre método manual de Flesch y métodos informáticos. Aten Primaria 2003;31 (2):104-8
6. Ordovás Baines JP, López Briz E, Urbietta Sanza E, Torregrosa Sánchez R, Jinénez Torres N.V. Análisis de las hojas de información AL paciente para La obtención de su consentimiento informado en ensayos clínicos. Med Clin Barc.1999;112(3):90-4
7. Marrero-Álvarez P, Ruiz-Ramos J, Megías-Vericat JE, Tordera-Baviera M, Poveda-Andrés J L. Evaluación de la hoja de información al paciente y del consentimiento informado en ensayos clínicos. Rev Calid Asist. 2013;28(3):139-44
8. Giménez N, Pedrazas D, Redondo S, Quintana S. Ensayos clínicos y consentimiento informado: visión de investigadores, pacientes y médicos de familia. Aten Primaria. 2016; 48(8):518-526

AUTORES/AUTHORS:

Víctor Fradejas Sastre, Gabriela Veiga Fernández, Ana Rosa Alconero Camarero, Tamara García Camarero, Carmen Sarabia Cobo, Jose María de la Torre Hernández, Elena Fernández Peña, Pablo Merás Colunga, Amanda Veiga Fernández

TÍTULO/TITLE:

Liderazgo enfermero en la seguridad clínica del intervencionismo cardiológico

Objetivo:

Evaluar el grado de cumplimentación del checklist (CL) en la sala de hemodinámica tras un año de su implantación.

Métodos:

Diseño descriptivo transversal. Se analizaron 24 ítems de 400 registros de checklist divididos en dos periodos, comparando los primeros meses tras su implantación con una muestra equivalente pasado un año. Las variables categóricas fueron descritas mediante porcentajes y las variables cuantitativas continuas mediante la media (desviación estándar). La estadística inferencial se llevó a cabo mediante Chi cuadrado, para comparar variables cualitativas, y para las variables continuas se realizó mediante la «t» de Student o U de Mann-Whitney. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS para Windows v. 20, con una significación estadística a del 0,05.

Resultados:

El checklist se realizó en el 97,5% de los procedimientos. Su completa cumplimentación se llevó a cabo en un 21% de los pacientes durante el periodo inicial y en un 36,5% pasado un año ($p=0,0009$). Excluyendo los procedimientos de urgencia, se observó un incremento de su cumplimentación del 24,3% al 46,2% ($p<0,0001$). Por término medio se verifican el 86,3% de los ítems. Se consideraron áreas de mejora aquellos ítems que no superaron el 80% de verificación. 8 ítems (35%) no consiguieron un grado de cumplimentación superior al 80%.

Discusión:

El checklist o listado de verificación constituye una herramienta de seguridad del paciente conocida y validada en el ámbito quirúrgico.

Tras la evaluación del CL adaptado a la sala de hemodinámica tras un año de su implantación, los registros efectuados nos confirman que el CL se utiliza más, pero no se cumple siempre, ni de forma homogénea. Se detectaron algunas preguntas del cuestionario que continúan en un porcentaje alto sin registrar, posiblemente por falta de formación, comunicación, liderazgo y trabajo en equipo (1).

Esta ausencia de registros puede conllevar posteriormente a errores que el personal sanitario puede cometer en la práctica clínica, sin embargo, sería motivo de otro estudio. Fourcade et al(2) revelaron estos mismos problemas detectando las barreras relacionadas con la falta de

comunicación y con la duplicidad de los registros; la propuesta de mejoras para su modificación dependía de factores organizativos y culturales en cada centro, para

lograr una estrategia de cambio construyeron un circuito de retroalimentación con el personal sanitario. El CL está instaurándose gradualmente en los hospitales, siendo los

profesionales de enfermería los más implicados en su implementación (igualmente cirujanos, anestesiólogos, etc.) alertando y eventualmente corrigiendo cualquier acción que pueda tener EAs(3-5).

Todos los miembros del equipo desempeñan una función, de la que dependen la seguridad y el éxito de un procedimiento. La comunicación efectiva en un equipo es una cortesía profesional, pero también un factor crítico, para asegurar unos cuidados de la salud efectivos y evitar errores y efectos adversos. Sólo el trabajo sincronizado y con alto sentido profesional permite que la atención sea integral, adecuada y segura para el paciente(6). Otros autores así lo confirman(7), aunque inicialmente han atribuido la mejoría en los resultados durante la aplicación del CL al efecto temporal de los cambios en la conducta de los profesionales debidas a saberse observados (efecto Hawthorne); los cambios se conservan durante tiempo, ya que tanto cirujanos como enfermeras consideran unos dieciocho meses tras la puesta en marcha de la CL, que ésta es adecuada, se realiza en poco tiempo y mejora la seguridad del paciente, el trabajo en equipo y la comunicación dentro del área quirúrgica(3). Actualmente, los artículos sobre cultura de seguridad en los distintos ámbitos de la asistencia sanitaria han aumentado. Simultáneamente las sociedades científicas y el Ministerio de Sanidad, han realizado numerosas encuestas para valorar la cultura de seguridad y han proporcionado herramientas para mejorarla(8-9). Sin embargo, es importante implantar medidas dirigidas a la prevención de efectos adversos, como son la realización sistemática de las verificaciones necesarias para evitar errores, el uso de las recomendaciones basadas en la evidencia científica, fomentar una comunicación eficaz dentro de los equipos(1-4) e implicar al paciente en su seguridad(5). Ha demostrado ser un instrumento que permite resumir información, disminuir errores y mejorar los estándares de calidad. Hace un año adaptamos un modelo similar en nuestra sala de Hemodinámica con el fin de aportar mayor seguridad clínica en los procedimientos. Pasado este año, se detecta una mejora en la implicación por parte del personal de enfermería en cuanto a la cultura de seguridad en la práctica diaria. No obstante, conocer realmente su efectividad sin verlo como una carga laboral adicional, es difícil debido a la escasa percepción de los efectos adversos que se producen sin su cumplimentación. Los resultados obtenidos identifican puntos de mejora, por tanto, proponemos continuar implementando estrategias que mejoren el cumplimiento, así como nuevas evaluaciones para contribuir a garantizar la seguridad de la asistencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Alnaib M, Al Samaraee A, Bhattacharya V. The WHO surgical safety checklist. J Perioper Pract. 2012 ; 22:289-92.
2. Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. BMJ Qual Saf. 2012; 21: 191-7.
3. Nilsson L, Lindberget O, Gupta A, Vegfors M. Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes. Acta Anaesthesiol Scand. 2010; 54: 176-82.
4. Sax HC, Browne P, Mayewski RJ, Panzer RJ, Hittner KC, Burke RL, et al. Can aviation-based team training elicit sustainable behavioral change? Arch Surg. 2009; 144: 1133-7.
5. de Vries EN, Prins HA, Crolla RM, den Outer AJ, van Andel G, van Helden SH, et al; SURPASS Collaborative Group. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. N Engl J Med. 2010; 363: 1928-37.
6. Pronovost P, Vohr E. Safe patients, smart hospitals: How one Doctor's checklist can help us change health care from the inside out. NY; Hudsson Street

Press; 2010.

7. Vijayasekar C, Steele RJ. The World Health Organization's surgical safety checklist. *Surgeon*. 2009; 7: 260-2.

8. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

9. Roqueta E, Tomás S, Chanovas M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias*. 2011; 23: 356-364.

AUTORES/AUTHORS:

María Dolores Carrión Pérez, María Lorena Folgado Temprano, Ana Isabel Miguélez Luis, Lucia García Burgo, Yolanda Martín Vaquero

TÍTULO/TITLE:

Estudio de tabaquismo en trabajadores de un hospital: ICBN

INTRODUCCIÓN: Según los últimos datos de la OMS, el tabaco es la causa de muerte de más de 7 millones de personas al año (1). De los cuales, 890.000 corresponden a fumadores pasivos que respiran aire contaminado por el humo del tabaco, con más peligro de enfermar que los propios fumadores. El cáncer de pulmón, infecciones respiratorias y enfermedades cardiovasculares, están relacionadas con este humo. En esta inhalación se han identificado más de 4000 sustancias, según la OMS. Otras sociedades como la Asociación Española de Especialistas en Tabaquismo, hablan de 8000. De estas sustancias, 250 son nocivas y 50 cancerígenas. Algunas, como el monóxido de carbono, la nicotina o los alquitranes muy peligrosas para la salud. El monóxido de carbono disminuye la capacidad de la sangre de transportar oxígeno a las células. La nicotina crea un alto índice adictivo, además de elevar la tensión arterial y el ritmo cardíaco. Los alquitranes son sustancias cancerígenas que pueden producir cáncer en diversos órganos y sistemas del cuerpo humano (2) Los fumadores tienen tres veces más riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular que el resto de la población. Es la causa de un abundante número de procesos respiratorios y agrava la mayoría de estos (3). Además de generar muertes precoces, privan a las familias de ingresos, generan un alto gasto sanitario y dificultan el desarrollo económico de los países (4). El tabaquismo es una enfermedad crónica y debe ser tratada por especialistas (5). Las autoridades sanitarias deben realizar políticas para prevenir y tratar la deshabituación tabáquica. Así como formar a profesionales, para realizar este cometido. Varias comunicaciones expuestas en el Congreso Internacional de Enfermería, realizado en Barcelona (ICNB) dejaron patente que los profesionales, somos un ejemplo para los pacientes (6). El tabaquismo es una causa evitable.

OBJETIVO: Analizar el consumo de tabaco en los trabajadores del Hospital. Identificar las aptitudes y opiniones que el tabaco genera tanto en fumadores como no fumadores.

METODOLOGÍA: Estudio observacional, descriptivo, mediante cuestionario de consumo de tabaco de la Red Hospitales Libres de Humo de Tabaco (HLHDT). Validado por la Región de Murcia. A la cual, se pidieron los permisos para el uso de este cuestionario. El Cuestionario consta de varios ítems repartidos en bloques, sobre hábitos, actitudes, opiniones y motivación de los profesionales. La población de estudio fueron los trabajadores de diferentes categorías profesionales de Sacyl del Hospital. El análisis descriptivo de los datos se realizó mediante excell®

RESULTADOS: El estudio se realizó a 140 trabajadores del Hospital, mediante un cuestionario, de los cuales: 9'5% eran médicos de Medicina Interna y Urgencias, 20% enfermeras, 33'3% TCAES y técnicos superiores, 6'7% administrativos, 13'3% celadores, 17'1% otras categorías. Fue contestado por el 75 % (105) con una edad media $47 \pm 9'6$ años, intervalo (25-64), el 84'8% son mujeres. El 56'5% (52) trabajadores tienen relación asistencial con los pacientes, y un 37% (34) no realizan tareas asistenciales. Los hábitos tabáquicos de los trabajadores son: 14'1% refiere fumar diariamente, 7'6% ocasionalmente, 37'1% no fumaba en el momento de realizar los cuestionarios, 4'8% exfumadores recientes y el 36'8% exfumadores de más de 6 años. La cantidad de tabaco fumado diariamente se situaba en 4'8% entre 16-20 cigarros y 9'5 % 10 c. La edad media de inicio de los fumadores activos se sitúa a los 18 años. De los trabajadores fumadores encuestados, el 3'8% está pensando dejar de fumar, frente a un 8'6% que no tiene intención de dejarlo. Los trabajadores que habían dejado de fumar (32)30'5% utilizaron diversos medios para abandonar el hábito. El 50% de los exfumadores lo había intentado en varias ocasiones. El otro 50%, solo lo había intentado una vez. A las preguntas relacionadas referente al tabaco y profesionales, 68'6% cree que los profesionales no deberían fumar, 85'7% piensan que los padres deberían ser ejemplo, 96'2% opinan que todos deberíamos respirar aire puro. Concerniente a las preguntas sobre conocimientos para ayudar a dejar de fumar, el 28'6 refiere que no dispone de habilidades necesarias para ello y que deben ser los profesionales preparados

adecuadamente para atender esta enfermedad crónica y evitar las recaídas.

CONCLUSIONES: Los efectos nocivos del tabaco preocupan menos a los fumadores. Los trabajadores que habían dejado de fumar, usaron varias terapias alternativas, desde la hipnosis hasta la propia voluntad. Ninguno de ellos utilizó la propia institución, ni solicitó ayuda a Asociaciones como la Asociación Contra el Cáncer u otras, para abandonar el hábito tabáquico. La mayoría de los trabajadores fumadores y no fumadores piensan que los profesionales sanitarios no deben fumar, deben ser un ejemplo para transmitir hábitos saludables a los pacientes. Además de aconsejar y dar opciones para abandonar el tabaquismo, cuando los pacientes así lo requieran. Que las personas que deben ayudar a conseguir abandonar el hábito, deben ser profesionales sanitarios preparados en tabaquismo. Los resultados encontrados en este estudio, son muy similares a estudios realizados en diferentes hospitales de otras comunidades autónomas (7-10).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Organización Mundial de la Salud. [Internet] Tabaco. 2017. [Acceso 21 de agosto de 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
2. Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo [Internet] Preguntas frecuentes. 2017. [Acceso 22 de agosto de 2017] Disponible en: <http://www.sedet.org/quienes-somos/preguntas-frecuentes/>
3. Gullón Blanco JA, Martínez Muñoz MA, García García JM. Tabaco, infecciones respiratorias y tuberculosis [Internet] 2014 [Acceso 03 de agosto de 2017] 16(4): 200-4. Disponible en: https://issuu.com/separ/docs/prev_tab_16-4
4. European Network for Smoking and Tobacco Prevention. [Internet] Tobacco-Free Europe: Meeting New Challenges, Driving to Tobacco Endgame. Atenas. 2017. [Acceso 31 de agosto] Disponible en: <http://ensp.org/2017/05/31/athens-declaration/>
5. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica Tabaquismo [Internet] Madrid. 2017 [Acceso 21 de agosto de 2017] Disponible en: <http://www.separ.es/?q=node/54>
6. Peiró i Fábregas M. La visión de enfermería en la intervención del tabaquismo [Internet] 2014 [Acceso 03 de agosto de 2017] 16(4): 205-7. Disponible en: https://issuu.com/separ/docs/prev_tab_16-4
7. Rodríguez García J, Valderrey Barbero J, Secades Villa R, Vallejo Seco G, Fernández Hermida JR, Jiménez García JM, et al. Consumo y actitudes sobre el tabaco entre el personal sanitario del Principado de Asturias. [Internet] 2004 [Acceso 15 de agosto de 2017] 6(4). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097304701683>
8. Gutiérrez García JJ, Velasco Soria A, Lozano Polo A, Usera Clavero ML. Estudio sobre Tabaquismo en Profesionales Sanitarios de Atención Primaria de Salud de la Región de Murcia. [CD-ROM]. 1a ed. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social; [Internet] 2011 [Acceso 31 de julio de 2017] Serie Informes: 60. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/238345-estudio_tabaquismo.pdf
9. Cobos Gambero E. Determinantes sociolaborales del tiempo de abstinencia tabáquica en personal de enfermería del Hospital Universitario. [Internet] 2016 [Acceso 20 de julio de 2017] 18(4): 203-12. Disponible en: https://issuu.com/separ/docs/2016_prev._tab._18-4
10. Fandos Lorente S, Alquezar Fernández M, Gavín blanco O, Colas Orós C, Berenguer Carreras L. Resultados de la encuesta de tabaquismo en el Hospital de Alcañiz [Internet] 2015 [Acceso 22 de julio de 2017] 17(4): 158-62. Disponible en: https://issuu.com/separ/docs/prev_tab_17-4

POSTER 1**AUTORES/AUTHORS:**

Alba Rey Jiménez

TÍTULO/TITLE:

Efectos de la presencia de una Enfermera de Referencia Perioperatoria en la ansiedad pediátrica.

La ansiedad en los niños durante el periodo preoperatorio es un importante problema de salud, ya que se trata de un factor determinante en el desarrollo del periodo perioperatorio y además, se encuentra asociada a complicaciones preoperatorias, como una inducción a la anestesia más complicada, y postoperatorias como un aumento del nivel del dolor o una estancia hospitalaria prolongada (1-3). En España, este tema ha sido vagamente abordado y los estudios que se han realizado con resultados concluyentes, cuyo objetivo principal era disminuir la ansiedad en los niños que se van a someter a una intervención quirúrgica, han sido realizados fuera de nuestras fronteras y debido a las distintas características y al distinto Sistema de Salud de nuestro medio parecen no ser extrapolables a nuestra población. Algunos de los factores influyentes en la ansiedad en el niño son, entre otros, la edad, la etapa de desarrollo y el potencial cognitivo del niño, la falta de información y conocimiento acerca del entorno quirúrgico y, como factor más influyente, los padres o cuidadores principales (1, 3-5). El grado de ansiedad de los padres se encuentra estrechamente relacionado con el de sus hijos, disminuyendo cuando se muestran tranquilos y favoreciendo su incremento cuando se muestren ansiosos (2,4,6). Se han definido tres momentos en el periodo preoperatorio que provocan los picos de mayor ansiedad en los niños: la venopunción, la separación de los padres y la inducción a la anestesia, considerándose el momento de colocarle la mascarilla el pico de mayor ansiedad de todos (2,4,7,8). Además, los niños en edad preescolar, pueden asociar la intervención quirúrgica a malos comportamientos suyos, pues se encuentran en la etapa de desarrollo donde predominan los pensamientos mágicos (9). Entre las estrategias que han demostrado ser eficaces en la reducción de la ansiedad podemos destacar: dar el tiempo necesario a los pacientes y sus familiares para expresar sus miedos y dudas ya que establecer una relación con el niño y valorar sus necesidades psicológicas ayudará a abordar mejor su ansiedad (3,8,10); organizar visitas de quirófano y reuniones con el cirujano y la enfermera puede ayudar a reducir la ansiedad del niño (13); o ser sensible al niño y flexible ante la realización de determinadas acciones con el fin de satisfacer sus necesidades (8,11). Como profesionales de enfermería atender a un niño en el periodo perioperatorio supone un gran desafío, ya que implica la dedicación de tiempo y un cambio en los procesos del cuidado al niño. Por todo lo anterior expuesto, se considera necesario plantear un estudio con el objetivo de evaluar si una intervención basada en la presencia de una Enfermera de Referencia Preoperatoria Infantil (ERPI), que establezca una relación de confianza con el niño y sus padres, y se encargue de su información, preparación y educación durante todo este proceso, reduce la ansiedad perioperatoria del niño y de sus padres, solucionando así las complicaciones perioperatorias asociadas a la ansiedad infantil.

Objetivo: Evaluar si la implantación de la figura de una Enfermera de Referencia Perioperatoria Infantil (ERPI) disminuye la ansiedad perioperatoria y mejora la evolución en el periodo postoperatorio de los niños de entre 3 y 6 años que vayan a ser sometidos a una intervención quirúrgica.

Método: Se trata de un ensayo clínico en el que la muestra será seleccionada mediante muestreo aleatorio probabilístico simple. La población de estudio será niños de 3 a 6 años que vayan a ser sometidos a una intervención quirúrgica y con estancia hospitalaria de más de 24 horas. Se crearán dos grupos: el grupo control será sometido al procedimiento habitual del hospital; el grupo intervención contará con la presencia de la Enfermera de Referencia Perioperatoria Infantil (ERPI), cuya función será acompañar al niño y sus padres durante todo el proceso perioperatorio, estableciendo una relación de confianza con ellos y aportándoles información y conocimientos acerca del entorno quirúrgico mediante citas previas a la cirugía. Se medirá la ansiedad pediátrica mediante la escala m-YPAS (12) y el dolor utilizando la escala Wong-Baker Faces (13). Además, la ansiedad de los padres se medirá con la escala Hamilton (14). Para la comprobación de la hipótesis se calculará la Odds Ratio. Para el análisis de datos se asumirá un nivel de confianza del 95%. El proyecto de investigación tendrá una duración de dos años y medio (octubre 2016 - abril 2019).

Resultados: Dado que se trata de un proyecto de investigación, que aún no se ha realizado, no se dispone de resultados.

Discusión: Si se cumple la hipótesis propuesta, los resultados esperados serán una disminución de la ansiedad del niño quirúrgico de 10 puntos en la escala mYPAS, una reducción de las complicaciones pre y postoperatorias en el niño, una reducción de los costes

en la asistencia sanitaria y el aprendizaje de estrategias de afrontamiento para futuras situaciones estresantes en los niños.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Amin A, Oragui E, Khan W, Puri A. Psychosocial considerations of perioperative care in children, with a focus on effective management strategies. *Clinical Feature*. 2010; 20(6): 198-202.
2. Fortier MA, Del Rosario AM, Martin SR, Kain ZN. Preoperative anxiety in children. *Pediatr Anaesth*. 2010; 20: 318-322.
3. Corser K. It's the little things. *The Dissector*. 2015; 43(1): 14-16.
4. Fortier MA, Kain ZN. Treating perioperative anxiety and pain in children: a tailored and innovative approach. *Pediatr Anaesth*. 2015; 25(1): 27-35.
5. Rangel Ávila F, Haro Haro JM, García Méndez N. La ansiedad de los padres incrementa la ansiedad preoperatoria en el paciente pediátrico cuando este va a someterse a cirugía ambulatoria. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 2012; 59 (2): 83-90.
6. Sjöberg C, Amhliden H, Nygren JM, Arvidsson S, Svedberg P. The perspective of children on factors influencing their participation in perioperative care. *JCN*. 2015; 24: 2945-2953
7. Cuzzocrea F, Gugliandolo MC, Larcan R, Romeo C, Turiaco N, Dominici T. A psychological preoperative program: effects on anxiety and cooperative behaviors. *Pediatr Anaesth*. 2013; 23: 139-143.
8. Berglund IG. Nurse anaesthetists' experiences with pre-operative anxiety. *NCYP*. 2013; 25(1): 28-34.
9. Scully SM. Paternal presence during pediatric anesthesia induction. *AORN Journal*. 2012; 96(1): 26-33.
10. Copanitsanou P, Valkeapää K. Effects of education of paediatric patients undergoing elective surgical procedures on their anxiety- a systematic review. *JCN*. 2013; 23: 940-954.
11. Selimen D, Andsoy II. The importance of a holistic approach during the perioperative period. *AORN*. 2011; 93(4): 482-487.
12. Jerez C, Ullán AM, Lázaro JJ. Fiabilidad y valide de la versión española de la escala de evaluación de la ansiedad prequirúrgica pediátrica modified Yale Preoperative Anxiety Scale. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 2016; 63(6): 320-326.
13. Garra G, Singer AJ, Taira BR, Chohan J, Cardoz H, Chisena E, Thode HC. Validation of the Wong-Baker Faces Pain Rating Scale in pediatric emergency department patients. *Acad Emerg Med*. 2010; 17(1): 50-54.
14. Lob A, Chamorro L, Luquec A, Dal-Réc R, Badiad X, Baród y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). Validación de las versiones en español de Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin Barc*. 2002;118(13):493-9

POSTER 3**AUTORES/AUTHORS:**

Luis Manuel Barbero García

TÍTULO/TITLE:

Justificación de la enfermería escolar: competencias y perfil profesional

Objetivos: conocer las evidencias científicas que justifican la enfermería escolar. Describir las competencias y el perfil profesional en el contexto educativo.

Material y métodos:revisión sistemática en PubMed, CUIDEN y CINAHL. DECs: niño (child), servicio de enfermería escolar (school nursing) y salud escolar (school health). Primer filtro de selección: título del trabajo. Posteriormente se ha revisado el resumen. De los seleccionados, se analizó el texto completo. Los criterios de exclusión fueron los límites temporales y el idioma diferente al inglés y español.

Resultados: Serecuperaron 74 documentos excluyendo 48 por no relacionarse con el tema. Se excluyen 12 por idioma y fecha de publicación. Se incluye un documento por búsqueda referencial. Se seleccionaron 17 artículos. La enfermera escolar puede influir en la salud y bienestar reconociendo la escuela como el espacio social de adquisición de hábitos. La educación para la salud se contempla en los contenidos curriculares de Educación Primaria(1). Es urgente el trabajo en colaboración entre las instituciones educativas y sanitarias para favorecer el desarrollo óptimo de las personas (2,3). Los centros escolares deben contar con personal capacitado para tal fin(4). La responsabilidad enfermera es contribuir de forma positiva en el desarrollo de los escolares favoreciendo el autocuidado y promoviendo la salud como responsabilidad colectiva(3).El profesional de enfermería es clave en la coordinación y ejecución de los cuidados de enfermería (5) y como experto en materia de salud promoviendo cuidados de enfermería adaptados al individuo, familia y comunidad (6). La enfermera escolar es fundamental en el manejo de los cuidados en la cronicidad, disminuyendo las ausencias a clase y aumentando la participación de los alumnos/as en actividades académicas. Existe también el desarrollo de planes individualizados para alumnos con necesidades especiales. De igual modo, su liderazgo ante situaciones críticas puede facilitar una respuesta adecuada de forma inmediata. El personal de enfermería puede ser imprescindible en la planificación escolar de para estudiantes con patologías con necesidades especiales ya que desarrolla conocimientos sobre limitaciones motoras, sociales y emocionales. Además, promueve el éxito académico manteniendo a los estudiantes saludables a nivel físico y mental(7). La evaluación de la intervención de enfermería permite conocer la efectividad de la coordinación entre el contexto académico y sanitario. La enfermera/o juega un papel determinante en el abordaje de la salud pública mejorándola día a día desde edades tempranas(8). Por otro lado, las barreras para el profesional sanitario en el contexto escolar son el tiempo que se debe emplear en los cuidados, la formación precaria en salud del resto del equipo educativo y el escaso apoyo que existe actualmente para este recurso.

Discusión: La enfermera se percibe como el profesional idóneo para este objetivo. La promoción de la salud busca la mejora de la calidad de vida evitando situaciones o factores de riesgo que puedan deteriorarla. Las funciones enfermeras se detallan en la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias que dice "a los diplomados de enfermería les corresponde la prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la prevención de las enfermedades y discapacidades"(9). El Decreto 1231/2001 de Ordenación de la actividad profesional de Enfermería, recoge las funciones asistencial, investigadora, docente y de gestión a través de las que derivala enfermería escolar (10). En la función asistencial, la enfermera aporta sus cuidados a la comunidad escolar, basa su práctica en la evidencia científica, y actúa en: la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud escolar, aplica el proceso de atención de enfermería, responde a la demanda asistencial, asiste emergencias en horario lectivo, administra medicación prescrita y autorizada, establece el seguimiento de enfermedades crónicas, previene y detecta problemas precozmente, participa en la comisión del comedor y asesora en temas de salud. La función docente conlleva actividades educativas como la promoción de la salud, formación para padres y madres sobre los problemas más comunes, formación del personal educativo, colaboración con el equipo docente para la integración de contenidos en materia de salud, educación de escolares con enfermedades crónicas y fomento de la cultura de salud. La función de investigación amplía el conocimiento enfermero sobre la salud escolar, colaboración con grupos de investigación, valorar la satisfacción generada por la enfermería escolar, mejora de los recursos de educación para la salud y fomento de la investigación. Por último, en la función gestora, la enfermera/o coordina la planificación de enfermería escolar con la comunidad educativa y la atención de enfermería con los diferentes recursos disponibles. Gestiona la historia clínica, asume el perfil de referente de salud y registra la actividad de enfermería(11). La escuela es el espacio social en el que los menores invierten gran parte de su tiempo. Se caracteriza por ser el

lugar idóneo para la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables(9,10,11).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Siston A, Vargas L. El enfermero en la escuela: prácticas educativas en la promoción de la salud de los escolares. *Enfermería Global* 2007; 6(2).
2. Gallego de Prado GP. Una estrategia de enfermería escolar en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. *Aquichán* 2003; 3(1).
3. Worrell K, Shaw M, Postma J, Katz J. A systematic Review of the literature on screening for exercise – induced asthma: considerations for school nurses. *SAGE Journals [Internet] USA* 2014 [acceso 25 mar 2017]; 31 (1) 70-6. Disponible en: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1059840514523295?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
4. León Correa FJ. Salud escolar y educación para la salud: principio y valores desde la bioética. *Hacia la promoción de la salud* 2008; 13:25-41.
5. Jackon C, Albanese A, Butler K, Chiang J, DeebL, Hathaway K, et al. Diabetes Care in the School Setting: A Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care [Internet]* 2015 [acceso 25 mar 2017]; 38 (10): 1958-63. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/38/10/1958.long>
6. McClanahan R, Weismuller P. School nurses and care coordination for children with complex needs: and integrative review. *SAGE Journals [Internet] USA* 2014 [acceso 25 mar 2017]; 31 (1): 34-43. Disponible en: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1059840514550484?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed.
7. Rosenblum RK, Sprague J. Using principles of quality and safety education for nurses in school nurse continuing education. *SAGE Journals [Internet]. USA* 2013 [acceso 25 mar 2017]; 30 (2): 97-102. Disponible en: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1059840513489710?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
8. Fleming R. The future of school nursing: banishing band – AIDS to improve public health outcomes. *SAGE Journals [Internet]. USA* 2012 [acceso 25 mar 2017]; 13(3):1426. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1527154412453486>
9. España. Ministerio de la Presidencia y para las Administraciones territoriales. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE nº 280, de 22 de noviembre de 2003.
10. España. Ministerio de la Presidencia y para las Administraciones territoriales. Ley Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre. BOE nº 269, de 9 de noviembre de 2001.
11. Encinar Casado A. *Enfermería Escolar. La situación hoy en día.* 2015; 7 (1): 56- 61.

POSTER 6

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Lastra Martínez, Valentina Cortés Cardona

TÍTULO/TITLE:

Educación sanitaria en personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

1. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad que conlleva una gran carga de morbimortalidad y que supone para la persona una limitación importante en su vida diaria.

Se ha observado que la prevalencia del EPOC aumenta progresivamente debido a que nos encontramos con una población cada vez más envejecida, cambios ambientales con mayor producción de polución, y el hábito tabáquico entre la población.

El presente proyecto que llevaremos a cabo en el contexto del trabajo final de grado (TFG), está situado en la modalidad del Aprendizaje y servicio (ApS). El ApS es un proyecto, iniciativa de la Universidad de Barcelona (UB), que tiene como objetivo principal compartir ideas.

En nuestro proyecto, la universidad ha tomado contacto con el Centro de Atención Primaria (CAP) de Bellvitge. En este centro el equipo de enfermería, que detectó una necesidad educativa en pacientes con EPOC. Se nos informó que determinadas personas que padecen EPOC no tienen los adecuados conocimientos, habilidades y actitudes sobre el cuidado que conlleva dicha patología, y es necesario un refuerzo externo, además del ofrecido por enfermería en la consulta. Por ello, se consideró necesaria la implantación de un programa de educación sanitaria sobre el EPOC haciendo partícipes a estos/as pacientes.

Nuestra función, en esta intervención, será preparar una serie de intervenciones, para personas afectadas por esta patología, con la intención de resolver y/o mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de estas personas hacia su patología.

2. OBJETIVOS

2.1.1. Objetivo general

Contribuir en la mejora de la función respiratoria y la calidad de vida de las personas con EPOC desde el ámbito de la Atención Primaria en el CAP Bellvitge implementando una intervención educativa.

2.1.2. Objetivos específicos

- Favorecer que las personas con EPOC participen activamente en su autocuidado.
- Favorecer la correcta realización del tratamiento con un buen entrenamiento en el manejo de inhaladores y accesorios.
- Aumentar los conocimientos y habilidades para prevenir reagudizaciones de su enfermedad y en caso de que ocurran saber cómo actuar ante ellas.

3. MÉTODO

El proyecto tiene lugar en el CAP Bellvitge: Carrer de l'Ermida de Bellvitge s/n, 08907. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Primero hemos realizado un estudio para analizar la situación de la población, determinar el problema, el grado y las necesidades.

Se concluye que en la población hay un problema real de incidencia y prevalencia de EPOC en aumento y, centrándonos sobre todo en la población que asiste al CAP de Bellvitge diagnosticada de EPOC. En el barrio de Bellvitge, lugar donde se llevará a cabo la intervención, hay una disminución de la calidad de vida, especialmente en edades más avanzadas (y no tan avanzadas) que provoca un aumento de los gastos sanitarios. Esta demanda sanitaria podría ser disminuida con una educación, concienciación y motivación en relación a estilos de vida y hábitos saludables. En este caso, orientados a reforzar los conocimientos sobre el tratamiento del EPOC y estilos de vida saludable, y concienciar sobre todo de la importancia de seguir las pautas para evitar constantes visitas médicas y reingresos, remarcando como principal beneficio el aumento de calidad de vida. Partiendo de estos datos viables como instrumento diagnóstico de la población e identificando aquellas necesidades en las que hay que intervenir, hemos diseñado unas sesiones para impartir los conocimientos dirigidos a mejorar la calidad de vida de los asistentes al introducirlos en sus vidas.

El formato pedagógico será presencial, siguiendo una estrategia grupal. Utilizaremos una combinación entre el método expositivo y demostrativo, y técnicas tales como la lección magistral, la síntesis teórica, charlas, demostración y entrenamiento. El grupo seleccionado es de 10 personas, todas con una evolución larga de EPOC en un estado de salud similar, mayoritariamente de 65 años, jubilados/as. Realizaremos 3 sesiones de 1 hora de duración, los temas expuestos en tales sesiones serán: ¿Qué es la EPOC?, el tratamiento inhalatorio, actuación ante una exacerbación, estilos de vida saludable y fisioterapia respiratoria.

Para evaluar el impacto de la intervención, valoraremos el nivel de conocimientos previos y post mediante un cuestionario que consta de un seguido de preguntas generales sobre la enfermedad y tratamiento.

4. RESULTADOS

A lo largo de las sesiones hemos detectado una evolución de los asistentes en cuanto a conocimientos sobre la fisiopatología de la enfermedad, y sobre todo sobre el uso de inhaladores, que desde un primer momento han mostrado un alto nivel de habilidad y conocimiento. Pero aun así han aprendido pequeños detalles que pasaban por alto. Sobre los estilos de vida saludable y la exacerbación también había bastantes conceptos que desconocían, pero siempre han mostrado interés.

5. DISCUSIÓN

Realizar este tipo de intervención en personas con EPOC es importante puesto que hemos observado que al ofrecerles un espacio dedicado a ellos y educación interactiva, se motivan más en cuanto a su autocuidado. Además, estar en contacto con personas en su misma situación, les posibilita resolver más dudas basadas en la experiencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. APS. APS: Centro Promotor de Aprendizaje Servicio [Internet]. ¿Qué es el APS? Recuperado a partir de: www.aprenentatgeservei.cat
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [Internet]. 2015
3. Anguera C et al. Malaltia pulmonar obstructiva crònica. Inst Català la Salut Guies pràctica clínica. 2010;
4. Falco A, Rodríguez C. Cures infermeres a la persona amb trastorns de l'aparell respiratori[apuntes]. En: 2o curso Grado en Enfermería 2013-2014. Universidad de Barcelona, Facultad de Medicina y Ciencias de la salud; 2014.
5. 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(Supl 1):1-16.
6. Duran-tauleria E, Garci F, Soriano JB, Miravittles M, Borderi L, Serra J, et al. Diferencias geográficas en la prevalencia de EPOC en España: relación con hábito tabáquico, tasas de mortalidad y otros determinantes. 2011;46(July 2007):522-30.
7. Diputació Barcelona. Malalties respiratòries [Internet].
8. Martinez F. Early-Life Origins of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. New Engl J Med. 2016;375(9):871-8.
9. Kendzerska T, To TM, Aaron SD, Loughheed MD, Sadatsafavi M FJ. The impact of a history of asthma on long-term outcomes of people with newly diagnosed chronic obstructive pulmonary disease: A population study. J allergy Clin Immunol. 2016;
10. Rennard V. Natural histories of chronic obstructive pulmonary disease. Proc Am Thorac Soc. 2008;5(9):878-83.
11. Calle M, Molina J, Almagro P, Miravittles M, Soler-catalu JJ, Quintano JA, et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. 2016;48(7):247-57.
12. Luis Rodrigo, MT (coordinadora). Enfermería clínica : cuidados enfermeros a las personas con trastornos de salud [Internet]. Philadelphia [etc.] : Lippincott Williams and Wilkins; 2015
13. Marina L, Casas P, Florida L. Informació de la ciutat de L à€™ Hospitalet Any 2015. 2015.
14. Ajuntament de L'Hospitalet. Informació del barri de Bellvitge de la ciutat de l à€™ Hospitalet. 2015;2015.
15. Ajuntament de L'Hospitalet. Sanitat, salut pública i sanitat ambiental. :55-67.

POSTER 7**AUTORES/AUTHORS:**

Laia Massot Chicot

TÍTULO/TITLE:

Ensayo clínico de los esguinces laterales externos de tobillo de grado III

Los esguinces de tobillo, son una de las lesiones musculoesqueléticas más frecuentes en los servicios de urgencias hospitalarios y en los centros de salud. Aun así, existe controversia sobre cuál es la mejor estrategia de tratamiento de una lesión de tobillo, de modo especial en los esguinces de tercer grado.

Objetivo:

Evaluar la eficacia del tratamiento inmovilizador con férula posterior versus bota de yeso versus tratamiento funcional mixto en los esguinces laterales externos de tobillo de grado III.

Metodología:

Ensayo clínico ciego de 3 ramas. Este estudio se llevaría a cabo en el servicio de urgencias del Hospital de Palamós (Girona). La muestra total necesaria se calcularía en función de los datos facilitados por el propio hospital del año 2016, resultando 171 pacientes, 57 pacientes por rama de tratamiento.

Para llevar a cabo este estudio, es necesario la participación del equipo de enfermeros/as del servicio de urgencias, un investigador para el enmascaramiento y el investigador principal del estudio. Este proyecto, habría sido aprobado por el Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de Girona.

En primer lugar, se realizaría un curso formativo de 20 horas a todos los enfermeros/as del servicio de urgencias, sobre las tres estrategias de tratamiento, con la finalidad de estandarizar los mismos.

La inclusión de pacientes al proyecto, se llevaría a cabo durante un año. En este período, se invitaría a participar a aquellos usuarios que acudieran al servicio de urgencias y cumplieran los criterios de inclusión. Estos recibirían la hoja de información al participante y la hoja del consentimiento informado.

Una vez decidieran participar, serían asignados a uno de los tres grupos de tratamiento de forma aleatoria, según el orden de llegada.

El tratamiento, sería comunicado a través del investigador del enmascaramiento al enfermero/a de urgencias, para que el investigador principal se mantuviera ciego.

Tras realizar el tratamiento, se citarían a los pacientes al primer y al tercer mes después de la lesión con el fin de contestar un cuestionario ad-hoc, elaborado por el investigador principal. Este cuestionario, integraría unas variables sociodemográficas (identificador, edad, sexo, peso, talla, número de esguince, forma de torcedura -inversión o eversión, revisión del vendaje y grado de adherencia a las recomendaciones del personal sanitario), la escala de "De Bie" que predice la severidad de los esguinces y la escala de "Cumberland Ankle Instability Tool" con la que evaluaríamos la inestabilidad del tobillo.

Estos cuestionarios, serían evaluados por la investigadora principal a través del paquete estadístico IBM-Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 23.0 con la prueba de Kruskal-Wallis, X² y la de Wilcoxon para comparar las diferencias pre-post entre los grupos.

Se considerarán valores estadísticamente significativos cuando $p < 0,05$ con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-Mccrisky BJ, Cameron KL, Orr JD, Waterman BR. Management and prevention of acute and chronic lateral ankle instability in athletic patient populations. *World J Orthop.* 2015;6(2):161-71

-Polzer H, Kanz KG, Prall WC, Haasters F, Ockert B, Mutschler W, et al. Diagnosis and treatment of acute ankle injuries: development of an evidence-based algorithm. *Orthop Rev (Pavia).* 2012;4(5):22-32

POSTER 8**AUTORES/AUTHORS:**

CRISTINA DE PABLO MORANTE, AZUCENA PEDRAZ MARCOS

TÍTULO/TITLE:LA INFLUENCIA DE LOS PLANES DE CUIDADOS ENFERMEROS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ANTICOAGULADO.
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**Objetivos****Objetivo general:**

Valorar la eficacia de la utilización de planes de cuidados enfermeros estructurados a través de la Teoría de Déficit de Autocuidado de D. Orem en la seguridad objetiva (riesgo de hemorragia) y seguridad subjetiva del paciente en tratamiento con anticoagulantes orales.

Objetivos específicos:

- Establecer la relación entre la utilización de planes de cuidados enfermeros y la prevalencia de efectos adversos del tratamiento anticoagulante.
- Conocer la adherencia al tratamiento y su influencia en el riesgo de complicaciones.
- Conocer la influencia de las enfermedades y tratamientos concomitantes, así como de la alimentación en el riesgo de complicaciones.
- Establecer la relación entre la utilización de planes de cuidados enfermeros y el grado de percepción de seguridad del paciente anticoagulado.

Método

Se llevará a cabo un estudio mixto cuantitativo – cualitativo.

Para conocer la posible influencia positiva de los planes de cuidados enfermeros estructurados sobre la seguridad objetiva de los pacientes bajo tratamiento anticoagulante oral se empleará un estudio cuasi-experimental con diseño pre y post-test, con medición de las siguientes variables: variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios, nivel económico, nivel de dependencia reconocido y enfermedades y tratamientos concomitantes), riesgo de hemorragia (medido mediante la escala HAS-BLED) y adherencia terapéutica (medición mediante el test de Morisky-Green).

Para conocer la posible influencia positiva de los planes de cuidados enfermeros estructurados sobre la seguridad subjetiva de los pacientes bajo tratamiento anticoagulante oral se empleará la técnica de investigación cualitativa de los grupos de discusión.

Para asegurar la homogeneidad de los grupos se van a escoger dos centros de salud situados en ámbito urbano, en este caso en la ciudad de Madrid, ubicados ambos en distritos con nivel de renta y edad de la población similares, que estén ambos por debajo de la media en cuanto al porcentaje de pacientes anticoagulados con buen control INR durante el año 2015. Siendo la media un 72,75%(1) de pacientes con buen control de INR, los dos centros seleccionados para realizar el estudio serían el Centro de Salud Goya y el Centro de Salud Eloy Gonzalo.

Los criterios de inclusión para la selección de la muestra serán los siguientes:

- Paciente hombre o mujer de más de 65 años.
- Diagnostico médico: fibrilación auricular.
- Paciente bajo tratamiento anticoagulante con Sintrom® durante mínimo 1 año con seguimiento en Atención Primaria y un INR estable de al menos 6 meses hasta la fecha.
- Aceptar los términos reflejados en el consentimiento informado y firmar el mismo.

Así como los criterios de exclusión los siguientes:

- Pacientes que no cumplan alguno de los criterios de inclusión.
- Pacientes con demencia o alteración psíquica por la cual no pueda contestar a los cuestionarios empleados en el proyecto de investigación.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio y no firmen el consentimiento informado.

El estudio se realizará mediante un grupo experimental (pacientes seleccionados del Centro de Salud Goya), al que se le aplicará un nuevo plan de cuidados enfermeros estructurado bajo una valoración enfermera por Requisitos Universales de Autocuidado de D.Orem, y un grupo de comparación (pacientes seleccionados del Centro de Salud Eloy Gonzalo) al que se le aplicará el protocolo ordinario recogido dentro del "Procedimiento marco de control y seguimiento de paciente en tratamiento con antagonistas de la vitamina K en atención primaria", de la Comunidad de Madrid.(2)

Para el análisis de datos cuantitativos se realizarán tablas de frecuencias para la descripción de la muestra, resumen de las variables mediante medidas de centralización y dispersión, análisis estadístico y gestión de la información obtenida mediante el programa informático SPSS y determinación de la influencia de la variable independiente sobre la variable dependiente mediante la prueba de chi cuadrado (X^2).

Para el análisis de datos cualitativos el investigador-moderador analizará los datos desde el momento en el comiencen las sesiones de los grupos de discusión, mediante anotaciones en el diario de campo, análisis de contenido de la transcripción de la grabación de audio y la redacción de un informe final en el que se presentaran las relaciones encontradas.

Resultados:

Este trabajo carece de resultados ya que es un Proyecto de Investigación en el cual se ha diseñado una posible investigación en el contexto de la realización del Trabajo Fin de Grado para optar a la titulación de Graduado/a en Enfermería.

Discusión

Como conclusión resaltar la importancia de la realización de estudios relacionados no solo con la seguridad de los pacientes como recoge la "Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud", en su período 2015-2020,(3) sino además con la investigación en cuidados basada en Teorías Enfermeras que dan a la profesión enfermera categoría de disciplina científica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Servicio Madrileño de Salud. Indicadores de Atención Primaria, Medición de INR con buen control en pacientes anticoagulados. [Internet]Madrid: Salud Madrid. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2016 [Consultado el día 13 de marzo de 2017] Disponible en:<http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/AtencionPrimariaFicha.aspx?ID=96>
- 2.Servicio Madrileño de Salud. Procedimiento marco de control y seguimiento de paciente en tratamiento con antagonistas de la vitamina K en atención primaria. 2º ed. Madrid: Salud Madrid. Gerencia de Atención Primaria. Comunidad de Madrid; 2015.
- 3.Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2015. [Consultado el día 27 de febrero de 2015]Disponible en:
<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>

POSTER 9**AUTORES/AUTHORS:**

Jezabel Pérez Reguilón

TÍTULO/TITLE:

Atención a la cronicidad: coordinación entre niveles y continuidad de cuidados.

Objetivos: Describir la importancia de la continuidad en la atención integral para la cronicidad. Definir estrategias para la cronicidad a nivel estatal y autonómico e identificar los problemas de la cronicidad.

Material y Métodos: Procedimiento de revisión sistemática en PubMed, Cinahl, Cuiden y Elsevier con los Dec's: continuidad (continuity of patient care), centro sociosanitario (residency), atención hospitalaria (hospital care), atención primaria (Primary health care). Se llevo a cabo una selección a partir de la lectura del título y resumen de los artículos. Se analizó el texto completo. Como criterios de exclusión: localización del artículo, año de publicación y el idioma.

Resultados: Se recuperan 220 artículos de los cuáles 200 se excluyen por no estar relacionados con el tema y 10 excluidos por el idioma y acceso restringido. Se incluyen dos documentos por búsqueda referencial. Para la revisión se seleccionan 12 artículos. La continuidad de cuidados es un elemento que sirve para prestar una atención global, coordinada e integrada de los servicios sanitarios, que se produzca una utilización adecuada de los recursos para reducir el gasto sanitario a lo necesario y mejorar la calidad en los cuidados prestados. Para el paciente es una sensación satisfactoria porque ve en él una atención y prestación de cuidados de forma más continua durante el proceso de su enfermedad.(1) La atención especializada se esfuerza en reducir la estancia media de un paciente en un hospital lo que permite mejoras como la disminución del gasto sanitario y el uso eficiente de los recursos, para beneficio del sistema sanitario y del propio paciente. Por otra parte, la continuidad de cuidados en la atención primaria repercutirá en la mejora de la atención domiciliaria, disminuyendo las consultas urgentes y evitando los reingresos.(2) La cronicidad es un problema tanto para los individuos como para la comunidad e incluso para los sistemas sanitarios, a mayor edad hay mayor carga de la enfermedad por lo cual más enfermedades crónicas y mayor complejidad.(3) La complejidad de la atención a la cronicidad viene determinada por los factores de los que hemos hablado a lo largo de esta revisión como son el envejecimiento, la pluripatología, la multimorbilidad... que conllevan a la cronificación de los procesos. En la enfermedad crónica compleja para que se produzcan cambios se tiene que comenzar por conductas de autocuidado. Una continuidad de cuidados es efectiva si existe la participación de tres componentes: paciente, familia o entorno y personal sanitario.(4,5)

Discusión: La enfermera es la experta en cuidados dentro del equipo asistencial y el cuidado es una de las necesidades fundamentales del paciente crónico. Se observa que uno de los factores que más influye en las patologías crónicas son los cambios en el estilo de vida por eso es importante el papel de la enfermería que debe potenciar el autocuidado, la educación y promoción, así como la prevención a distintos niveles. Los servicios sanitarios deben coordinarse y relacionarse entre sí para una mayor comunicación de los problemas del paciente para evitar duplicaciones en las intervenciones y tratamientos, evitar reingresos hospitalarios que perjudican tanto al paciente como a las instituciones y para llevar a cabo una continuidad asistencial que mejore la vida del paciente y produzca un ahorro en los recursos sanitarios. Para los sistemas de salud y para las organizaciones sanitarias el reto de la cronicidad supone un problema debido a la creciente presencia de pluripatologías y complejidad de las mismas, que llevan al extremo a las instituciones sanitarias las cuales en los últimos años están creando modelos centrados en la cronicidad, en la atención al paciente crónico. Las estrategias estatales y regionales centradas en la cronicidad están basadas en el Chronic Care Model (CCM), el modelo de cuidado crónico que identifica los elementos de un sistema de salud que fomenta la atención de las enfermedades crónicas. Encontramos a nivel nacional la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud creada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y a nivel de la comunidad castellanoleonesa la Estrategia de atención para pacientes crónicos en Castilla y León creada por la Sanidad de Castilla y León. Ambas estrategias nos ponen en común la necesidad de la coordinación entre niveles asistenciales, la importancia de potenciar el papel de la Enfermería como gestora en la continuidad de cuidados y fomentar el autocuidado.(6,7) El papel de la enfermera es muy importante, elabora planes de cuidados según los cuidados que el paciente presente por sus necesidades, elabora informes de continuidad de cuidados.(8) Es importante presentar un Informe de Continuidad de Cuidados tanto en el alta del paciente de un centro hospitalario como al ingreso del mismo pero a través de centro de atención primaria. Este informe dará una información actual del estado del paciente así como los cuidados que se le han realizado y sirve como modelo y como guía para prestar atención al paciente y para seguir una pauta en sus cuidados, por ello se considera necesario para una buena continuidad de cuidados y la relación y coordinación entre niveles asistenciales.(2,8)

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Solé Casals M, Chirveches Pérez E, Alsina Ribas A, et al. La continuidad de cuidados desde el hospital de agudos: resultados. *Enfermería clínica* [Internet] 2015 [Acceso 21 Feb 2017]; 25 (4): 177-185. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-continuidad-cuidados-desde-el-S1130862115000492>
2. Dirección General de Programas Asistenciales Servicio Canario de la Salud. Protocolo del servicio de continuidad de cuidados de enfermería entre ámbitos asistenciales. [Internet]. Islas Canarias 2002 [Consultado 18 Feb 2017]. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/8a72d9e6-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Protocolo_SCCE.pdf
3. Corrales Nevado D, Palomo Cobos L. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enfermería clínica* [Internet] 2014 [Acceso 21 Feb 2017]; 24 (1): 51-58. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001319>
4. Gómez Picard P, Fuster Culebras J. Atención a la cronicidad: desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud. *Enfermería clínica* [Internet] 2014 [acceso 21 Feb 2017]; 24 (1): 12-7. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-atencion-cronicidad-desafio-estrategico-macrogestion-S1130862113001903>
5. Morilla Herrera J.C, Morales Asencio J.M, Kaknani S, García Mayor S. Situaciones de cronicidad compleja y coordinación sociosanitaria. *Enfermería Clínica* [Internet] 2016 [Acceso 21 Feb 2017]; 26 (1): 55-60. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862115001084>
6. Ministerio de Sanidad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. 2012 [Consultado 16 Feb 2017]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
7. Junta de Castilla y León. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. [Internet]. 2013 [Consultado 16 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>
8. De Paz D, Galdeano N, Garrido M, Lacida M, et al. Comisión para el desarrollo de la Enfermería en el Servicio Andaluz de Salud. Continuidad de cuidados entre atención especializada y atención primaria. [Internet]. Sevilla 2002 [Consultado 18 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0229.pdf>

POSTER 10**AUTORES/AUTHORS:**

Verena Álvarez Casasola

TÍTULO/TITLE:

Afrontamiento de la muerte en los estudiantes de Grado en Enfermería de Zamora.

OBJETIVOS

- Evaluar las actitudes hacia la muerte y los cuidados paliativos que tienen los estudiantes de Grado en Enfermería de Zamora.
- Analizar las causas desencadenantes de temor y angustia en dichos estudiantes.
- Tomar conciencia de la necesidad de formar correctamente a los estudiantes de Enfermería en el cuidado al final de la vida dada la importancia que tiene la comunicación entre la enfermera y el paciente paliativo y su familia.
- Indagar sobre las diferentes técnicas de aprendizaje activo y enseñanza de simulación en la educación sobre el final de la vida.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal realizado en Zamora (Castilla y León, España) en la Escuela Universitaria de Enfermería.

La población objeto a estudio estuvo conformada por un total de 113 estudiantes de enfermería pertenecientes al primer y cuarto curso.

Para la recogida de datos se utilizó el instrumento Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester (EMMCL). La evidencia encontrada sobre la aplicabilidad de la escala en estudiantes y profesionales sanitarios ofrece una confiabilidad satisfactoria, además tiene un enfoque multidimensional, puesto que contiene un total de 28 ítems repartidos en 4 subescalas. Las opciones de respuesta son de tipo Likert. (1)

Durante el mes de febrero de este año se comenzó con la realización de las encuestas, y descartando aquellas con errores de cumplimentación, el número total de encuestas seleccionadas para el estudio fue de 108.

Por último, se organizaron los datos recogidos mediante la codificación de las encuestas, se recogieron en una base de datos ACCEs y se analizaron con los programas informáticos Excell y SPSS.

RESULTADOS

Se seleccionó una muestra de 108 estudiantes de la Escuela universitaria de Enfermería de Zamora durante el curso académico 2016-2017 de los cuales el 52,8% pertenecían al primer curso y el 47,2% al cuarto curso.

En cuanto a las principales características estadísticas descriptivas, podemos observar que la puntuación promedio del miedo a la muerte en la muestra en general se considera de nivel moderado-alto ($x= 3,70$). Durante el proceso de análisis de datos se descubrió también cierta diferencia en el nivel de miedo a la muerte entre los distintos cursos de los estudiantes. Para determinar que dicha diferencia no se debe al azar se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, que comparará nuestras dos muestras independientes. En primer lugar se aplica la prueba U de Mann-Whitney en los resultados de la subescala "Miedo a la muerte de otros" en ambos cursos, obteniéndose una significación asintótica de 0,029 (Sig. asintót. $<0,05$), lo que manifiesta la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos cursos, teniendo un mayor nivel de miedo a la muerte de otros los estudiantes de primero de Enfermería.

Posteriormente se realiza la misma prueba en la subescala "Miedo al proceso de morir de otros", donde también parece existir diferencias entre los dos cursos estudiados. Por el contrario, en este caso se obtiene una significación asintótica de 0,366 (Sig. asintót. $>0,05$). Por tanto, se puede afirmar que no existen diferencias significativas en el afrontamiento del miedo al proceso de morir de otros entre los estudiantes de primer y cuarto curso de Enfermería.

DISCUSIÓN

La evidencia previa junto con los resultados obtenidos en este estudio, ponen de manifiesto que los estudiantes de enfermería tienen un miedo moderado-alto a la muerte. (2)

Analizando los resultados obtenidos comprobamos que el mayor miedo de los estudiantes es afrontar la muerte de otros. La evidencia nos sugiere que esto es debido al impacto que puede producir ver un cuerpo sin vida, recordar la vulnerabilidad de la vida o el miedo al contagio emocional siendo testigos del sufrimiento de los parientes. También podemos afirmar que existen diferencias entre los estudiantes de primero y cuarto año de Enfermería, puesto que los de primero presentan un mayor nivel de miedo a la muerte de otros. (3)

Este análisis del afrontamiento a la muerte puede servir de guía para estrategias educativas sobre el cuidado al final de la vida, puesto que los estudiantes de Enfermería manifiestan una clara necesidad de formación específica en habilidades comunicativas y

gestión de emociones en el cuidado al final de la vida. Uno de los desafíos de la educación en Enfermería es la necesidad de mantener el proceso de enseñanza y aprendizaje atractivo y cautivador para los estudiantes, y en ausencia de práctica clínica, los educadores utilizan cada vez más la simulación con maniqués de alta fidelidad que proporcionan un aprendizaje experiencial en la educación al final de la vida y ofrecen oportunidades para que los estudiantes exploren sus propias ideas sobre la muerte y el significado de los cuidados paliativos, superen sus temores y desarrollen habilidades clínicas favorables.

Una correcta formación nos alejará del riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente paliativo y nos ayudará a rescatar el aspecto humano en la práctica clínica, ganar sensibilidad cada día en nuestro trabajo y, sobretodo, no perderla con el paso del tiempo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Espinoza Venegas M, Sanhueza Alvarado O, Barriga O. Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester en una muestra de estudiantes de Enfermería. Scielo [Internet]. 2011 [Consultado 18 mar 2017]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_15.pdf
- (2) Benbunan Bentata B, Cruz Quintana F, Roa Venegas JM, Villaverde Gutiérrez C, Benbunan Bentata BR. Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería una propuesta de intervención. Dialnet [Internet]. 2007 [Consultado 16 feb 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2251799>
- (3) Edo-Gual M, Tomás-Sábado J, Bardallo-Porras D, Monforte-Royo C. The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. J Clin Nurs [Internet]. 2014 Dic [Consultado 19 mar 2017]; 23(23/24):3501-3512. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.usal.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=76d5f7fb-27bb-4ade-9017-d5544744f38c%40sessionmgr4009&vid=4&hid=4207>
- (4) Edo Gual M. Actitudes ante la muerte y factores relacionados de los estudiantes de enfermería en la comunidad autónoma de Catalunya. [Tesis doctoral]. Universitat Internacional de Catalunya. Departament d'Infermeria; 2015 [Consultado 21 mar 2017]. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/handle/10803/317380>

POSTER 11

AUTORES/AUTHORS:

Rebeca Anguita Fernández

TÍTULO/TITLE:

El Impacto de la Hospitalización en la Calidad de Vida del Paciente Oncológico. Proyecto de Investigación.

1. Antecedentes y objetivo: Diversos estudios han demostrado que la enfermedad de cáncer y lo que esta trae consigo afecta a la calidad de vida del paciente y le puede generar ansiedad y/o depresión; especialmente la hospitalización puede afectar a su estado emocional (1-5) Se considera necesario la realización de un estudio que trate este tema debido a la escasa literatura existente actualmente sobre este tema, y para tratar de determinar la importancia de incorporar cada vez en mayor medida cuidados domiciliarios para el paciente oncológico, u otras alternativas a la hospitalización tradicional. El presente documento es el resumen de un proyecto de investigación que trate esta materia. Objetivo general: Analizar el impacto de la hospitalización y factores asociados en la calidad de vida de los pacientes oncológicos. Objetivos específicos: Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos hospitalizados y ambulatorios; evaluar la calidad de vida en pacientes oncológicos hospitalizados y ambulatorios; determinar la importancia de incorporar cuidados alternativos a la hospitalización tradicional, cuando sea posible.

2. Método: Se va a realizar un estudio de tipo observacional analítico de cohortes: El carácter del estudio será longitudinal prospectivo. La duración estimada del estudio será de 2 años, con recogida de datos a los mismos pacientes cada 3 meses durante un año. El estudio se llevará a cabo en diferentes centros sanitarios de la Comunidad de Madrid. Población diana: Pacientes oncológicos. Población accesible: pacientes oncológicos hospitalizados y ambulatorios adscritos a los servicios de oncología de los Hospitales de Madrid de lo que se obtenga autorización para el estudio (al menos 2). Los pacientes se seleccionarán teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión: Criterios de inclusión: Diagnóstico de cáncer, mayoría de edad, haber firmado el consentimiento para el estudio. Criterios de exclusión: Tener enfermedades o discapacidades mentales que impidan la cumplimentación de los registros, escalas y documentos del estudio, hablar en una lengua diferente al español o el inglés, estar incluido en un programa de cuidados paliativos, estar en fase terminal de la enfermedad. En el estudio se recogerán y tendrán en cuenta diversas variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, creencias religiosas), variables relacionadas con la enfermedad (tumor primario, tiempo desde el diagnóstico, estadio, tratamiento), y por último variables principales, como hospitalización (si está hospitalizado o no y desde hace cuánto tiempo), ansiedad, depresión, dolor, calidad de vida y bienestar. De esta forma se pretende realizar asociaciones entre variables. El programa estadístico que se utilizará en el presente estudio será el Statgraphics. Se realizará un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio: para las variables cuantitativas se calculará media, la mediana y la desviación estándar; las variables cualitativas se mostrarán en frecuencias relativas y absolutas. Con esto se obtendrá una descripción de la muestra que se completará con la utilización de porcentajes de los datos obtenidos. Para comprobar la asociación entre variables se empleará el factor riesgo relativo (RR). Para comparar resultados entre grupos se empleará la prueba T-student y la Chi cuadrada en función del tipo de variable y tamaño de la muestra. Se utilizará un intervalo de confianza de 95%, obteniendo significancia estadística para $p < 0.05$.

El presente estudio será revisado por el CEIC-R (Comité Ético en Investigación Clínica Regional) de la Comunidad de Madrid, para garantizar la seguridad del estudio y proteger los derechos y libertades de los participantes en el mismo y obtener su informe favorable. Así mismo, el estudio se realizará en cumplimiento de la Ley de Investigación Biomédica 14/2007 del 3 de Julio, y respetándose los principios de la Declaración de Helsinki.

3. Resultados (hipótesis): Al ser un proyecto de investigación, se exponen una serie de hipótesis: La hospitalización afecta negativamente a la calidad de vida del paciente oncológico; los pacientes oncológicos hospitalizados presentan más ansiedad y depresión, comparados con los pacientes ambulatorios; la calidad de vida es mayor en los pacientes oncológicos que reciben cuidados de forma ambulatoria y/o cuidados domiciliarios.

4. Discusión (conclusiones): Como ha quedado expuesto, el paciente es un sujeto que hay que contemplar de forma holística si queremos brindarle unos cuidados de calidad, y preservar su bienestar emocional y espiritual, además del físico. Esta visión global del paciente oncológico se traduce por tanto en una mejora en su calidad de vida. Se debe brindar este cuidado integral a todos los pacientes, sea cual sea la fase de la enfermedad en la que se encuentren. Debemos considerarle como sujeto protagonista de su proceso, implicándole en sus propios cuidados, para que se sienta parte de ellos. El propósito del estudio es evidenciar los múltiples

beneficios de los cuidados domiciliarios a los pacientes oncológicos frente a la hospitalización, y de esta manera fomentar esos cuidados y crear consciencia de cambio en los cuidados tradicionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Valentín V, Murillo MT, Valentín M, Royo D. Cuidados continuos. Una necesidad del paciente oncológico. *Psicooncología*. 2004;1(1):155-164.
2. Berry DL. Patient-Reported Symptoms and Quality of Life Integrated into Clinical Cancer Care. *Seminars in Oncology Nursing* 2011;27(3):203-10.
3. Rashid YA, Ghafoor ZA, Masood N, Mehmood T, Awan S, Ansar T et al. Psychosocial impact of cáncer on adult patients. *Journal of the Pakistan Medical Association*. 2012;62(9): 905-09.
4. Tuinman MA, Van Nuenen FM, Hagedoorn M, Hoekstra-Weebers JE. Distress, problems and referral wish of cancer patients: differences according to relationship status and life phase. *Psychooncology*. 2015; 24(6):699–704.
5. Tordable Ramírez AM. El sufrimiento espiritual como diagnóstico enfermero. *Enferm oncológica*. 2015; 17(1):5-10.

POSTER 12**AUTORES/AUTHORS:**

Karla Andrea Santis Ugarte

TÍTULO/TITLE:

Prevalencia de los diagnósticos y las intervenciones enfermeras en unidades de cuidados intensivos.

Objetivos

El objetivo general es conocer y analizar las curas enfermeras descritas en personas usuarias de las unidades de cuidados intensivos. Los objetivos específicos son: analizar y conocer los diagnósticos enfermeros y las intervenciones enfermeras más prevalentes en las personas ingresadas en la UCI e identificar los diagnósticos e intervenciones relacionadas con las necesidades de las dimensiones espiritual, psicológica y social.

Material y métodos

Para este trabajo de revisión bibliográfica se utiliza el thesaurus MeSH para definir y acotar los parámetros de búsqueda que se utilizarán en las fuentes digitales PubMed, CINAHL, SciELO, Biblioteca Virtual en Salud, SCOPUS y Cochrane Library. Las palabras clave utilizadas son Intensive Care Unit, Nursing Care, Practice Guideline, Patient Care Planning y Nursing Diagnosis.

Criterios de inclusión y exclusión: se incluyen documentos publicados entre el 2002-2017, documentos en castellano, inglés y francés, artículos relacionados con Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) polivalentes y respiratoria y estudios realizados en hombres y mujeres mayores de 18 años. Se excluyen estudios realizados en UCI pediátricas, unidades de coronarios y áreas de reanimación. Tampoco se incluyen los no relacionados con el tema del trabajo y aquellos a los que no se ha podido acceder al texto completo. Después de eliminar los documentos repetidos y hacer una búsqueda complementaria se obtienen un total de 18 publicaciones.

Los diagnósticos enfermeros encontrados en los documentos se clasifican bajo los 13 dominios de NANDA-II, las intervenciones enfermeras se clasifican según los 7 dominios de NIC.

Resultados

Los dominios de diagnósticos enfermeros más prevalentes en UCI son el dominio de actividad y descanso, con etiquetas diagnósticas como patrón respiratorio ineficaz (00032), deterioro de la movilidad en la cama (00091) y deterioro de la ventilación espontánea (00033); y el dominio de seguridad y protección con etiquetas diagnósticas como riesgo de infección (00004), riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047) y limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031). 16 de las 21 etiquetas diagnósticas más frecuentes pertenecen a estos dominios. Los dominios menos utilizados son autopercepción y principios vitales. Los dominios sexualidad y crecimiento y desarrollo no se ven representados en los documentos revisados. Las necesidades espirituales, psicológicas y sociales se ven representadas por los dominios confort con dolor agudo (000132), afrontamiento y tolerancia al estrés con ansiedad (00146) y percepción y cognición con deterioro de la comunicación verbal (00051).

Los dominios de intervenciones enfermeras más prevalentes en UCI son el dominio fisiológico complejo, dominio fisiológico simple y dominio seguridad, este hecho demuestra la importancia técnica de las intervenciones enfermeras en la UCI. Las necesidades espirituales, psicológicas y sociales se ven representadas en el dominio conductual y el dominio familia.

Discusión

Los cuidados enfermeros en unidades de cuidados intensivos son muy complejos y especializados, están orientados a solucionar problemas físicos relacionados con las características de una persona en situación de riesgo vital. Aunque se ve la importancia de proporcionar unos cuidados holísticos, las necesidades emocionales espirituales y sociales se ven relegadas a un segundo plano en las UCI.

Las necesidades sociales y espirituales se ven descuidadas en las UCI. Los diagnósticos relacionados con la esfera emocional y espiritual de la persona son poco frecuentes, aunque se les da importancia suficiente como para incluirlos en los planes de curas. Las limitaciones al tiempo de realizar este trabajo están relacionadas con el origen de los documentos encontrados, la mayoría provenientes de Brasil, generando un sesgo en los resultados en relación a la prevalencia de las etiquetas diagnósticas y las intervenciones enfermeras. No se encontró ningún artículo descriptivo que estudie la prevalencia de las etiquetas diagnósticas y/o las intervenciones enfermeras en unidades de curas intensivas realizado en España. Se incluyen planos de curas realizadas a unidades

de curas intensivas, que no proporcionan una idea integral de las curas enfermeras al tratarse de casos aislados.

Sería interesante que se realizaran estudios del mismo carácter a los estudiados en este trabajo en el territorio español para valorar el estado en el que se encuentran las curas enfermeras de forma precisa y a partir de ahí poder mejorar los cuidados proporcionados a los usuarios de las UCI.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Salgado PdeO et al. Identification and mapping of the nursing diagnoses and actions in an Intensive Care Unit. Rev Latino-Am Enferm. 2011;19(4):928-35

Yücel SÇ et al. Nursing diagnoses in patients having mechanical ventilation support in a respiratory intensive care unit in Turkey. IJNP. 2011;17:502-8

Moreno MC et al. La insuficiencia hepática aguda grave: estudio de un caso. Enferm Clin. 2012;22(2):105-110

Ferreira AM et al. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. Ev Bras Enferm. 2016;69(2):28-93

Lucena AdeF et al. Nursing Interventions in the Clinical Practice of an Intensive Care Unit. Rev Latino-Am Enferm. 2010;18(5):873-80

Guimarães RK et al. Diagnósticos de enfermería en individuos ingresados en unidad de cuidados intensivos. Av Enferm. 2013;31(2):11-21

Castellan C et al. Nursng diagnoses, outcomes and interventions as measres of patient complexity and nursing care requirement in Intensive Care Unit. JAN. 2016; 72(6):1273-86

Lee TT et al. Respiratory Intensive Care Unit Resource Use and Outcomes in Taiwan. JPN. 2002; 18(6):336-342

Korban EA et al. Nursing Diagnosis in Intensive Care Unit. Crit Care Nurs. 2002;37(2):219-224

Carvalho EC et al. Elacions between nursingdata collection, dignoses nd percriptions for adult patients at an intensive care unit. Rev Latino-am Enfarm. 2008;16(4):700-6

Melo EM et al. Nursing diagnosis prevalece in patients at an intensive care unnit of a public hospital. Rev Enferm UFPE. 2012;6(6):1361-8

Chianca TC et al. Nursing diagnoses identified in inatients of an adult Intensive Care Unit. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(5):1101-7

Roca-Biosca A et al. Adecuación del plan de cuidados ante el diagnóstico de úlcera terminal de Knnedey. Enferm Intensiva. 2016;27(4):168-172

Moon M. Relationship of nursing diagnoses, nursing outcomes, and nursing intervotions for patien care in intensive care units [tesis doctoral]. Iowa: University of Iowa. 2011

Zariquiey-Esteva G et al. A propósito de un caso: intervenciones enfermeras a una paciente con shock anafiláctico en la UCI. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2017 Enero: 12p.

Perez MP et al. Plan de Cuidados en el Shock Hipovolémico. *ENE, Revista de Enfermería*. 2010;4(1):55-63

Call S et al. Plan de cuidados individualizado durante oxigenación con membrana extracorpórea. Caso clínico. *Enferm Intensiva*. 2016;27(2):75-80

Morano MJ et al. Plan de cuidados: Paciente en Ventilación Mecánica Invasiva y destete. *Biblioteca Lascasas*. 2007;3(2): 28p

POSTER 17**AUTORES/AUTHORS:**

Patricia Sanz Capdepon, Leticia Fernández Velasco, Lucía Pérez Pérez

TÍTULO/TITLE:

Soporte Vital Básico, el gran "desconocido": del hospital a las aulas.

OBJETIVO. Se pretende evaluar la eficacia de una clase teórico-práctica impartida por profesionales de enfermería sobre Soporte Vital Básico (SVB) para aumentar los conocimientos en alumnos de Formación Profesional. Así mismo se pretende reforzar la idea de la importancia de la inclusión de nociones de SVB en el currículo escolar para lograr poco a poco de manera sencilla la difusión de dichos conocimientos.

MÉTODO. Ámbito del estudio: Colegio La Salle Valladolid. Diseño: se trata del desarrollo de un estudio cuasi-experimental antes-después en el que se propone llevar a cabo un programa de formación sobre Soporte Vital Básico. Los sujetos de estudio: la población diana fueron los alumnos de Formación Profesional Vallisoletanos. El muestreo se realizó por conveniencia seleccionando a los alumnos de Formación Profesional del colegio La Salle Valladolid con un total de 45 participantes de unas edades variables entre 16 y 26 años. Variables principales: se evaluaron los conocimientos en la materia impartida mediante técnica test puntuando las respuestas correctas. Instrumentos: la obtención de los datos del estudio se realizó mediante dos cuestionarios, uno antes y otro después, de elaboración propia basados en los temas impartidos, anónimos y numerados. Los cuestionarios estaban compuestos por 10 preguntas de respuesta múltiple y 2 preguntas con respuesta dicotómica. Los test se puntuaron del 1 al 10 con 1 punto por cada respuesta correcta. Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATGRAPHICS Centurion. Las variables numéricas obtenidas de los distintos resultados de los cuestionarios se analizaron utilizando medias, desviaciones típicas y porcentajes. Se calcularon intervalos de confianza al 95% para las medias y las diferencias de medias muestrales y se utilizó la T de student para comparar las medias. Se consideraron como estadísticamente significativos p-valores inferiores a 0.05.

RESULTADOS. El rango de edad de los participantes al estudio fue de 16 a 26 años, siendo el 92% de la muestra de edades comprendidas entre los 16 y 20 años. La nota media para el examen previo de conocimientos sobre Soporte Vital Básico fue de un 4,44 puntos [IC 95% (4.026; 4.862)]. La media de los test posteriores fue de 8,02 puntos [IC 95% (7,59499; 8,44945)], el 87% de ellos sacaron una nota de 7 o superior y solo fue suspenso por un 2% de los alumnos. Se obtuvo un intervalo de confianza del 95% para la diferencia entre medias de 3,578 +/- 0,589094 [2,98891; 4,16709].

DISCUSIÓN. Basándonos en los resultados, se observa que el nivel de conocimientos del que partían los alumnos era muy deficiente, lo cual nos hace caer en la cuenta del gran desconocimiento en SBV y la gran importancia que tendría su impartición de forma estandarizada. En vista a todo este desconocimiento y sabiendo que la actuación en situaciones de emergencia debe producirse de manera secuencial y precoz, volvemos a destacar la necesidad de impartir nociones básicas para desterrar todas las ideas erróneas y establecer conocimientos sólidos, básicos y sencillos que permitan el manejo de la situación a cualquier persona de manera hábil. En cuanto a sus implicaciones para la práctica, intentamos poner de manifiesto la necesidad de impartir estas nociones básicas a la población como medida de educación para la salud, lo cual es una competencia fundamental del profesional de enfermería. Desde nuestra profesión se pretende con ello empoderar poco a poco a todos los ciudadanos para que manejen situaciones de emergencia de una manera básica y fundamental.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación Argentina [Sede Web]. La importancia de la RCP. 2016 [Consultado el 10 de Abril de 2017]. Disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/dinesa/index.php/component/content/article/4-destacados-slide179/179-la-importancia-de-la-rcp>
- Portero Prados F, León Gil P, Torres García J. Importancia de la enseñanza de RCP básica en el ciudadano. HYGIA de Enfermería. Colegio de Enfermería de Sevilla. 2011; (76): 5-8.
- American Red Cross. First Aid/ CPR/ AED, Participant's Manual. 2014.
- Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Programa enseñanza de soporte vital en atención primaria (ESVAP). 2007 [Consultado el 10 de Abril de 2017].
- Díaz N, Escalada X, Miró O, Pérez Pueyo F, Sánchez M. Puntos clave para introducir la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en las escuelas. Salud(i)ciencia (Impresa). Noviembre de 2013;20(3):251-6.

- Díaz N, Miró O, Sánchez M. Aprender reanimación cardiopulmonar desde la escuela. *Emergencias* 2012, 24; 423-425.
- Andreu OM, Fabrega XJ, Gómez X, Miranda ND, Sanclemente G, Roig XE, et al. Programa de Reanimación Cardiopulmonar Orientado a Centros de Enseñanza Secundaria (PROCES): conclusiones tras 5 años de experiencia. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. 2008;20(4):229-36.
- Cerdà Vila M, Chanovas Borrás M, Espuny Vidal C, Escalada Roig X, Grupo de trabajo de SVB a Educació de Terres del Ebre. Plan piloto de formación en soporte vital básico en las escuelas. *Formación en espiral. ELSEVIER (Internet)* 2012; 36(2): 158-159. [Consultado el 13 de Abril de 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v36n2/carta_director1.pdf
- Gómez P, Escudero Cuadrillero C, Delgado Benito JF. *Ganando Corazones, Guía de actuación*. Edición 2007, revisada 2015.
- European Resuscitation Council. Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC), principales novedades. Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar. 2015.
- American Heart Association. Aspectos destacados de la actualización de las guías de la AHA para RCP y ACE de 2015. *Guidelines CPR&ECC*. 2015.

POSTER 18**AUTORES/AUTHORS:**

Mateu Nadal-Servera

TÍTULO/TITLE:

Percepciones de las enfermeras y los médicos sobre la cultura de seguridad del paciente en cuidados intensivos

OBJETIVOS

El objetivo general de este proyecto de investigación es evaluar las percepciones de las enfermeras y los médicos sobre la cultura de seguridad del paciente en cuidados intensivos. Para ello, se plantean cuatro objetivos específicos, según las perspectivas de enfermeras y médicos:

1. Describir la cultura de seguridad del paciente en cuidados intensivos.
2. Identificar elementos facilitadores y limitadores de la cultura de seguridad.
3. Identificar prácticas seguras que determinan la cultura de seguridad.
4. Identificar estrategias de mejora de la cultura de seguridad.

MÉTODO

El ámbito de estudio son los cuatro servicios de medicina intensiva de los hospitales públicos de Mallorca (Illes Balears, España): Hospital Universitari Son Espases, Hospital Son Llàtzer, Hospital de Manacor y Hospital Comarcal d'Inca; Se ha diseñado un estudio de metodología mixta y multicéntrica, que incluye (1) un estudio cuantitativo descriptivo, transversal, de prevalencia y observacional, para describir percepciones según frecuencias de respuesta y (2) un estudio cualitativo etnometodológico con orientación teórica constructivista, para explorar percepciones según manifestaciones, ambos con un carácter diferenciado según la disciplina profesional. Para ello, se seleccionarán enfermeras de cuidados intensivos, médicos residentes de medicina intensiva y médicos intensivistas según los criterios de selección de (1) ejercicio profesional en cuidados intensivos y (2) experiencia profesional mínima en el servicio de 3 meses. Mediante informantes clave como coordinadoras de cuidados y jefes de servicio, para la fase cuantitativa los sujetos serán reclutados por muestreo de conveniencia, con un tamaño muestral de 63 médicos y 63 enfermeras, mientras que para la fase cualitativa los sujetos serán reclutados por muestreo intencional flexible a la saturación teórica, a priori 12 participantes, 6 enfermeras y 6 médicos (mínimo 1 profesional por disciplina y unidad). En el estudio cuantitativo, la variable independiente principal es (1) Disciplina Profesional (Enfermería/Medicina), las variables independientes secundarias son sociodemográficas (Edad, Sexo, Años de experiencia profesional y Hospital de trabajo), la variable dependiente principal es (2) Cultura de Seguridad en el Servicio de Medicina Intensiva y las variables dependientes secundarias son sus dimensiones de (2.1) Ambiente en su lugar de trabajo, (2.2) Relaciones con sus compañeros de trabajo, (2.3) Organización y dirección del servicio y del hospital, (2.4) Clima de seguridad, (2.5) Condiciones de trabajo y (2.6) Nivel de estrés; Las variables dependientes secundarias serán cuantificadas en una escala Likert 1-5 y determinarán la variable dependiente principal por media aritmética. En el estudio cualitativo, las dimensiones son (1) Conceptualización, (2) Prácticas, (3) Factores (4) Estrategias y también (5) Disciplina Profesional. El instrumento de obtención de datos en la fase cuantitativa es el cuestionario "Encuesta sobre el clima de seguridad en los servicios de medicina intensiva" de Gutiérrez-Cía et al. (2010), con 68 preguntas en 6 secciones centradas en las 6 variables secundarias, mientras que en la fase cualitativa es la entrevista individual semiestructurada, con 10 preguntas centradas en las 4 dimensiones cualitativas. En la fase cuantitativa se realizará un análisis estadístico bivariado con realización de t-Student, para comparar medias independientes de médicos y enfermeras. Se diferenciarán un análisis de datos principal (relación entre variables independiente y dependiente principales) y secundario (relación entre variables independiente principal y dependientes secundarias). En cuanto a la fase cualitativa, se realizará un análisis de discurso para generar resultados a partir de los datos conversacionales, con un carácter contextual en la disciplina, mediante las etapas de familiarización, identificación, indexación, conexión e interpretación indicadas por Pope et al. (2000).

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Los resultados de esta investigación permitirán identificar problemas de seguridad y necesidades de prácticas seguras, demandas de práctica colaborativa interprofesional entre enfermeras y médicos, y áreas de mejora en la gestión asistencial y formación a profesionales, para implementar en los servicios de medicina intensiva. El conocimiento de la cultura de seguridad del paciente en cuidados intensivos permitirá la reducción de eventos adversos, mediante la visibilidad de la cultura de seguridad en cuidados

críticos.

Este estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Gutiérrez-Cía, I., Merino de Cos, P., Yáñez Juan, A., Obón-Azuara, B., Alonso-Ovies, Á., Cruz Martín-Delgado, M., Álvarez-Rodríguez, J., & Aibar-Remón, C. (2010). Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles. *Medicina Clinica*, 135(1), 37–44.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2012). *The SAGE handbook of qualitative research*. SAGE Books. SAGE Publications.
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care: analysing qualitative data. *British Medical Journal*, 320(1), 114–116.

POSTER 19**AUTORES/AUTHORS:**

Mateu Nadal-Servera

TÍTULO/TITLE:

Discursos sobre la seguridad del paciente de los profesionales de la salud de atención especializada de Mallorca

OBJETIVOS

El objetivo general de este proyecto de investigación es explorar los discursos sobre la seguridad del paciente de los profesionales de la salud de atención especializada de Mallorca, según la profesión –Enfermería, Fisioterapia, Medicina y Trabajo Social- y el ejercicio profesional –práctica clínica y gestión asistencial-. Para ello, se plantean cinco objetivos específicos, según las perspectivas de estos profesionales:

1. Analizar la conceptualización de la seguridad del paciente.
2. Identificar factores de práctica clínica y gestión asistencial relacionados.
3. Analizar la relación de la seguridad del paciente con la práctica colaborativa y la participación del paciente.
4. Identificar estrategias de mejora de prácticas seguras y gestión del riesgo.
5. Analizar similitudes y diferencias en los discursos, y sus desigualdades en seguridad del paciente.

MÉTODO

El ámbito de estudio son los hospitales públicos de atención especializada de Mallorca (Illes Balears, España), correspondientes a las cuatro gerencias de Hospital Universitari Son Espases, Hospital Son Llàtzer, Hospital de Manacor y Hospital Comarcal d'Inca. Se ha diseñado un estudio de análisis crítico de discurso, con una orientación teórica crítico-social y uso de la "Teoría del Reconocimiento" de Axel Honneth, de la que se consideran de interés para analizar y discutir los futuros datos conceptos como "reconocimiento recíproco", "derecho", "valoración social", "agravio moral", "lucha", "justicia", "reconocimiento existencial" o "reificación". Se tratará de un estudio centrado en problemas y relaciones de poder, en este caso debido a la disciplina profesional y que impactan en la seguridad del paciente. Para ello, se accederá a los 4 hospitales de agudos y 2 hospitales de subagudos y se realizará un muestreo teórico-intencional, para seleccionar a enfermeras, fisioterapeutas, médicos y trabajadores sociales de los ámbitos de práctica clínica y gestión asistencial. Se establece el criterio de inclusión de experiencia profesional mínima de 3 años y se preestablece una muestra total de 24 participantes, 6 de cada disciplina incluyendo 3 profesionales clínicos y 3 profesionales gestores, con reclutamiento mediante la Comisión de Seguridad del Paciente de cada hospital. Entre los centros, se han excluido el Hospital Psiquiàtric y el Hospital Joan March, de atención en cuidados especiales de salud mental y paliativos, por las particularidades del paciente y de los servicios prestados en ellos, fundamentado en las recomendaciones de Vincent & Amalberti (2016), que enfatizan la necesidad de adaptar los métodos de seguridad clínica según los distintos niveles asistenciales y servicios a prestar. A partir de los objetivos de la investigación y de la orientación teórica, se definen las dimensiones de estudio de 1) Profesión, 2) Ejercicio Profesional, 3) Discursos, 4) Prácticas discursivas, 5) Reconocimiento y 6) Justicia. Para la recogida de datos, se realizará una entrevista semiestructurada a un total de 24 profesionales, flexible a la saturación teórica, y dos grupos focales a un total de 16 participantes previamente entrevistados, un grupo de 8 profesionales clínicos y otro grupo de 8 profesionales gestores. Se han contemplado consideraciones éticas según los principios bioéticos y mediante el consentimiento informado. En cuanto al análisis de datos, se realizará un análisis de discurso con un enfoque crítico en las desigualdades y las relaciones de poder, dominancia y opresión en la seguridad del paciente, según la profesión y el ejercicio profesional. Se seguirán las etapas de familiarización, identificación, indexación, conexión e interpretación propuestas por Pope et al. (2000). En este caso, también se han contemplado criterios de rigor (credibilidad, transferibilidad, dependabilidad y confirmabilidad).

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Los futuros resultados serán de utilidad para mejorar la cultura de seguridad, identificar los eventos adversos no reconocidos, protocolizar los problemas de seguridad del paciente y fomentar la práctica colaborativa y la participación del paciente en atención hospitalaria, desde una perspectiva holística e interdisciplinaria. Estos resultados permitirán además obtener un repertorio más amplio de intervenciones en seguridad clínica, desarrollar las competencias en seguridad desde el ámbito disciplinario propio y desplegar estrategias en atención especializada a distintos niveles (educativo, profesional, organizacional, político y social).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2012). The SAGE handbook of qualitative research. SAGE Books. SAGE Publications.
- Mack, N., Woodsong, C., McQueen, K. M., Guest, G., & Namey, E. (2011). Qualitative research methods: a data collector's field guide. FHI Family Health International. FHI Publications.
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care: analysing qualitative data. *British Medical Journal*, 320(1), 114–116.
- Vincent, C., & Amalberti, R. (2015). Seguridad del Paciente: estrategias para una asistencia sanitaria más segura. Ergotec. Modus Laborandi.

POSTER 20**AUTORES/AUTHORS:**

Anselmo José Montes Aguilera

TÍTULO/TITLE:

Accidentes con material biológico: Turnicidad y entorno laboral en un hospital de nivel III.

La exposición a material biológico es frecuente durante el trabajo asistencial. Los Accidentes Biológicos (AB) suponen un amplio porcentaje de todos los accidentes laborales en el sistema sanitario.

Por cada 100.000 horas de trabajo en un centro se producen 12 accidentes biológicos y los profesionales que trabajan en estos centros sufren 30 accidentes percutáneos por cada 100 camas hospitalarias al año. Estas cifras dejan clara la incidencia de los AB en nuestro entorno.

El principal riesgo de este tipo de accidentes es la transmisión de enfermedades infecciosas, y los agentes involucrados corresponden a los virus de la hepatitis B (VHB), el virus de la hepatitis C (VHC) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En la primera década del siglo XXI se crearon en los servicios de salud los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) que desde sus inicios han efectuado una gran tarea de información a todos los profesionales. El registro estandarizado de los AB nos permitirá conseguir una importante fuente de datos que va a ayudar a diseñar estrategias de prevención y generar hipótesis que se agreguen a las ya instauradas.

La correcta evaluación del riesgo de AB y su seguimiento se consideran de gran importancia ya que la seroconversión de un trabajador se reconoce como enfermedad profesional y en segundo lugar la correcta realización del circuito de detección y actuación precoz evitará al trabajar un sufrimiento innecesario.

Para mejorar la seguridad del personal sanitario y tratar de aportar más datos sobre este grave problema de salud se diseña un estudio descriptivo retrospectivo transversal sobre los accidentes biológicos comunicados entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2016 en el Hospital Universitario Son Espases (HUSE).

Objetivo General: Determinar si existe relación significativamente estadística entre la turnicidad y las variables descritas y estudiar los factores que contribuyen a la producción de accidentes.

Objetivos específicos: Analizar los AB ocurridos durante el año 2016.

Describir diferencias entre las categorías profesionales a estudio.

Formular recomendaciones para la prevención de los AB en vista a los resultados del estudio.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo y transversal sobre los AB comunicados entre 1/01/2016 y el 31/12/2016.

El HUSE es un centro público de atención especializada de tercer nivel y de referencia en las Islas Baleares. Consta de 1020 camas, 4300 trabajadores y un cupo de 330.000 tarjetas sanitarias y referente potencial para 1.088.000 personas de las islas.

-Criterios de Inclusión: Personal perteneciente a HUSE o sus centros adscritos, que haya sufrido un AB durante el año 2016.

-Criterios de exclusión: Personal que ha sufrido un AB y pertenece a otras gerencias.

La población del centro por categorías consta de: 918 médicos, 1299 enfermeros, 32 fisioterapeutas, 5 terapeutas ocupacionales, 869 auxiliares de enfermería, 91 técnicos en radiología, 131 técnicos de laboratorio y 238 celadores. Esto supone un total de 3583 trabajadores expuestos potencialmente a este tipo de accidentes.

-Variables: Se tendrá en cuenta; la categoría profesional (médicos, enfermeros, técnicos, auxiliares de enfermería y celadores), servicio o unidad donde se ha producido el AB agrupándolo por áreas (quirúrgica, hospitalización, urgencias, cuidados intensivos, consultas externas y servicios centrales) y la turnicidad (mañana, tarde y noche).

El hospital dispone de SPRL propio que mantiene un sistema de vigilancia activa frente a las exposiciones con material biológico. El trabajador accidentado comunica el incidente a su inmediato superior y se pone en marcha el Protocolo de actuación frente a Accidentes con Material Biológico, se remite al SPRL y al Servicio de Personal para adoptar las acciones profilácticas y

administrativas adecuadas.

Se cumplimenta una ficha epidemiológica para conocer la serología del paciente inóculo y otros datos de posible interés y se extrae una muestra de sangre previo consentimiento informado. Si el resultado del inóculo es negativo tras visita al SPRL se cierra el episodio.

En caso de ser positivo se realiza extracción de sangre del trabajador y se repite al mes, tres y cuatro meses, para determinar por técnica ELISA la presencia o ausencia de anticuerpos frente al agente inóculo positivo.

-Limitaciones: AB no comunicados.

Para analizar los resultados se realizará una base de datos y análisis mediante el programa SPSS, en busca de asociación estadística. La medición de las variables se expresa en valores absolutos, en porcentajes o como media. La comparación de variables cualitativas y las tasas observadas entre los diferentes grupos se realiza mediante chi-cuadrado, estimando las correcciones cuando estén indicadas.

Implicaciones para la práctica clínica: Evaluar e implementar dispositivos para la prevención de los AB, aumentar la implicación del Centro y los trabajadores en temas de bioseguridad, formar al personal en prevención de forma periódica y estandarizar las precauciones, uso de equipos de protección y promoción de técnicas de trabajo más seguras.

Palabras clave: Accidente biológico, Personal sanitario, Exposición a material biológico, Factor de riesgo, Prevención.

Sin conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Servicio de Prevención de Riesgos Laborales - Protocolo de Actuación ante Accidentes con Material Biológico - Govern de Les Illes Balears, Servei de Salut 2016.
- 2.- Barandiarán MJ, Bujanda L, Cilla G, García JM, Busca P, Iribarren J A, Elosegui M E. -Accidentes Ocupacionales con Material Biológico - Hospital Donostia, Osakidetza/Servicio Vasco de Salud 2010.
- 3.- Real decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo - BOE nº 124 de 24 de mayo de 1997.
- 4.- Comisión Central de Salud y Grupo GERABTAS. Accidentes biológicos en profesionales sanitarios. 3ª ed. Madrid: Insalud 2016.
- 5.- Romero A, Cabrera F, Jiménez M, Muñoz J C, Ávila IM. -"Prevalencia de Accidentes Biológicos por punción accidental en el Hospital Virgen de la Victoria" - Nure Investigación 2007; 31.
- 6.- Hernández M J, Misiego A, Arribas J L. - Estudio General de las Exposiciones a Riesgo Hemático en Personal Sanitario: Estudio Epinetac 1996-2002 - M. Campins, MJ. Hernández J.L. Arribas (ED.) Grupo de trabajo Epinetac. Madrid 2005; 53-144.
- 7.- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº 269 del 10 de noviembre de 1995.
- 8.- Decreto 44/2001, de 23 de marzo, de creación del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de Illes Balears - Boletín Oficial de Illes Balears, nº 40 de 3 de abril de 2001.
- 9.- Decreto 59/2008, de 2 de mayo, por el que se establecen e implantan los procedimientos de seguridad y el sistema de vigilancia frente al accidente con riesgo biológico en el ámbito sanitario de las Illes Balears, nº 63 de 8 de mayo de 2008
- 10.- Plitt C, Ruiz A, López C, Ordóñez C, Sanz C. - "Enfermería y prevención de riesgos biológicos. Desde la formación hasta el ejercicio de la profesión" - Revista ROL Enfermería 1999; 22: 571-578. 25
- 11.- Campins M, Hernández MJ, García A, Arribas JL. . En: Forcada JA, editor. Guía de prevención del riesgo biológico para

profesionales de enfermería. Valencia: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana

12.- Real Decreto 592/1993, de 23 de abril, por el que se determina la composición y el funcionamiento de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida - BOE de 7 de mayo 1993.

13.- Bárcena R M, Santamaría ML, Nadal M D, Acebes M A.- Exposición a Material Biológico en el Hospital Universitario La Paz - Medicina General 2008; 104: 88-94.

POSTER 21**AUTORES/AUTHORS:**

Ester Gavalda Espelta

TÍTULO/TITLE:

Efectividad del modelo de atención integrada a personas con problemas crónicos de salud: Salut+Social en Terres de Ebre

El trabajo se basa en la evaluación del Modelo de Atención Integrada "Salut+Social" es un proyecto en el que participan los servicios de Servicios de Salud y Servicios Sociales. Pretende favorecer mediante una herramienta tecnológica la coordinación y comunicación entre los diversos profesionales con el paciente en el centro del sistema. La hipótesis es que las personas que participan en el modelo Salut+Social mejoran su calidad de vida, adherencia terapéutica y frecuentación de los servicios, así como la sobrecarga de los cuidadores.

Objetivo. Implementar y evaluar la efectividad de la implantación modelo Salut+Social para mejorar la calidad de vida, adherencia al tratamiento, frecuentación de los servicios de los ciudadanos, sobrecarga del cuidador en los usuarios y satisfacción de los profesionales.

Diseño del estudio. Estudio cuasi-experimental pre y post intervención con medidas repetidas, con metodología mixta, se utilizarán cuestionarios por la parte cuantitativa y grupos focales para la cualitativa.

Destinatarios. La población objeto del estudio son todos los usuarios con condicionantes de Salud y Social que sean susceptibles a ser tratados de forma coordinada y colaborativa

Variables. Intervención a realizar es un proyecto, mediante el cual se promueve la comunicación entre los sectores sociales y sanitarios, para mejorar la calidad de la atención y realizar el seguimiento a los usuarios con enfermedades crónicas avanzadas y otras con elevada dependencia. La intervención se realiza a través de una aplicación web y móvil que permite establecer un flujo de comunicación permanente entre profesionales de los diferentes ámbitos para coordinar actuaciones y compartir información de los usuarios. Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, situación laboral, nivel de estudios, nacionalidad. Variables relacionadas con el estado de salud o de interés: diagnóstico de los condicionantes de salud, grado de dependencia reconocida (grado 1, 2 o 3), servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, número de ingresos urgencias, hospitalización durante los últimos 6 meses. Variables de estudio: sobrecarga cuidador, calidad de vida, adherencia terapéutica, evaluación de experiencia del paciente crónico, satisfacción de los usuarios, profesionales y cuidadores implicados, grado de utilización de la herramienta.

Instrumentos y técnicas de recogida de datos. Instrumentos utilizados para valorar la parte cuantitativa están validados para población española y son Cuestionario de Zarit, IEXPAC, EuroQol-5D, Test de Morisky-Green.

Para obtener los datos cualitativos se realizarán grupos focales post intervención en profesionales, cuidadores y personas con problemas crónicos de salud incluidos en el programa.

Plan de análisis de datos. Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables estudiadas, utilizando la media y la desviación estándar para las cuantitativas y el porcentaje con su intervalo de confianza para las cualitativas. Se valorará si se produce una mejora significativa de la calidad de vida y disminución de sobrecarga del cuidador mediante test de comparación de medias apareadas y si se produce una mejora de la adherencia terapéutica mediante test de comparación de proporciones apareadas (test de McNemar) antes y después de la intervención (a los 6 meses). Se establece una significación estadística para todas las pruebas del estudio de $p \leq 0.05$ con un nivel de confianza del 95%. Para el análisis de datos cualitativos se utilizará el método de comparación constante de Glaser y Strauss. Los datos se organizarán a partir de un proceso de razonamiento inductivo de categorías.

Resultados y discusión. Se trata de un proyecto relevante por su gran aplicación tanto desde la vertiente sanitaria como social ya que las patologías crónicas representan una elevada incidencia en el grupo de estudio.

La perdurabilidad y sostenibilidad del proyecto es ciertamente estable pues cuenta con el compromiso y apoyo de las instituciones gubernamentales del área social y del área sanitaria, así como el compromiso y motivación de los profesionales que participan en el

proyecto. Las posibilidades de replicación son grandes. Nuestra organización (el propio Instituto Catalán de la Salud) tiene sus propios planes de expansión del proyecto a otras gerencias territoriales. El proceso de diseño del programa fue mayoritariamente bottom-up y como respuesta a las necesidades reales de comunicación y coordinación entre ambos servicios social y sanitario en los diferentes niveles asistenciales. La definición y elaboración por tanto se hizo de manera inclusiva.

En caso de confirmarse la hipótesis del estudio, este trabajo establecería una base para modificar el abordaje a los pacientes crónicos y la toma de decisiones hacia estos pacientes. Ayudaría a favorecer la necesidad de implantar el modelo y reforzaría los resultados favorables en diferente bibliografía sobre el beneficio de hacer un abordaje integrado en los pacientes crónicos en diferentes países.

La existencia de otras experiencias similares nacionales e internacionales legitima la pertinencia de este tipo de programas. La creación de herramientas para compartir información del paciente y comunicación es primordial para el éxito de los programas de atención integrada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.-Generalitat de Catalunya. Pla de Salut de Catalunya 2011-15. Barcelona: Departament de Salut, 2012.
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf
- 2.-The Boston Consulting Group. Informe Cronos: hacia el cambio de paradigma en la atención de enfermos crónicos [en línea]. Boston, Massachussets: US. The Boston Consulting Group, 2013. <http://www.thebostonconsultinggroup.es/documents/file165265.pdf>
- 3.-Lleixà M, García M, Lluch MT, Roldán, Espuny C, Ferré C, Albacar N. Diseño de una web 2.0 para cuidadoras de personas con problemas crónicos de salud. Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación. 2015; 47. <http://dx.doi.org/10.12795/pixelbit.2015.i47.10>
- 4.-Generalitat de Catalunya. Pla de Salut de Catalunya 2016-20. Barcelona: Departament de Salut, 2016.
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/Pla_salut/pla_salut_2016_2020/Documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf
- 5.-Ministerio de Trabajo i Asuntos Sociales. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. 2005. Madrid.
- 6.-Generalitat de Catalunya. PIAISS.
http://presidencia.gencat.cat/ca/el_departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/
- 7.-Generalitat de Catalunya. Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitaria 2017-2020.
http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS_document_desplegament_2017_2020.pdf

- 8.-Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness *Milbank Q.* 1996;74:511–44.
- 9.-Coleman K, Austin BT, Brach C, et al Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff* 2009;28:75–85.
- 10.-WHO. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Geneva: Global report WHO/NMC/CCH; 2002.
- 11.-Nuño Solinís, Roberto. Atención innovadora a las condiciones crónicas: más necesaria que nunca.
http://sefap.es/media/upload/arxius/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Atencion_innovadora_condiciones_cronicas_2009.pdf
- 12.-Contel, JC.; Muntane, B.; Camp, L. El reto de construir un escenario de atención integrada. *Revista Atención Primaria.* Vol. 44. Núm. 2. Febrero 2012.
13. Taylor-Piliae RE, Hoke TM, Hepworth JT, Latt LD, Najafi B, Coull BM. The effect of TaiChi on physical function, fall rates and quality of life among older stroke survivors. *Arch Phys Med Rehabil.* 2014. doi:10.1016/j.apmr.2014.01.001.

POSTER 24**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Eulalia Canela Valls, Rafaela Blanco Sánchez

TÍTULO/TITLE:

Suplementos de leche artificial administrados los primeros días de vida y repercusión en la lactancia materna exclusiva

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, el mejor alimento para el bebé durante los seis primeros meses de vida es la leche materna. A pesar de que las recomendaciones de las guías de lactancia materna lo desaconsejan, la suplementación con leche artificial durante los primeros días de vida es una práctica frecuente en los hospitales de nuestro entorno. El mantenimiento de la lactancia es multifactorial, influyen elementos propios de la madre (información, convicciones, estado físico...), del hijo (habilidad, irritabilidad, condicionantes físicos..) y del entorno (presión o apoyo familiar, orientación religiosa, soporte del profesional...).

OBJETIVO PRINCIPAL

Determinar si existen diferencias en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los seis meses de vida, entre los bebés que han recibido suplementos de leche artificial y los que únicamente han realizado lactancia materna durante su estancia hospitalaria (2-3días).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los motivos de suplementación alimentaria en los bebés amamantados durante su ingreso hospitalario.
- Identificar los factores asociados al abandono de la LME antes de los seis meses de vida.
- Identificar los factores que ayudan a afianzar una LME hasta los seis meses.
- Identificar algunas características sociodemográficas de la madre que puedan influir en el tipo de lactancia a los seis meses.

HIPÓTESIS

Los suplementos de leche artificial administrados de forma ocasional durante los primeros días de vida del recién nacido afectarán negativamente en la persistencia de la lactancia materna exclusiva y provocarán un abandono precoz de ésta antes de los seis meses de vida.

METODOLOGÍA

Se realizará un estudio observacional, descriptivo y transversal en la unidad de obstetricia-neonatología del hospital del Mar de Barcelona.

Los sujetos de estudio serán las mujeres que den a luz en el hospital del Mar.

Criterios de inclusión: Mujeres que den a luz en el hospital del Mar, que sus recién nacidos tengan un peso al nacer igual o superior a 2000gramos, y que realicen lactancia materna exclusiva.

Criterios de exclusión: Progenitores con barrera idiomática, mujeres que se les retire la custodia de su hijo durante la estancia hospitalaria, y mujeres con deterioro cognitivo que imposibilite la correcta comprensión del estudio.

Se incluirán como variables independientes:

- Sociodemográficas de la madre: edad, nacionalidad, país de origen, nivel de estudios, situación laboral.
- Sociodemográficas del padre: situación laboral.
- Obstétricas: paridad, tipo de parto, edad gestacional, tipo de lactancia en hijos previos, asistencia a educación prenatal, inicio de la lactancia y días de estancia hospitalaria de la madre.
- Del recién nacido: género, peso nacimiento, administración de suplementos de leche artificial (motivos), días de estancia hospitalaria del recién nacido.

Variable dependiente:

- tipo de lactancia.

Los instrumentos de medida serán: entrevista presencial y revisión de la historia clínica antes del alta hospitalaria. Entrevista

telefónica al mes, a los tres meses y a los seis meses de vida del bebé.

El cálculo de la muestra se ha realizado con el programa Granmo, el cual indica que, con un nivel de confianza del 95%, estimación de la proporción de la población del 0.5, una precisión de +/-6 unidades perceptuales y una proporción estimada de reposiciones del 20%, se necesitará una muestra de 270 individuos para llevar a cabo el estudio.

Se realizará un análisis estadístico de datos con programa SPSS v. 24.0. Análisis descriptivo con frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas, y media y desviación estándar o mediana, valor mínimo, valor máximo para las variables cuantitativas, en función de la normalidad o no de la distribución. Análisis comparativo (IC:95%) en el cual se utilizarán las pruebas estadísticas Ji Cuadrado, t de Student y U de Mann-Whitney según tipología y distribución de las variables. Análisis multivariado de las variables significativas.

Consideraciones éticas: Se garantizará confidencialidad y anonimato de los datos según ley Orgánica 5/1999, de 13 de diciembre de Protección de datos de Carácter Personal. Se solicitarán permisos institucionales y del Comité de Ética de Investigación Clínica del Parc de Salut Mar, se entregará hoja informativa a los participantes y se solicitará el consentimiento informado.

APLICABILIDAD

Conocer los factores directamente relacionados con el abandono de la LME en tres momentos distintos permitirá focalizar la atención enfermera a colectivos de riesgo y evaluar la utilidad o plantear programas de educación sanitaria específicos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Organización Mundial de la Salud. Lactancia Materna Exclusiva. OMS;2016.
Disponible en:
https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
2. Unicef. Lactancia Materna. UNICEF; 2012. Disponible en:
<https://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>
3. Camargo Figuera F, Latorre Latorre J, Porras Carreño, J. Factores asociados al abandono de la Lactancia materna Exclusiva. Revista hacia la promoción de la Salud, vol.16, núm.1, enero-junio 2011, pp.56-72. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126695005>
4. Guzmán LR. Guía de lactancia materna. Gob Aragón. 2015; 1–137.
5. Asociación Española de Pediatría. Documentos sobre lactancia materna. AEP; 2016. Disponible en:
<http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos-sobre-lactancia-materna>
6. Organización Mundial de la salud. Diez datos sobre la lactancia materna. OMS; 2015. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
7. Rius JM, Ortuño J, Rivas C, Maravall M, Calzado MA, López A, et al. Factores asociados al

abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *Anales de pediatría*. 2011; 80(1):6–15. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403313002385>

8. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Marina LS, Dorronsoro M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit*. 2014; 29(1):4–9
9. Chantry CJ, Dewey KG, Peerson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. In-Hospital First-Time Mothers Intending to Exclusively Breastfeed or Formula Use Increases Early Breastfeeding Cessation Among First-Time Mothers. *J Pediatr*. 2014; 164:1339–1345.e5.
10. Oakley LL, Henderson J, Redshaw M, Quigley MA. The role of support and other factors in early breastfeeding cessation: an analysis of data from a maternity survey in England. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Feb 26 ; 14:88.
11. Kornides M, Kitsantas P. Evaluation of breastfeeding promotion, support, and knowledge of benefits on breastfeeding outcomes. *J Child Health Care*. 2013 Sep; 17(3):264–73.
12. Guía de lactancia materna. Granada: Complejo Universitario de Granada y distrito granada metropolitano; 2015. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/guia_lactancia.pdf

POSTER 25**AUTORES/AUTHORS:**

MARÍA LORENTE REDÍN, MACARENA GARCÍA GOZALO

TÍTULO/TITLE:

Eficacia y utilidad de la estimulación vesical y paravertebral como técnica de recogida de orina en menores de 6 meses

OBJETIVOS 1) Determinar la proporción y los factores predictivos de éxito con la técnica de estimulación vesical en menores de 6 meses. 2) Evaluar la eficiencia (ahorro de tiempo y recursos) de esta técnica comparada con otros métodos. 3) Evaluar la validez de la muestra de orina obtenida por esta técnica comparada con las muestras recogidas por otras técnicas para el diagnóstico de ITU. 4) Evaluar las tasas de éxito de la técnica cuando se involucra a la enfermería y al resto de personal del servicio de pediatría y se instaura este método como primera elección en la recogida de muestras de orina. 5) Evaluar la percepción de la enfermería y los padres en cuanto a esta nueva técnica respecto a las previamente utilizadas.

MÉTODOS La recogida de orina en lactantes y neonatos es una práctica muy frecuente que supone un consumo de tiempo y recursos importante en el día a día. Los métodos de obtención de orina en este grupo de pacientes incluyen técnicas invasivas como el sondaje vesical y la punción suprapúbica y métodos no invasivos pero lentos e incómodos para el paciente como la bolsa estéril. La obtención de muestra de orina puede estar indicada en diferentes situaciones clínicas pero especialmente es necesaria para el diagnóstico de infección del tracto urinario (ITU). En el año 2013 un grupo de pediatras de un hospital madrileño publicó un artículo(1) en el que describían una nueva técnica para la obtención rápida y segura de orina en neonatos. Esta técnica resultó tener altas tasas de éxito y en un tiempo medio menor de un minuto. Tras la lectura de este artículo y otros posteriores (2-5) que apoyaban las ventajas de este nuevo método, lo hemos querido instaurar en nuestro hospital como primera elección en la recogida de muestras de orina para lactantes menores de 6 meses y neonatos. Así mismo, ante la necesidad de más estudios que den validez a dicha técnica, hemos querido desarrollar un estudio en el que se evalúen diferentes variables en relación al procedimiento y a su utilidad para el diagnóstico de ITU. En un primer momento, se informó del proyecto a la dirección médica y de enfermería con el fin de obtener los permisos necesarios. A continuación, se comenzó la formación al personal de enfermería con contrato en cualquiera de los servicios de Pediatría (incluyendo Urgencias, planta de Hospitalización y Neonatología). Las charlas, de aproximadamente 30 minutos de duración se desarrollaron con el siguiente guion: presentación del estudio; explicación de la técnica ayudándose de material audiovisual en el que se mostraba el procedimiento; explicación de los documentos a entregar y completar por los padres (hoja de información y copia del consentimiento informado-CI-); documentos que se deben recoger y rellenar por el profesional que llevará a cabo la técnica(CI firmado por los padres y hoja de recogida de datos cumplimentada por el profesional); y se indicó el lugar en el que se debían colocar en cada uno de los servicios. Las charlas se impartieron de manera individual o en pequeños grupos y se repitieron en distintos horarios en el lugar de trabajo para garantizar la formación del mayor número posible de enfermeras y facilitar su asistencia. Durante estas sesiones se entregó un formulario de elaboración propia, para conocer las expectativas de las enfermeras respecto a esta nueva técnica. Este formulario se volverá a entregar al finalizar el estudio para comparar la percepción de los profesionales antes y al término del estudio. La segunda fase corresponde con un estudio observacional transversal que se comenzó en marzo de 2017 y se extenderá hasta mayo de 2018 (ampliable según muestra). La población de estudio serán los neonatos y lactantes que se encuentren en alguno de los tres servicios indicados anteriormente y que cumplan los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: 1) Todos los niños menores de 6 meses que requieran recogida de una muestra de orina. 2) Sujeto hemodinámico y respiratoriamente estable. 3) Lactantes cuyos padres den el CI. **Criterios de exclusión:** 1) Deshidratación. 2) Oliguria/Anuria. 3) Lactantes cuyos padres no den el CI. 4) Indicación del pediatra de recogida con otra técnica. En todos ellos se realizará la técnica a estudio como primera elección. Esta consiste en la realización de una toma y 25 minutos después, la limpieza de los genitales y la realización de percusión con los dedos en la zona suprapúbica del lactante durante 30 segundos alternándola con 30 segundos de masaje en la zona lumbar paravertebral con movimientos circulares. Se continúan ambas estimulaciones hasta que comienza la micción y se recoge la orina a mitad de la micción en un vaso colector estéril. Se realizará la recogida mediante otros métodos (bolsa estéril o sondaje vesical) ante el fracaso de la obtención de muestra por la técnica propuesta. Los datos para el posterior análisis de resultados se registrarán en una Hoja de Recogida de Datos que incluye aspectos como número de historia clínica, edad, sexo, motivo de consulta, percepción paterna y de enfermería de la incomodidad durante la realización de la técnica y tiempo invertido en ella, entre otros. Se realizará una codificación simple del sujeto de estudio mediante la asignación de un código específico de lo cual se encargarán los investigadores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Herreros Fernández ML, González Merino N, Tagarro García A, et al. A new technique for fast and safe collection of urine in newborns. Arch Dis Child. 2013;98(1):27–29
2. Nilgun Altuntas, Asli Celebi Tayfur, Mesut Kocak, Hasan Cem Razi, Serpil Akkurt . Midstream clean-catch urine collection in newborns: a randomized controlled study. Eur J Pediatr (2015) 174:577–582 DOI 10.1007/s00431-014-2434-z
3. Herreros Fernández ML, Tagarro García A, García-Pose A, Sánchez A, Cañete A, Gili P. Accuracy of a new clean-catch technique for diagnosis of urinary tract infection in infants younger than 90 days of age. Paediatr Child Health 2015;20(6):e30-32.
4. Labrosse M, Levy A, Autimizguine J, Gravel J. Evaluación de una nueva estrategia para Clean-Catch Urine en Infantes. Pediatrics 2016 sep 138 (3).
5. Tran A, Fortier C, Giovannini-Chami L, Demonchy D, Caci H, Desmontils J, et al. (2016) Evaluation of the Bladder Stimulation Technique to Collect Midstream Urine in Infants in a Pediatric Emergency Department. PLoS ONE 11(3): e0152598. doi:10.1371/journal.pone.0152598

POSTER 26

AUTORES/AUTHORS:

Nerea Plazaola Ugarte, Juan Manuel Leyva Moral

TÍTULO/TITLE:

DIFERENCIAS EN EL TIEMPO DE REALIZACIÓN DEL CONTACTO PIEL CON PIEL SEGÚN NACIONALIDAD EN RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, todo aquel recién nacido que nace antes de las 37 semanas de gestación (SG) se considera recién nacido prematuro o pretérmino (RNPT). Las tasas de prematuridad están aumentando y en los países de bajos ingresos la mitad de los RNPT con edad gestacional (EG) de 32 SG mueren por no haber recibido los cuidados adecuados. El 75% de éstos RNPT pueden sobrevivir con cuidados sencillos y costo-eficaces, como, por ejemplo, aplicar el método madre-canguro (MMC). Mientras que, en los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos RNPT sobrevive. La evidencia científica demuestra que la realización del método madre-canguro aporta múltiples beneficios a los RNPT. Los estudios informan que en los países de renta alta hay más prevalencia en su realización que en los países de renta baja. En la actualidad, en el Hospital del Mar de Barcelona los hijos nacidos de madres extranjeras son el 63,14%.

HIPÓTESIS

Los grupos étnicos procedentes de países de rentas bajas dedican menos tiempo a la realización del contacto piel con piel que los procedentes de rentas altas. Variables: tiempo de piel con piel y quien lo realiza, nº de veces que se realiza piel con piel durante el ingreso, nacionalidad y origen étnico de los padres.

OBJETIVOS

Objetivo principal: Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo dedicado a realizar el contacto piel con piel entre padres de diferentes nacionalidades.

Objetivos secundarios: Describir el perfil sociodemográfico de las madres y padres de los RNPT; describir el perfil de los RNPT; cuantificar las horas de piel con piel realizadas por los padres incluidos en el estudio.

MÉTODOS

El diseño del estudio será observacional descriptivo y transversal. El ámbito de estudio será la Unidad neonatal del hospital del Mar de Barcelona, que atiende una media de 120 RNPT al año aprox., de una población multiétnica. La Población de estudio son las familias con RNPT ingresados en la Unidad Neonatal del Hospital del Mar. El muestreo será no probabilístico intencionado y el periodo de recogida de datos será de 18 meses.

Criterios de inclusión: Madres y padres que tengan a su hijo RNPT de entre 30 y 36+6 SG en la Unidad Neonatal del hospital del Mar.

Criterios de exclusión: madres y/o padres con patología psiquiátrica o deterioro cognitivo que impida la correcta comprensión del estudio y/o que se les haya retirado la custodia por orden judicial; madres con patologías que impidan el desplazamiento a la unidad; RNPT inestables bajo criterio médico y/o por orden medica no puedan salir de la incubadora.

Variables

Variables Principales:

- Tiempo de piel con piel: el tiempo que transcurre entre que se pone el neonato en contacto piel con piel en el tórax desnudo del progenitor y el momento finalización el contacto piel con piel.
- Nº de veces que se realiza piel con piel durante el ingreso.
- La persona que realiza el contacto piel con piel.
- Nacionalidad y origen étnico de los padres.

Variables Secundarias:

-Variables medidas en los padres: Edad, tipo de parto, número de hijos a cargo de la familia, barrera idiomática, nivel de estudios, ocupación.

-Variables medidas en los neonatos: Edad gestacional, Edad (días de vida), peso, talla y perímetro craneal al nacimiento y al alta, tipo de alimentación, número de dispositivos médicos que posee

Técnica de recogida de datos: Se medirá el tiempo de cada sesión de contacto piel con piel, se realizará recogida de datos de los padres a través de cuestionario y de los del RNPT de su historia clínica.

Análisis: descriptivo con frecuencias y porcentajes o media y desviación estándar y comparativo con pruebas de Ji al cuadrado, t de

Student y U de Mann-Whitney.

Limitaciones: barrera idiomática, el tamaño muestral pequeño, la imposibilidad de extrapolar los resultados a otros hospitales sin características multiétnicas, los errores de registro de datos.

IMPLICACIÓN PARA LA PRACTICA CLÍNICA

Si se cumpliera la hipótesis, los resultados obtenidos en este estudio de investigación podrían ayudar a identificar grupos de riesgo en las unidades neonatales en cuanto al menor disfrute de los beneficios del contacto piel con piel. Se podrían diseñar estrategias de intervención precoces como por ejemplo educación sanitaria a las familias en periodo prenatal en los centros de asistencia primaria y en periodo perinatal en el hospital. También se podrían realizar labores de información y concienciación a la población de riesgo en asociaciones culturales, centros cívicos...

Estos mismos resultados podrían dar lugar para la realización de otros estudios de investigación para identificar los obstáculos que se encuentran los grupos de riesgo y posibles estrategias para darles solución y así mejorar los resultados de salud de estos grupos. Definir áreas de mejora específicos (grupos de riesgo). Diseñar estrategias de educación sanitaria para mejorar sus resultados de salud (a más tiempo de contacto piel con piel, más beneficios para el RNPT).

CONFLICTO DE INTERÉSES: Este estudio ni sus autores no poseen ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1-WHO. OMS | Nacimientos prematuros [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/#>

2-Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Método Madre Canguro: Guía Práctica. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2004;56. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43083/1/9243590359.pdf>

3-Cabrejas L, Ureta N. Método madre/padre canguro. [Internet]. AEP. 2014. p. 1. Disponible en:

<http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/metodo-madrepadre-canguro>

4-Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 8. Art. No.: CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub4

5-Crowe S, Prost A, Hossen M, Azad K, Kuddus A, Roy S, et al. (2015) Generating Insights from Trends in Newborn Care Practices from Prospective Population-Based Studies: Examples from India, Bangladesh and Nepal. PLoS ONE 10(7): e0127893.

doi:10.1371/journal.pone.0127893

6-Pervin J, Gustafsson FE, Moran AC, Roy S, Persson LÅ, Rahman A. Implementing Kangaroo mother care in a resource-limited setting in rural Bangladesh. Acta Paediatr. 2015; 104(5):458-65. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/apa.12929>

7-Vesel L, Bergh A-M, Kerber KJ, Valsangkar B, Mazia G, Moxon SG, et al. Kangaroo mother care: a multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15 (Suppl 2):S5. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/PMC/articles/PMC4577801/pdf/1471-2393-15-S2-S5.pdf>

8-Pallás-Alonso CR, Losacco V, Maraschini A, Greisen G, Pierrat V, Warren I, et al. Parental involvement and kangaroo care in European neonatal intensive care units: a policy survey in eight countries. Pediatr Crit Care Med. 2012; 13(5):568-77. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22760425>

9-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 Pediatría. 2014; 81(4):232-40. Disponible en:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403313004475>

POSTER 27**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Isabel Briones García, Elisa Belén Cortés Zamora, Marta Mas Romero, Nuria Cascales Madrona, María Fe Ruiz García, María Felicidad Diéguez Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO POBLACIONAL DE FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA EN ALBACETE. FRADEA 4ª OLA

INTRODUCCIÓN:

El proceso de envejecimiento es un fenómeno constante y progresivo. Según datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (INE), los mayores de 65 años en España en 2016 suponían un 18.74% del total de la población, siendo la proyección del INE para el 2052 del 37%, lo que implica un aumento de la población anciana de un 18.26%.

El último consenso, define la Fragilidad como un síndrome médico de múltiple etiología caracterizado por pérdida de fuerza y resistencia, así como por disminución de la función fisiológica, que aumenta la vulnerabilidad individual para desarrollar dependencia o fallecer. De igual modo, la Fragilidad es considerada un síndrome dinámico, potencialmente tratable y reversible, por lo que su prevención, y detección precoz podrían reducir la aparición de acontecimientos adversos de salud en la población anciana.

OBJETIVOS:**OBJETIVO PRINCIPAL:**

- Determinar la asociación entre Fragilidad y mortalidad en ancianos residentes en Albacete capital a los diez años de su valoración basal.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Analizar la evolución de los sujetos previamente no frágiles, prefrágiles y frágiles.
- Analizar si la fragilidad en mayores residentes en Albacete capital se asocia con composición corporal y Sarcopenia.
- Determinar la relación entre la fragilidad y el estado de discapacidad, situación de dependencia y comorbilidad.
- Analizar la asociación entre fragilidad y episodios de hospitalización.
- Analizar la asociación entre fragilidad y visitas a Urgencias.
- Comprobar si la fragilidad en ancianos mayores de 79 años se asocia al estado cognitivo y afectivo.
- Analizar si la fragilidad se asocia a episodios de caídas.
- Determinar el nivel de pobreza energética.
- Determinar la carga del cuidador de los participantes que lo tengan, así como el coste de los cuidados.
- Analizar las principales preocupaciones de los mayores de 80 años del estudio FRADEA.
- Obtener muestras biológicas de los participantes (sangre) para analizar posteriormente biomarcadores relacionados con la fragilidad.

MÉTODO:

El estudio responde a las características de un diseño de cohortes observacional longitudinal, en el que una cohorte de hombres y mujeres de más de 79 años (previamente incluidos en el Estudio FRADEA con una edad de 70 años al comienzo del mismo), será analizada nuevamente tras un periodo de diez años desde el inicio del estudio. La cuarta ola del estudio FRADEA es un seguimiento posibilístico de todos los participantes incluidos en la primera ola y que no hubieran fallecido o abandonado el estudio tras la tercera ola.

De igual modo, aclarar que de una muestra representativa de 1.172 sujetos, la cual se obtuvo tras la realización de un muestreo aleatorio estratificado sobre un universo de 18.137 ancianos, aceptaron participar 993 mayores, siendo por tanto ésta la muestra original de la que parte dicho estudio.

Mediante una entrevista estructurada, se recogerán variables relativas a características sociodemográficas, datos antropométricos (peso, talla, Índice de masa corporal, perímetro abdominal, masa grasa y masa libre de grasa), biomarcadores en sangre (inflamación y Sarcopenia), nivel de preocupación, carga del cuidador, así como otros datos relacionados con la salud del mayor

durante el periodo de tiempo que abarca el final de la tercera ola hasta esta cuarta, como son número ingresos previos, número de visitas a urgencias, número de caídas enfermedades de nueva aparición, nueva necesidad de ayuda técnica para deambular y nuevas necesidades de servicios sociales. Además de todas ellas, se estudiarán otra serie de variables mediante pruebas funcionales y escalas validadas: criterios de Fragilidad (Criterios de Linda Fried), cribado de Sarcopenia (cuestionario CAF), función física (SPPB y Velocidad de la marcha), Discapacidad (Índice de Barthel e Índice de Lawton y Brody), estado cognitivo (Minimental State Examination de Folstein), estado afectivo (Escala de depresión geriátrica de Yesavage), comorbilidad (enfermedades crónicas según CIE-10, Índice de Charlson, consumo de medicamentos, hábitos tóxicos) y determinación de pobreza energética (Cuestionario de pobreza energética).

CONCLUSIÓN:

Es conocido que la población anciana, y en concreto la que presenta discapacidad y dependencia asociada, es la que consume mayoritariamente los recursos sanitarios y sociales. Es por ello que conocer cuáles son los factores que determinan la asociación entre Fragilidad y mortalidad y llevar a cabo un correcto abordaje nos podría servir de ayuda para establecer medidas cuyo fin sea reducir la discapacidad y la dependencia en los ancianos. Todo ello supondría, por un lado la disminución en el gasto sanitario, y por otro lado, garantizar una mayor calidad de vida al mayor de la misma forma que a sus cuidadores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

1. INE. Madrid2016 [cited 2016 5 de diciembre]; Available from: <http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm>.
2. Fried L, Ferrucci L, Darer J, Williamson J, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59(3):255-63.
3. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(6):392-7.
4. García-García FJ, Zugasti JLL, Manas LR. Fragilidad: un fenotipo en revisión. *Gaceta Sanitaria*. 2011;25:51-8.
5. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-M57.
6. Rizos LR, Soler PA. Fragilidad como predictor de episodios adversos en estudios epidemiológicos: revisión de la literatura. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48(6):285-9.
7. Fried L, Tangen C, Walston J, Newman A, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-M56.

POSTER 29**AUTORES/AUTHORS:**

LUIS FELIPE ESCALERA FRANCO, ARACELI PORRAS AREVALO, RAQUEL MAILLO CANTERO

TÍTULO/TITLE:

Tiempos de analgesia en Urgencias, Índice de Calidad de los Cuidados.

Objetivos:

General: Analizar los tiempos de atención en nuestro servicio de urgencias a los pacientes que acuden con motivo de consulta Dolor Agudo según la prioridad establecida en área de triaje.

Específico: Comparar nuestros tiempos de atención-analgesia con los establecidos en el método de clasificación SET.

Metodología: Se lleva a cabo un Estudio Observacional Descriptivo Transversal, con el análisis de 246 registros de Enfermería de Urgencias durante el mes de Febrero de 2017. El estudio se realiza en el servicio de urgencias del Hospital Comarcal, Infanta Margarita en Cabra, en el AGS Sur de Córdoba, perteneciente al Servicio Andaluz de Salud. Las variables de estudio fueron Variables socio-demográficas (Sexo y Edad), Prioridad de Atención establecida en consulta de clasificación y Tiempo de analgesia (minutos) transcurrido desde la clasificación del paciente hasta la administración de medicación (oral/parenteral).

Resultados: Los resultados obtenidos tras el análisis, en los tiempos medios de analgesia según prioridad fueron los siguientes: prioridades 2; 20,7 minutos, prioridades 3, 53,7 minutos; prioridades 4, 57,6 minutos y prioridades 5, 90 minutos.

Conclusiones: Dados estos resultados, podemos concluir que nuestros pacientes clasificados con prioridades 3, 4 se encuentran por debajo del tiempo de espera asignado a su prioridad, según el protocolo de triaje establecido en nuestro hospital, el Sistema Español de Triaje. Por un lado, las prioridades 5, prácticamente no han sido tenidas en cuenta porque en tan sólo una historia clínica se había comprobado que se puso analgesia. Por otro lado, hemos observado un pequeño aumento del tiempo de espera para prioridades 2 en la administración de analgesia, según lo estipulado en el protocolo de triaje.

En general y dado que el mayor número de historias clínicas revisadas han sido de prioridades 3 (n=202) y 4 (N=34), concluimos que los resultados han sido buenos, nuestra actuación está siendo correcta en cuanto al tiempo de atención al paciente con Dolor Agudo, destaca la prioridad 3 por el volumen de casos registrados y por el tiempo de aplicación de analgesia que está dentro del tiempo óptimo establecido. Del resto de prioridades, consideramos que debemos ampliar el número de casos, analizarlos y ver los resultados obtenidos si coinciden con los de este estudio. El aumento de los tiempos de espera en la prioridad 2, y tras el análisis de las historias, han podido ser debidos al aumento de la carga asistencial en la cual se encuentran los servicios de urgencias, por la ocupación de la consulta médica por otro paciente en el momento de clasificación del paciente con esta prioridad, por la coincidencia de varios pacientes con prioridad 2 en una misma consulta o por la demora en la exploración facultativa y tardía indicación terapéutica.

Este estudio puede considerarse como el inicio para un análisis más exacto de los tiempos de analgesia, que realizaremos con un aumento de la muestra y del tiempo de estudio, así como teniendo en cuenta otros factores en el paciente y en la atención enfermera.

Aplicaciones a la práctica: En los sistemas de triaje estructurados, existen unos estándares de calidad entre los cuales está el tiempo que el paciente espera hasta ser atendido según la prioridad asignada en la consulta de triaje, así nuestro el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, establece según el Sistema Español de triaje, SET en 15, 60, 100 y 120 minutos el tiempo para las prioridades 2, 3, 4 y 5 respectivamente, por ello, cumplir los tiempos de atención a los pacientes urgentes refleja la calidad de la asistencia prestada, este tipo de estudios permite evaluar la atención que se le está prestando a los pacientes y a su vez proponer mejoras, por ejemplo, instaurar circuitos de analgesia que se inicia en el área de clasificación, proporcionando analgesia prescrita según el tipo de dolor y el tipo de paciente. En definitiva, mejorar los circuitos de atención a los pacientes que acuden a nuestros servicios de urgencias con Dolor agudo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- F. Caba Barrientos, M.C. Benito Alcalá, A. Montes Pérez, J.L. Aguilar Sánchez, R. de la Torre Liébana5 y C. Margarit Ferri; Encuesta nacional sobre dolor en las urgencias hospitalarias; Rev Soc Esp Dolor 2014; 21(1): 3-15
- Lladó Salamanca S., Rubiño Díaz J. A., Pérez Galmes C. A., Socias Moya M.. Estudio y promoción de buenas prácticas para mejorar el abordaje del dolor en el Servicio de Urgencias. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2016 Dic [citado 2017 Sep 14]; 23(6): 275-279. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462016000600003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2016.3467/2016>.
- F.C. Sampson, S.W. Goodacre, A. O’Cathain; Interventions to improve the management of pain in emergency departments: systematic review and narrative synthesis; Emerg Med J. (2014)0:1-10
- R. Body, E. Kaide, S. Kendal, et al. Not all suffering is pain: sources of patients’ suffering in the emergency department call for improvements in communication from practitioners; Emerg Med J., 32 (2015), pp. 15-20
- A. Stang, et al.; Quality indicators for the assessment and management of pain in the emergency department: A systematic review; Pain Res Manag, 19 (6) (2014) e179-190

POSTER 31**AUTORES/AUTHORS:**

LUIS FELIPE ESCALERA FRANCO

TÍTULO/TITLE:

Estudio piloto sobre la Terapia musical como ayuda a los cuidados enfermeros en los traslados secundarios terrestres.

OBJETIVOS

General

- Comprobar la efectividad de la música para disminuir la ansiedad del paciente durante el traslado interhospitalario

Específico

- Contrastar aspectos metodológicos de mejora para la realización completa del estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Hipótesis

Basándonos en la bibliografía consultada, partimos en nuestro estudio de la siguiente hipótesis “la aplicación de la intervención enfermera “terapia musical”, en el transporte sanitario terrestre, reduce la ansiedad del paciente durante el traslado terrestre interhospitalario.

Tipo de estudio

Estudio experimental del tipo ensayo clínico aleatorizado y controlado realizado en el ámbito de la asistencia sanitaria extrahospitalaria, en el traslado secundario terrestre o interhospitalario, por el equipo de traslados interhospitalarios del Hospital Infanta Margarita de Cabra, (Córdoba), AGS Sur de Córdoba, Servicio Andaluz de Salud.

Variables de estudio.

1. Edad: Tiempo expresado en años transcurridos desde el nacimiento a la fecha del estudio. Se trata de una variable cuantitativa, discreta y los datos se encuentran sin agrupar
2. Sexo: Según conste en la documentación que acompañe al paciente. Variable cualitativa dicotómica, con dos valores 1 Mujer, 2 Varón..
3. El grado de ansiedad-rasgo (escala STAI-RASGO), (ANEXO 2): Mide cómo se siente el paciente generalmente mediante unas preguntas con un valor establecido. Cualitativa ordinal con tres valores 1 baja (0-20), 2 media (21-40), 3 alta (41-60).
4. El grado de ansiedad-estado (escala STAI-STADO), (ANEXO 3): Describe cómo se siente el paciente en un momento determinado ante un factor posiblemente estresante, mediante preguntas con valor añadido. Variable cualitativa ordinal con 3 valores 1 baja (0-20), 2 media (21-40), 3 alta (41-60)

Población y muestra de estudio.

Pacientes trasladados desde el Hospital Infanta Margarita de Cabra, al Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años
- Aceptación de las condiciones de la investigación
- Consciente y orientado, con Glasgow de 15.

Criterios de Exclusión:

- Trastorno psiquiátrico agudo, claustrofobia
- Disminución total o parcial de la capacidad auditiva
- Bajo los efectos de drogas sedo relajantes
- Pacientes que durante el traslado sufran un empeoramiento de su estado hemodinámico y sea necesaria la intervención del personal sanitario.

Calculo de tamaño muestral y aleatorización.

Al tratarse de un estudio piloto, no fue tenida en cuenta el cálculo realizado que estimaba 70 pacientes por grupo. La aleatorización

de la muestra fue al azar, el paciente escogió entre dos sobres en blanco que en su interior contendrán la inclusión en uno u otro grupo del estudio.

Recogida de datos.

Los datos se recogían en los cuestionarios descritos en las variables antes, durante y tras el traslado.

Análisis de datos

Se ha realizado mediante el programa estadístico R. Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar. Las variables cualitativas se expresan como números absolutos y porcentajes. Se utilizó la prueba T de Student para la comparación de dos medias. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado para comparar proporciones.

Este análisis se ha llevado a cabo en dos fases, en la primera de ellas se ha comprobado la homogeneidad de los dos grupos de estudio en cuanto a las variables basales (edad, ansiedad rasgo y ansiedad estado) antes de realizar la intervención mediante las pruebas de T de Student y Chi Cuadrado. Tras comprobar esta homogeneidad entre grupos, se ha calculado si existen diferencias significativas entre las variables de estudio, basales y resultado de la intervención, mediante el valor de p, relacionando valores de $p < 0,05$ con la existencia de diferencias significativas.

Resultados

La muestra tenía una proporción de 50% entre sexos y una edad media de 62.6 años.

Los resultados de las variables basales estaban dentro de los intervalos de confianza lo que indicaba la homogeneidad de los grupos.

Las medias de las variables basales estaban muy similares al inicio, ansiedad rasgo $28.77 + 5.51$ en el grupo control y de $28.01 + 10.28$ en el grupo experimental y Ansiedad estado $38.77 + 7.37$ en el grupo control y $32.18 + 10.59$ en el grupo experimental.

El resultado para responder al objetivo general planteado lo encontramos en la media de la variable resultado de la intervención, la Ansiedad estado post-intervención $37.55 + 8.26$ en el grupo control y $16.90 + 8.36$ en el grupo experimental, existiendo una considerable diferencia.

Estudiado el valor de significación "p" en todas las variables del estudio y las diferencias encontradas, solo en la variable resultado es menor a 0.05, esto es debido al pequeño tamaño muestral.

En respuesta al objetivo específico, hay que decir que la metodología está siendo buena y no estoy encontrando problemas para estudios posteriores.

Discusión y aplicaciones a la práctica.

Soy consciente que no se pueden generalizar los resultados, pero es el primer paso para abrir otras líneas de investigación y mejorar los cuidados a nivel extrahospitalario. Disminuyendo la ansiedad, mejoramos el estado del paciente, aumentamos su seguridad y serán cuidados de calidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Mofredj A, Alaya S, Tassaioust K, Bahloul H, Mrabet A; Music therapy, a review of the potential therapeutic benefits for the critically ill; J Crit Care. 2016 Oct;35:195-9. doi: 10.1016/j.
- Palmer JB, Lane D, Mayo D.; Collaborating With Music Therapists to Improve Patient Care; AORN J. 2016 Sep;104(3):192-7. doi: 10.1016/j.aorn.2016.06.014.
- Zhou K, Li X , Li J, Liu M, Dang S , Wang D, Xin X . A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breastcancer patients after radical mastectomy: results on depression, anxiety and length of hospital stay. [Base de datos en Internet] Eur J Oncol Nurs 2015 Feb; 19 (1): 54-9. doi: 10.1016 / j.ejon.2014.07.010. Epub 2014 31 de agosto. Citado en Pubmed PMID:25181938. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25181938>

- Nilsson U. The anxiety and pain-reducing effects of music interventions: a systematic review. [Base de datos en Internet] AORN J. 2008 Apr; 87(4): 780-807. PubMed PMID: 18395022. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18395022>
- Pérez González S, Fornés Vives J. Utilización de la música en los cuidados terapéuticos de enfermería. Revista Presencia [Internet] 2006 ene-jun; 2(3). [ISSN: 1885-0219]. Disponible en <http://www.index-f.com/presencia/n3/39articulo.php>
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual, 2.ª ed. Madrid: TEA Ediciones, 1986

POSTER 32**AUTORES/AUTHORS:**

CARMEN RODRÍGUEZ, DAVID ESTEVE, ALFREDO LÓPEZ, IRENE MARTINEZ, GEMMA MARGALEF, NÉSTOR BACELAR, ELENA SALAS, YOLANDA GONZALEZ, EMILIO JALDÓN

TÍTULO/TITLE:

Proyecto de educación sanitaria para mejorar indicador asistencial del paciente con sepsis en un servicio de urgencias.

- 1. OBJETIVO:** Evaluar el impacto de una intervención educativa sobre sepsis basada en simulación clínica y llamada "Nursing Stop Sepsis" (NSS), dirigida a los profesionales de enfermería del servicio de urgencias de un hospital universitario de tercer nivel y medido a través de la mejora de los conocimientos para el manejo del paciente con sepsis.
- 2. MATERIAL Y MÉTODOS:** Se ha realizado un estudio observacional, analítico, de carácter prospectivo y longitudinal donde se evaluó el impacto de la intervención educativa con el análisis en el resultado de las pruebas de aptitud ejecutadas antes y después de la intervención educativa, en la que los participantes se asignaron aleatoriamente y de forma voluntaria. La formación se basó en el conocimiento sobre el paciente con sepsis que incluyó: el estado actual de la enfermedad, tratamiento antibiótico precoz, tratamiento del foco infeccioso y estado hemodinámico precoz.
Estudios previos han demostrado que la mejora en los niveles de conocimiento ha impactado en la reducción de la mortalidad de los pacientes afectados por ésta enfermedad, "NSS" pretende fortalecer la importancia del diagnóstico y tratamiento antibiótico precoz, concienciando sobre la mejora en los tiempos de atención al enfermo séptico.
Se evaluó el porcentaje de aptos con la superación en el test de un 90%.
- 3. RESULTADOS:** Se incluyeron 106 profesionales de los cuales sólo 78 fueron evaluados en el proceso de resultados por haber realizado ambos test (T0 y T1). Previa a la intervención (T0), datos globales reflejan una situación del 1% y que tras la formación hay una mejora significativa del 37,2%. ($p < 0,001$). Los turnos que más se favorecen de la participación son los pertenecientes a: Turno mañana (57,1%) y tarde (47,4%). En cambio, el turno que mayor necesidad de formación presenta es el turno noche (17,4%). El impacto es más evidente en los grupos de profesionales con más de 1 año de experiencia laboral a pesar de no tener significación estadística.
- 4. DISCUSIÓN:** El personal de enfermería mejoró el nivel de conocimiento de forma representativa. La intervención educativa provocó que la tendencia de aptos incrementara siendo más evidente en los grupos: mañana y tarde. Esta diferencia entre el comportamiento puede tener una explicación por las distintas oportunidades formativas, y de manejo del paciente séptico en una franja horaria donde se realiza más actividad docente y educativa.
Estos programas deberían incluirse como parte de las intervenciones de mejora en el servicio. Su efecto debe ser sostenido en el tiempo y deben adecuarse a las necesidades de los profesionales para su formación.
La implementación de proyectos educativos con microsimulación permite resolver de forma más rápida y detectar de forma más eficiente los pacientes susceptibles.

No existe conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Angus DC, Lindle-Zwirble WT, Lidicker J, Pinsky MR. Epidemiology of severe sepsis in the United State: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. *Crit Care Med* 2001; 29:1472-4.
2. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. *Chest* 1992; 101(6):1644-1655.
3. Ferrer, R. Artigas, A. Levy, M et al. Improvement in process of care and outcome after a Multicenter severe sepsis educational program in Spain. *JAMA* 2008; 299 (19); 2294-2303.
4. Benedict N. Virtual patients and problem-based learning in advanced therapeutics. *Am J Pharm Educ.* 2010 Oct 11; 74(8):143.

5. Esteban A, Frutos-Vivar F, Ferguson ND, Penuelas O, Lorente JA, Gordo F, et al. Sepsis incidence and outcome: contrasting the intensive care unit with the hospital ward. *Crit Care Med* 2007; 35(5):1284-1289.
6. Reznick M, Smith-Coggins R, Howard S et al. Emergency medicine crisis resource management (EMCRM): pilot study of a simulation-based crisis management course for emergency medicine. *Acad Emerg Med*. 2003 Apr; 10 (4):386-389
7. Williams JB1, McDonough MA, Hilliard MW. et al. Intermethod reliability of real-time versus delayed videotaped evaluation of a high-fidelity medical simulation septic shock scenario. *Acad Emerg Med*. 2009 Sep; 16(9):887-93.
8. Hänsel M, Winkelmann AM, Hardt F, et al. Impact of simulator training and crew resource management training on final-year medical students' performance in sepsis resuscitation: a randomized trial. *Minerva Anestesiol*. 2012 Aug; 78(8):901-9. Epub 2012 Apr 13.

POSTER 33**AUTORES/AUTHORS:**

David Guadarrama Ortega, Beatriz González Piñeiro, María Aránzazu Martín Hernandez, Jonatan Vallejo Paredes, María Teresa Peces Hernández, Juan Mariano Conde Antón, Rosa María Carrero García, Yolanda Chuvieco González, Nuria Muñoz Arjonilla

TÍTULO/TITLE:

IMPACTO DE LA ECOGRAFÍA VOLUMÉTRICA VESICAL EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA.

Aproximadamente entre un 15% y un 25% de los pacientes ingresados en hospitales son portadores de una sonda vesical, ya sea para tener un control de la diuresis o para resolver una retención urinaria. El sondaje vesical (SV) es una de las intervenciones que más morbilidad genera en el ámbito sanitario, ya que es una de las principales causas de infecciones nosocomiales. Se estima que en torno al 40% de las infecciones nosocomiales son Infecciones de Tracto Urinario (ITU), y que de estas, el 80% están relacionadas con sondas vesicales. Actualmente, la ecografía volumétrica vesical es un método fiable y válido, especialmente para volúmenes pequeños, y aceptado por los pacientes.

Se usa en el 26% de las Unidades de Cuidados Críticos en EE.UU, además, su uso reduce las incidencias de ITU. La utilización de la ecografía volumétrica vesical portátil ha conseguido, por otro lado, aumentar los casos de éxito en sondajes vesicales en pacientes pediátricos en urgencias. En el ámbito europeo se ha estudiado en pacientes de cirugía y en pacientes neurológicos.

Objetivo principal: determinar si la disponibilidad de uso, de ecografía volumétrica vesical, se asocia a una disminución de la incidencia de recateterizaciones vesicales por sospecha de retención urinaria (RU) en una unidad de Medicina Interna.

Método:Diseño: Cohortes retrospectivas, comparando la cohorte expuesta a la disponibilidad del ecógrafo vesical con la no expuesta el año previo.

Población de estudio: pacientes adultos sometidos a sondaje vesical permanente de corta duración desde marzo de 2015 hasta diciembre de 2016 ingresados en Medicina Interna.

Se analizaron 146 registros de sondaje vesical en la Historia Clínica Electrónica previos (67) y posteriores a la introducción del ecógrafo en la unidad (79).

Análisis estadístico: Para evaluar la variable principal se calculó la diferencia de porcentajes de recateterización entre ambos grupos y su intervalo de confianza al 95% para ello se utilizará el test de la χ^2 de Pearson. Se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística para ajustar el efecto por otras variables.

La variable dependiente principal es la necesidad de sondaje vesical por sospecha de retención urinaria. La variable independiente es la disponibilidad de ecógrafo vesical durante el tiempo que es evaluado por sospecha de RU.

Resultados: Se analizó una muestra de 146 registros de pacientes. De los 73 pacientes sin ecógrafo las indicaciones por retención urinaria fueron el 44.8% frente al 19% de los pacientes con ecógrafo. $P<0.001$; $RR=0.42$ $IC95\%(0.25-0.72)$. Tras realizar la regresión logística, se obtienen valores similares a los del análisis univariante.

Discusión: Nuestro estudio sigue la línea de otros trabajos que evalúan y recomiendan el ecógrafo vesical para determinar el volumen de la vejiga y así disminuir el número de sondajes a los pacientes. En nuestro caso, tener acceso a un ecógrafo volumétrico vesical disminuye en un 58% el riesgo de ser sometido a un sondaje por sospecha de retención urinaria. No se han observado diferencias en función de otras variables estudiadas.

El disponer de ecógrafos volumétricos vesicales por parte de las enfermeras podría DISMINUIR la morbimortalidad de los pacientes sometidos a SV en MI, el gasto sanitario asociado, el disconfort de los pacientes, ya que se reduce el número de sondajes por sospecha de RU.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

[1] Geng V, Cobussen-Boekhorst H, Farrell J, Gea-Sánchez M, Pearce I, Schwennesen T, et al. Evidence-based Guidelines for Best

Practice in Urological Health Care. Catheterisation Indwelling catheters in adults. Urethral and Suprapubic. Arnhem – The Netherlands: EAUN; 2012.

- [2] Griffiths R, Fernandez R. Strategies for the removal of short-term indwelling urethral catheters in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):CD004011.
- [3] Niel-Weise BS, van den Broek PJ, da Silva EM, Silva LA. Urinary catheter policies for long-term bladder drainage. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:CD004201.
- [4] Getliffe K. Care of urinary catheters. *Nurs Stand* 1996;11:44–7.
- [5] Crowe H, Clift R, Duggan G, Bolton D, Costello A. Randomized study of the effect of midnight removal of urinary catheters. *Urol Nurs* 1994;14:18–20.
- [6] Moon HJ, Chun MH, Lee SJ, Kim BR. The usefulness of bladder reconditioning before indwelling urethral catheter removal from stroke patients. *Am J Phys Med Rehabil* 2012;91:681–8.
- [7] Gray M. Urinary retention. Management in the acute care setting. Part 1. *Am J Nurs* 2000;100:40–7; quiz 48.
- [8] Skelly JM, Guyatt GH, Kalbfleisch R, Singer J, Winter L. Management of urinary retention after surgical repair of hip fracture. *CMAJ* 1992;146:1185–9.
- [9] Cabezón Gil P, López Yepes L, Fernández Pérez C, Barreales Tolosa L, Montoya González P, López Timoneda F. Validez y fiabilidad de la ecografía vesical en la estimación no invasiva del volumen de orina en una Unidad de cirugía mayor ambulatoria. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2009;56:479–84.
- [10] Conway LJ, Pogorzelska M, Larson E, Stone PW. Adoption of policies to prevent catheter-associated urinary tract infections in United States intensive care units. *Am J Infect Control* 2012;40:705–10.
- [11] Palese A, Buchini S, Deroma L, Barbone F. The effectiveness of the ultrasound bladder scanner in reducing urinary tract infections: a meta-analysis. *J Clin Nurs* 2010;19:2970–9.
- [12] Alexaitis I, Broome B. Implementation of a Nurse-Driven Protocol to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections. *J Nurs Care Qual* 2014;29:245–52.
- [13] Baumann BM, McCans K, Stahmer SA, Leonard MB, Shults J, Holmes WC. Volumetric bladder ultrasound performed by trained nurses increases catheterization success in pediatric patients. *Am J Emerg Med* 2008;26:18–23.

POSTER 37**AUTORES/AUTHORS:**

Claudia Morán del Pozo, Lucía Serrano Molina, Nuria Argila Fernández-Durán, Cristina Martín Benito-Bustos, Rosa María Martínez López, Isabel Navarro Pérez, Begoña Quiroga Iñigo

TÍTULO/TITLE:

Digitalizando los registros de cuidados en un hospital con HCIS: evaluación a los 10 meses de su puesta en marcha

1. Objetivo

Describir y analizar el uso de los planes de cuidados estandarizados (PCE), de las intervenciones de enfermería (NIC) y de los registros de continuidad de cuidados disponibles en HCIS, tras 10 meses de su implantación, desde julio hasta abril del 2017.

2. Método

El Servicio Madrileño de Salud, propone la implantación de una nueva historia clínica digital, el programa informático HCIS, en todos los centros que quedaban con registro en papel. Este modelo de registro aporta ventajas en la legibilidad, uniformidad y accesibilidad, además de ser decisivo en la explotación de datos.

El Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela (HCCR), es el primero que inicia el proceso de informatización con HCIS, tal y como continuará el proyecto en el resto de hospitales de la Comunidad de Madrid.

Se realiza un estudio descriptivo, tanto de los PCE, como de las 86 intervenciones de enfermería (NIC). Igualmente analizamos el registro de la continuidad de los cuidados, por el informe de enfermería al alta (IEA) entre niveles asistenciales.

De los 18 PCE cargados en la aplicación al inicio, a los 6 meses el plan de "fractura de cadera" se cambia por el de "prótesis de cadera" ajustándose a la gestión del cuidado, y se añaden dos planes nuevos en el último mes del estudio. Estos cambios surgen a demanda desde la Comisión de Cuidados.

Previo a su inicio, se realizaron sesiones formativas por todas las unidades. Enfermería, recibió formación para la elaboración y cumplimentación de los PCE. Se dieron sesiones formativas al inicio del programa y otra sesión para resolución de dudas tras su uso. A los 3 meses recibieron formación de nuevo para resolución de nuevos problemas.

3. Resultados

De las 86 NIC que están incluidas en HCIS, la intervención "6680-Monitorización de los signos vitales" es la que más se repite, siguiendo a esta, "1876-Cuidados del Catéter Urinario", "9108-Realizar Glucemia Capilar", "970-Transferencia", "1801-Ayuda con el Autocuidado: Baño/Higiene" y "1380-Aplicación de Frío y Calor". Estos datos son coherentes con el perfil de pacientes ingresados con elevados niveles de dependencia.

El porcentaje de pacientes con PCE, ha tenido oscilaciones. En el inicio, un 63,9% de pacientes tenían asociado un PCE, este dato se reduce en octubre del 2016 al 45,58%, aumentando al 99,26% en Abril del 2017: la media es de un 64,22% por mes.

El porcentaje de pacientes con IEA, aumenta de un 80,56% (Julio 2016), a un 91,14% (Marzo 2017), con una media de un 82,13% por mes.

4. Discusión

Se confirma el dato que otros estudios ya han puesto en valor, la relación que existe entre el registro de cuidados enfermeros con planes estandarizados y las cargas de trabajo.

Es llamativo que los porcentajes más elevados de cumplimentación corresponden a los periodos de menor ocupación en el hospital, y a periodos en los que hemos hecho intervenciones directas de concienciación en las unidades. Esto pone de manifiesto en el inicio de la implantación, la asociación entre mayor carga de trabajo/menor registro, pero que con acciones de intervención directa en las unidades a través de sesiones formativas y de resolución de problemas se ha conseguido revertir.

Teniendo claro que la historia digital es una herramienta imprescindible para el trabajo de enfermería y que aporta beneficios, se debe avanzar en desterrar el concepto de que su uso, supone un aumento de tiempo de trabajo.

Sería de interés, asociar y analizar qué otros factores internos y externos intervienen en estas enfermeras, que les hacen modificar el uso de los registros de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. NANDA Internacional: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2015-2017. Barcelona. Elsevier España; 2015.
2. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Ed. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochter J. Elsevier; 2009.
3. Lunney, M. Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos: estudios de casos y análisis de enfermería. NANDA-I.Madrid : Elsevier Masson, cop. 2011

POSTER 38**AUTORES/AUTHORS:**

J.Patricia Moreno-Pina, Antonio Paredes-Sidrach de Cardona, Encarnación Martínez-Sánchez, Jesús Leal-LLopis, Juan Antonio Martínez-García, Isabel Pozo-Serrano

TÍTULO/TITLE:

Programa de seguimiento telefónico tras el alta hospitalaria en un Área de Salud.

Objetivo: Evaluar un programa de seguimiento telefónico de continuidad cuidados enfermeros en atención primaria, a las personas que han sido dadas del hospital de referencia de un Área de Salud. Método: Estudio descriptivo realizado en un Área de Salud que consta de quince Zonas Básicas de Salud y da cobertura sanitaria a 248.678 personas, a todos los usuarios que han sido dados de alta en el hospital de referencia, entre el 1 de enero y el 30 de abril 2017. Se utilizo como fuente de datos las historias electrónicas de OMI-AP, SELENE y ÁGORA. Variables: 1. Número de protocolos abiertos de continuidad de cuidados (PCC)/ Número de personas citadas en agenda. 2. Número de llamadas telefónicas registradas/Número de PCC Los datos han sido analizados con la hoja de cálculo Excel. Resultados: En el periodo evaluado han sido dadas de alta 3.249 personas en toda el Área. El número total de protocolos de continuidad de cuidados abierto ha sido de 60,4% (1.962 casos), de estos consta la realización de una llamada telefónica en el 51,7% del total, lo que supone un total de 1.014 personas. Estos resultados varían en función de la Zonas Básicas de Salud oscilando entre el 23,5% y el 97,5% para el primer criterio y entre el 20,6% y el 100% para el segundo. Conclusiones: La puesta en marcha del programa supone realizar una intervención proactiva, que contribuye a garantizar la continuidad de cuidados entre escenarios asistenciales. El contacto telefónico ha permitido la detección precoz de necesidades de cuidados en 1.014 personas en el periodo evaluado. Se necesita incorporar indicadores que permitan conocer las necesidades de cuidados de la población, las intervenciones realizadas y medir el impacto en salud de esta intervención. Es necesario analizar las causas de la variabilidad, en cuanto a los resultados del programa, encontrada entre Zonas Básicas de Salud, con el fin de identificar espacios mejora y poner en marcha intervenciones que tiendan a mejorar esta situación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Marco referencial de la continuidad de cuidados en el servicio madrileño de salud. 2014. Disponible en: <http://www.madrid.org>.
2. Irani M, Dixon M, Dean J. Care closer to home: past mistakes, future opportunities. *Journal Royal Society of Medicine*. 2007.;100:75-77
3. Bengoa R. Empantanados. Entorno externo cambiante, entorno interno empantanado. Artículo de Revisión. *Risai* 2008;1(1):1-7. www.risai.org
4. Calvo-Mayordomo MJ, JA Infantes Rodríguez, C Solano Villarrubia, E Rebollo López, JL Marín Maldonado. La enfermera de AP como garante de la continuidad de cuidados: Intervención proactiva tras el alta hospitalaria. *Risai* 2015; 7(1): 1-7. Disponible en: www.risai.org
5. Jerant AP, Azari R, Nesbitt TS. Reducing the cost of frequent hospital admissions for congestive heart failure: a randomized trial of a home telecare intervention. *Med Care*. 2001; 39:1234-45.
6. Jerant AP, Azari R, Martinez C, et al. A randomized trial of telenursing to reduce hospitalization for heart failure: patient-centered outcomes and nursing indicators. *Home Health Care Serv Q*. 2003; 22:1- 20.
7. Nodal MJ, Viñoles J, Monto ´n E, Argente P, Traver V. Validation of an m-Health solution for the follow-Up of post-operative patients of ambulatory surgery. *EChallenges e-2010 Conference proceedings*. Paul Cunningham and Miriam Cunningham (Eds). IIMC International Information Management Corporation, 2010.
8. Jakobsson J. Assessing recovery after ambulatory anaesthesia, measures of resumption of activities of daily living. *Curr Opin Anaesthesiol* 2011;24(6):601-4

POSTER 41**AUTORES/AUTHORS:**

María del Carmen Gómez Martín, Sandra Agustino Rodríguez, Esperanza Zuriguel Pérez, Juan del Oso Morán, Marisa Bañuls Pardina, Montserrat Tiñena Amorós, Creu Regné Alegret, Montserrat MartínezMuñoz, María Angeles Barba Flores

TÍTULO/TITLE:

Modelo de liderazgo desde la gestión de cuidados y resultados en pacientes

Objetivo

En el marco del desarrollo de un nuevo modelo de gestión de cuidados, centrado en el paciente, el desarrollo de los profesionales, la generación de conocimiento (asistencial y gestor) y en la mejora continua integrada en el trabajo diario, siendo la figura principal motor del cambio el gestor de enfermería, se planteó como objetivo principal analizar los indicadores de calidad y seguridad clínica en el marco de este modelo de cuidados

Método

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal, cuyo ámbito de estudio fueron las unidades médico y quirúrgicas de un hospital de nivel III de Barcelona. El período abarcado ha sido de dos años, de enero de 2015 a diciembre de 2016. Los sujetos de estudio fueron todos los pacientes ingresados durante el período de recogida de datos. Se incluyeron tanto pacientes adultos como pediátricos, sin ningún criterio de exclusión. Los datos se han obtenido a través de los registros informatizados de enfermería de hospitalización.

En el período de estudio se realizaron 10 sesiones con las gestoras analizando los resultados y estableciendo diferentes estrategias de mejora (auditorías clínicas, práctica reflexiva y sesiones formativas) lideradas por las gestoras.

Se recogieron 5 grupos de variables relacionadas con (I) caídas, (II) dolor, (III) flebitis, (IV) estado nutricional dolor y (V) lesiones por presión.

Se creó una hoja de recogida de datos, con el soporte informático Excel contemplando las variables citadas. Para el análisis de datos se han utilizado estadísticos descriptivos simples.

Resultados

Se obtuvieron los datos de 43.320 pacientes ingresados en el 2015 y de 43.196 ingresados en el 2016.

Los resultados obtenidos tras el análisis de resultados del año 2015 y las estrategias de mejora implantadas durante el año 2016, muestran una mejora en los indicadores de seguridad clínica: tasa de caídas (0,93%, 2016; 0,98%, 2015), tasa de flebitis (7,61%, 2016; 8,26%, 2015), valoración del estado nutricional (63,31%, 2016; 51,84% 2015) y tasa de lesión por presión (1,23%, 2016; 1,36%, 2015). Respecto al indicador dolor EVA >3, la tasa no ha disminuido (21,46%, 2016; 19,35%, 2015) sin embargo ha sido más elevado el número de evaluaciones realizadas por paciente

Discusión

De los resultados se evidencia que el nuevo rol de gestor de cuidados ejerce influencia en resultados en pacientes. Tras la implantación de las auditorías clínicas y la implantación de estrategias de mejora, se observa un incremento del registro de las intervenciones enfermeras, siendo éstas adecuadas al problema de salud. Como limitaciones del estudio, no debe descartarse la utilización de otros métodos de contraste, como la observación directa

Implicaciones para la práctica

Se cree conveniente seguir con la estrategia de la implantación de un modelo de liderazgo desde la gestión de cuidados, junto a la seguridad del paciente y hacia la evaluación continua de los cuidados

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Vela Valle, Laura; Hijós Larraz, Luis Alfonso. Estudio sobre el perfil de competencias y liderazgo de las enfermeras gestoras. Tesela [Rev Tesela] 2015; 17. Disponible en <<http://www.index-f.com/tesela/ts17/ts10257.php>

García Rodríguez MM. Coordinar cuidados en Atención Primaria. Estrechando lazos entre la gestión y la clínica. Arch Memoria. 2012; 9(1).

Regan S, Laschinger H.K.S, wong C.A. The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses' perceived

interprofessional collaboration. Journal of Nursing Management, 2016, 24, E54–E61

ANDR E B., FRIGSTAD S.A., NØST T.H. & SJØVOLD E.Exploring nursing staffs communication in stressful and non-stressful situations.Journal of Nursing Management, 2016, 24, E175–E182

POSTER 42**AUTORES/AUTHORS:**

Pedro Pastor Ballesteros, M^a Luisa Rodríguez Navas, Daniel Pablo T Troncoso Viejo

TÍTULO/TITLE:

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN BASADAS EN MECANISMOS DE TRANSMISIÓN (MPBMT) COMO OPORTUNIDAD DE MEJO

INTRODUCCION

En 1996, el Comité Asesor de Prácticas sobre el Control de Infecciones Hospitalarias (HICPAC) publicó la Guía para las Precauciones de Aislamiento en los Hospitales, definiendo con ello las precauciones estándar y las precauciones basadas en los mecanismos de transmisión. Las precauciones basadas en los mecanismos de transmisión fueron diseñadas con el fin de prevenir la diseminación de microorganismos entre el paciente, personal hospitalario, visitantes y equipos. Dichas precauciones tienen como objetivo:

- Cortar la cadena epidemiológica de transmisión del agente infeccioso.
- Disminuir la incidencia de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.
- Prevenir y/o controlar brotes.
- Racionalizar el uso de recursos.
- Mantener calidad en la atención.

OBJETIVO

Mediante el presente estudio se pretende mejorar la calidad de los aislamientos en un hospital de tercer nivel, implicando para ello a los responsables de cuidados en las diferentes unidades de hospitalización, de forma que dicha implicación repercuta de forma positiva en el seguimiento y control de las MPBMT y directamente en la mejora de los cuidados de salud, garantizando el cumplimiento de dichas precauciones.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo comparativo pre-post, de los resultados correspondientes a 12 cortes prevalentes. Realizados mediante check-list estandarizado de calidad de aislamientos (8 pre-intervención y 4 post-intervención). Para el estudio se utilizaron las variables: Cartel Identificativo; Localización del material; Utilización del material; Tipo de material; Lugar de desecho; Realización de higiene de manos.

Se dieron por correctos aquellos que cumplían con todas sus variables, cotejándose como incorrectos aquellos en los cuales una de las variables no era la adecuada.

Como oportunidad de mejora se impartieron desde el servicio de medicina preventiva sesiones formativas a los responsables de hospitalización de todos los servicios implicados, se hicieron una revisión y actualización exhaustivas de las normas existentes hasta el momento en cuanto a medidas de precaución basadas en mecanismos de transmisión, modificando la cartelería y los procedimientos. Durante unas semanas se mantuvieron los procedimientos revisados y actualizados en un banner informativo en la intranet hospitalaria, invitando a los profesionales a familiarizarse con los mismos.

RESULTADOS

Los resultados del estudio arrojan una mejora considerable en los resultados correspondientes a los cortes prevalentes post-intervención mostrando un aumento considerable en el correcto cumplimiento de las MPBMT alcanzando un porcentaje de cumplimiento de un 100 % en los cortes de prevalencia post-intervención, siendo reseñable tan sólo un puntual empeoramiento, que los autores de este estudio relacionamos con el periodo estival y la mayor presencia de profesionales temporales no familiarizados con las medidas de precaución utilizadas en el centro.

DISCUSIÓN Se pone de manifiesto que la implicación de los responsables de cuidados en los procesos que afectan a los cuidados

de salud repercute de forma positiva en la calidad de los mismos. Siendo tan importantes como necesarias las auditorías y retroalimentación mediante sesiones en los servicios, reuniones con los responsables de seguridad y recordatorios en los lugares de trabajo, para mejorar la práctica asistencial, mejorar los cuidados y avanzar en la cultura de la prevención de riesgos asociados a los cuidados de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Abatángelo, V., Peressutti Bacci, N., Boncompain, C., Amadio, A., Carrasco, S., Suárez, C. and Morbidoni, H. (2017). Broad-range lytic bacteriophages that kill *Staphylococcus aureus* local field strains. *PLOS ONE*, 12(7), p.e0181671.
- Wright, P. (2003). Stamping out SARS. *Journal of Hospital Infection*, 55(4), p.305.
- Souverein, D., Euser, S., Herpers, B., Hattink, C., Houtman, P., Popma, A., Kluytmans, J., Rossen, J. and Den Boer, J. (2017). No nosocomial transmission under standard hygiene precautions in short term contact patients in case of an unexpected ESBL or Q&A *E. coli* positive patient: a one-year prospective cohort study within three regional hospitals. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 6(1).
- Harris, J., Walsh, K. and Dodds, S. (2017). Are Contact Precautions ethically justifiable in contemporary hospital care?. *Nursing Ethics*, p.096973301770933.
- Tschudin-Sutter, S., Lucet, J., Mutters, N., Tacconelli, E., Zahar, J. and Harbarth, S. (2017). Contact Precautions for Preventing Nosocomial Transmission of Extended-Spectrum B Lactamase–Producing *Escherichia coli*: A Point/Counterpoint Review. *Clinical Infectious Diseases*, 65(2), pp.342-347.
- Vaziri, S., Najafi, F., Miri, F., Jalalvandi, F. and Almasi, A. (2008). Practice of standard precautions among health care workers in a large teaching hospital. *Indian Journal of Medical Sciences*, 62(7), p.292.
- Bourigault, C., Corvec, S., Bretonnière, C., Guillouzouic, A., Crémet, L., Marraillac, J., Juvin, M., Berner, P., Le Gallou, F., Reynaud, A., Boutoille, D., Villers, D. and Lepelletier, D. (2013). Investigation and management of multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* spread in a French medical intensive care unit: One outbreak may hide another. *American Journal of Infection Control*, 41(7), pp.652-653.

POSTER 43**AUTORES/AUTHORS:**

Rafael Luque Ruiz, Ana Rosa Ordoñez Torres

TÍTULO/TITLE:

La gestión de enfermería en la resolución de las dificultades de cumplimentación del listado de verificación quirúrgico.

Introducción

El Listado de Verificación Quirúrgica es una herramienta práctica de seguridad para el paciente, ideada para reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables. Está basada en tres principios: simplicidad de utilización, amplitud de aplicación tanto en entornos ricos o escasos en recursos materiales y la mensurabilidad en cuanto al impacto que tiene esta práctica.

Objetivos**General**

1. Aumentar al 100% el grado de cumplimentación del Listado de Verificación Quirúrgico (LVQ)

Específicos

1. Analizar el grado de cumplimentación del LVQ en un hospital de traumatología.
2. Identificar las dificultades del personal sanitario a la hora de realizar el cumplimiento del LVQ.
3. Implantar un bundle de actividades para mejorar la cumplimentación del LVQ.

Métodos**Ámbito de estudio**

Hospital de traumatología de la Mútua ASEPEYO en Sant Cugat del Vallés, Barcelona.

Diseño

Estudio observacional retrospectivo.

Población

Todos los pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el período comprendido de febrero 2016 a febrero 2017.

Muestra

3882 pacientes intervenidos quirúrgicamente.

Variables analizadas

El listado aplicado es el confeccionado por el "Departament de Salut de Catalunya", junto la Institución Avedis Donabedian dentro del proyecto Alianza en la Seguridad del paciente. El LVQ incluye 32 preguntas repartidas en 4 bloques; 8 preguntas en el pre traslado del paciente a quirófano, 9 preguntas en la verificación preoperatoria (antes de la inducción anestésica), 12 preguntas en la pausa operatoria (antes de la incisión quirúrgica) y 3 antes de salir del quirófano. Los ítems tienen 4 posibles respuestas: Sí; cuando la práctica está realizada correctamente, Sí Después de comprobar con el Listado de Verificación; cuando se detecta una no conformidad y se corrige antes de pasar al siguiente ítem, No; cuando no se realiza y no se corrige, No Procede; cuando la práctica no es aplicable al caso a realizar.

Se calcula el grado de implementación y el grado de cumplimiento individual de los ítems en los cuatro momentos (pre traslado, verificación preoperatoria, pausa preoperatoria, verificación postoperatoria).

Los criterios para evaluar el grado de cumplimentación hacen referencia a los ítems contestados y la firma del profesional que cumplimenta el listado.

Instrumento de medida

El listado de verificación quirúrgica y el registro observacional durante la cumplimentación del LVQ.

Análisis de los datos

El análisis de los datos se realizó en los meses de abril y mayo del 2017.

Los resultados de las variables cuantitativas se expresarán como media y desviación estándar o mediana y rango intercuantil. (P25-P75).

Resultados

En el periodo analizado se realizaron un total de 3904 intervenciones quirúrgicas, de las cuales 3643 tenían correctamente cumplimentado el LVQ. Esto representa el 93'3%. El 6'7% restante de intervenciones no cumplían con los criterios correctos de realización del LVQ.

Los errores más frecuentes son: listado no cumplimentado en el pre traslado, error en el marcaje de la reserva de sangre, falta de

firma de la enfermera responsable, pre inducción anestésica sin cumplimentar en el apartado de identificación de Vía Aérea Difícil, comprobación de la estación de anestesia, falta de cumplimentar algún ítem en la pausa preoperatoria como profilaxis antes de la incisión, o algún ítem antes de la salida del paciente como recuento de instrumental o muestras enviadas al laboratorio para analizar correctamente etiquetadas.

Discusión

Tras el análisis de los resultados se extrae la necesidad de mejorar el grado de cumplimentación del LVQ para alcanzar el 100% de cumplimentación.

El equipo de supervisión de enfermería del hospital ha diseñado la formación presencial para explicar y aclarar las dudas del LVQ y su cumplimentación. Se crea la necesidad de establecer un sistema de seguimiento basado en cortes observacionales. Como soporte a las sesiones formativas, se confeccionó una infografía y 2 posters explicativos con los puntos clave en la cumplimentación del Listado de Verificación Quirúrgica. La infografía y los posters se ubican en las diferentes Unidades de Hospitalización, la Unidad de Cuidados Intensivos y en Bloque Quirúrgico para la consulta de los profesionales que hacen uso. Tanto en las Unidades de Hospitalización, UCI y Bloque Quirúrgico, enfermería es quién lidera la cumplimentación del listado. La formación y soporte va encaminada a este colectivo, todo y también realizar sesiones formativas a los residentes de traumatología del hospital e incluir en la implicación a la hora de nombrar los ítems a los médicos anestesiastas, principalmente en la sala de operaciones.

Implicaciones para la práctica

El LVQ es una herramienta útil para la prevención y detección de errores en el proceso peri operatorio. Su correcta cumplimentación requiere, por parte de la institución, la intención de adquirir la cultura en seguridad y promover la figura del liderazgo para su correcta implementación.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre los autores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Organización Mundial de la Salud. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas. Alianza Mundial para la seguridad del paciente, 2008. Disponible en: www.who.com
- 2- Soria-Aledo V, Saturno P, Grau Polan M. Dificultades en la implantación del check list en los quirófanos de cirugía. *Cir. Esp.* 2012; 90(3): 180-185.
- 3- Rodrigo Rincón MI, Tirapu Leon B, Zabalza Lopez P. Percepción de los profesionales sobre la utilización y utilidad del listado de verificación quirúrgica. *Rev Calid Asist.* 2011; 26(6): 380-385.
- 4- Walker IA, Reshamwalla S, Wilson IH. Surgical safety checklists: do they improve outcomes? *BJA: British J of Anaesth* 2012. 109(1): 47-54

POSTER 44**AUTORES/AUTHORS:**

VICTOR MANUEL MORATO CERRO, AROA VADILLO MUÑOZ, VERONICA VACAS REYES, ANA BELEN ARREDONDO PROVECHO, YOLANDA CHUVIECO GONZALEZ, ANA BELEN MARTINEZ GARCIA

TÍTULO/TITLE:

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA EN LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS EN LA UNIDAD DE TRAUMATOLOGIA DEL HUFA

Objetivo

Evaluar la eficacia de la formación en Higiene de Manos (HM) de los profesionales de enfermería (enfermeros, TCAE, celadores) de la unidad de hospitalización de traumatología del hospital universitario Fundación Alcorcón.

Metodología

Estudio de intervención antes-después. Se realizó una comparación entre la adherencia a la HM en una observación general a principios de ese mismo año (2015), con una observación en la unidad de traumatología tras haber realizado una formación individualizada a todo el personal de esa misma unidad.

Se realizó una formación individualizada o en pequeños grupos al 100% de la plantilla (enfermeros, TCAE, celadores), durante el turno de trabajo.

La formación corrió a cargo de personal de enfermería de la misma unidad, que tenía una formación específica en HM y que había participado en estudios de observación en el propio Hospital. Además, el hecho de ser profesionales que realizan su actividad profesional asistencial en el servicio donde se impartió la formación, hizo más participes a los compañeros a la hora de plantear dudas y solucionarlas y plantear de forma conjunta medidas que pudieran llevar a cabo a corto plazo para implementar la adherencia a la higiene de manos en el día a día asistencial.

Estos profesionales son referentes dentro de las unidades entre sus compañeros, y al realizar la misma tarea asistencial que ellos, parece más fácil llevar la teoría de los 5 momentos a la práctica.

Se diseñaron sesiones con una duración de 15 minutos teóricos donde se indicaban los 5 momentos de Higiene de manos definidos por la OMS (1), la técnica correcta para su realización y el uso correcto de guantes.

Se completó en un periodo máximo de 30 días, del 1 al 30 de junio del 2015. Se realizó en la misma unidad.

Tras 5 meses de finalizar la formación, se realizó un estudio observacional siguiendo la metodología recomendada por la OMS (1) en la cual se observaban las oportunidades que tenía casa profesional de realizar HM, según las indicaciones de la OMS y si la realizaban o no. Cuando no realizaban HM, se observaba si el profesional llevaba guantes o no. Se tuvieron en cuenta los conceptos:

Indicación, la razón por la que es necesaria la HM en un momento dado. Se justifica por el riesgo de transmisión de gérmenes de una superficie a otra. Se han adoptado 5 indicaciones, los 5 momentos de la OMS:

- Antes del contacto con el paciente.
- Antes de realizar una tarea aséptica.
- Después del riesgo a exposición a fluidos orgánicos.
- Después del contacto con el paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente.

Oportunidades, es una unidad de contabilidad de las acciones de HM que el profesional observado debe llevar a cabo, ya sea por indicación única o múltiple.

Acción, cada oportunidad, independientemente del número de indicaciones que la determine, debe estar asociada a una acción de HM. La acción es realizar higiene de manos, si es positiva y no realizarla si es negativa.

El grado de cumplimiento de la higiene de manos por los profesionales se expresa objetivamente por la proporción entre las acciones positivas y las oportunidades.

La observación la realizaron profesionales entrenados en estudio de observación, con formación específica en observación de Higiene de manos y ajenos a la unidad.

Los datos de observación se recogieron en un formulario adaptado del de la OMS. Se pasaron a una base de datos diseñada para el estudio y se analizaron con el SPSS versión 21 para Windows. Se resumen en porcentaje global de cumplimiento. Se desagregan por cumplimiento en los 5 momentos y por categoría profesional.

Resultados

Se observaron un total de 199 oportunidades. El cumplimiento de Higiene de manos durante el periodo observado fue de 58%. De los 5 momentos definidos por la OMS, los que más se cumplieron fueron “después del contacto con el paciente” (75 %) y “antes del contacto con el paciente” (68%). Por categoría profesional, las TCAE fueron las que tuvieron mayor adherencia (96 %), seguidas de los Diplomados en Enfermería (75%) y Celadores (28%).

En el servicio de traumatología se habían realizado previamente dos estudios de observación. En el año 2013 el cumplimiento fue del 47% y en el año 2015 del 64%.

Discusión

Aunque está demostrado que la Higiene de manos es la medida más eficaz en la prevención de infecciones asociadas a los cuidados sanitarios, sin embargo la adherencia de los profesionales se puede implementar. La sensibilización está aumentando, pero trasladarlo a la práctica asistencial es complejo. Se requiere un cambio de comportamiento en el día a día asistencial, por lo que seguir diseñando estrategias de mejora participativas nos puede ayudar.

En un estudio realizado en nuestro país por Sánchez Payá, la frecuencia descrita de realización de la higiene de manos fue sólo del 31%. Dependiendo de la actividad realizada, esta frecuencia varía, así “antes del contacto con fluidos corporales” el porcentaje de cumplimiento es sólo un 8,9% y “después de realizar la limpieza/retirada de residuos” un 60,5%. (10)

En este estudio no se objetivó un aumento significativo en la adherencia a la HM, aunque en esta unidad se está por encima de los estándares en lo referente a la adherencia de HM ya que ronda el 60%.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1- Directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): resumen. Organización Mundial para la Salud (OMS)

2- Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España 2015. Estudio EPINE-EPPS 2015. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.

3- First Global Patient safety challenge. Clean Care is Safer Care. World Health Organization (WHO) 2010.

4- D. Pittet, B. Allegranzi, H. Sax, S. Dharan, C.L. Pessoa-Silva, L. Donaldson
Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices
Lancet Infect Dis, 6 (2006), pp. 641-652

5- Centers for Disease Control and Prevention Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 2002; 51(N0.RR-16).

6- B. Allegranzi, D. Pittet. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention
J Hosp Infect, 73 (2009), pp. 305-315

7- D. Pittet. Improving compliance with hand hygiene in hospitals
Infect Control Hosp Epidemiol, 21 (2000), pp. 381-386

8- D. Pittet, S. Hugonnet, S. Harbarth, P. Mourouga, V. Sauvan, S. Touveneau
Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme
Lancet, 356 (2000), pp. 1307-1312

9- B. Helms, S. Dorval, P.S. Laurent, M. Winter. Improving hand hygiene compliance: A multidisciplinary approach. Am J Infect Control,
38 (2010), pp. 572-574

10- Sánchez-Payá J, Galicia-García M^aD, Gracia Rodríguez R. Grado de cumplimiento y determinantes de las recomendaciones sobre la higiene de manos. Enferm Infecc Microbiol Clin 2007; 25(6):369-75.

POSTER 45**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Gloria Lorente Granados, Blanca Fernández Lasquetty Blanc, Marta Diaz Suarez , Maria del Pilar Fernández Izquierdo, Antonio Botias Portero, Rosa Maria García Nerida, Angela Bellón Molina, Agueda Maria de la Paz García, Laura Molina Gallego

TÍTULO/TITLE:

Resultados en salud: prevención de úlceras nosocomiales con la implantación de una Guía de Buenas Prácticas de RNAO dent

OBJETIVO: Implementar en la práctica los resultados de la investigación en prevención de lesiones por presión y con ello evitar la aparición de las mismas en población de riesgo ingresada.

MÉTODO:

Ámbito: Gerencia de Atención Integrada (GAI)

Diseño: estudio descriptivo longitudinal.

Método de obtención de datos: explotación de registros en la Historia clínica a través de la herramienta Montesinos.

Tras un diagnóstico de la situación en una institución sanitaria: recursos disponibles, profesionales que la integran, conocimientos de los mismos, relaciones y circuitos que se establecen, se seleccionan de una Guía de buenas prácticas las recomendaciones que van a implantarse en el centro así como las estrategias para ello.

Se crea para ello un comité funcional y un plan de acción que irá guiando el camino de la implantación durante 3 años.

Se describen las principales recomendaciones basadas en la evidencia implementadas así como las principales acciones necesarias para llevarlas a la práctica de los cuidados.

RESULTADOS:

Se describen resultados en salud: disminución de la incidencia de úlceras nosocomiales gracias a los nuevos cuidados de un 3.4% en 2014 a un 2.7% en 2017.

Se describirán resultados de proceso: mejora en el % de pacientes con valoración del riesgo de úlceras al ingreso, de un 60.1% de todos los ingresos en 2014 a un 74.8% en 2017 y mejora en la puesta en marcha y registro de medidas preventivas en pacientes de riesgo, de un 40.7 % en 2013 a un 83.91% en 2017

DISCUSIÓN/ CONCLUSIONES:

La implantación de los resultados de la investigación en los escenarios de cuidados requiere un análisis profundo de la institución, un plan estratégico estructurado, establecimiento de alianzas clave, recursos materiales y mucha dedicación.

La utilización de la investigación produce resultados en salud que se traduce en ahorro económico y de ahorro en el sufrimiento de las personas.

Se hace necesario un esfuerzo por parte de todos los actores (pacientes / cuidadores, profesionales, sociedades científicas, servicios de salud) por implantar en la práctica clínica los resultados de la investigación.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

El proyecto de la RNAO de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO) permite a las instituciones sanitarias de forma ordenada y constante cambiar la inercia de la práctica enfermera hacia un cuidado profesional, basado en la investigación y que repercute positivamente en la salud de la población a la que se atiende.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

RNAO. Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión. Guía de buenas prácticas en Enfermería. ; 2005, revisión en 2011.

RNAO. Herramienta de implantación de buenas prácticas. Segunda edición Septiembre 2012.

Soldevilla-Agreda J, Torra i Bou J, Posnett J, Verdú-Soriano J, San Miguel L, Mayan-Santos J. The burden of pressure ulcers in Spain. *Wounds*. 2007; 7(19): p. 201-206.

Moore Z, Cowman S2. Repositioning for treating pressure ulcers. Report No.: Issue 9.Art. No.: CD006898. DOI. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2012. Report No.: 10.1002/14651858.CD006898.pub3.

Pancorbo-Hidalgo P, García-Fernández P, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, Soldevilla-Agreda J. Epidemiología de las úlceras por presión en España 2013. 4º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*. 2014;(25(4)): p. 162-70.

NPUAP EPUAP. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick referenceguide. Whashington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

Avilés M, Sanchez M, Avilés M, Sanchez M. Avilés M, Sanchez M. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Comunidad Valenciana: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012. Comunidad Valenciana: Generalitat Valenciana. Conselleria: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012.

Planas- Campmany C, Icart- Iserm M. Indicadores sesnsibles a la práctica enfermera: una oportunidad para medir la oportunidad de las enferemras. Enfermería Clínica. 2014; 24(2): p. 142-7.

Pancorbo-Hidalgo P, Garcia-Fernandez F, Soldevilla-Agreda J, Martínez-Cuervo F. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: uso clínico en España y metaanálisis de la efectividad de las escalas. Gerokomos. 2008; 2(19): p. 84-98.

POSTER 47

AUTORES/AUTHORS:

YOLANDA MARTIN VAQUERO, AZUCENA GONZALEZ SANZ

TÍTULO/TITLE:

ANALISIS DE LA FORMACION EN INVESTIGACION

OBJETIVOS: Analizar las características de las actividades formativas en el área temática de investigación. Identificar las competencias desarrolladas en relación con las actividades impartidas. Evaluar el impacto de la formación en los profesionales

METODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de las actividades formativas realizadas desde 2012 a 2017 a través del aplicativo de gestión de Formación Continuada de la organización y documentación del área de enfermería en el ambiente hospitalario

RESULTADOS: Dentro del Plan formativo (PFC) del área de enfermería se han realizado en estos 5 años 16 actividades con un total de 187 horas impartidas en el campo investigación 9,23% del total PFC, tres a distancia (100 h investigación/380 total PFC; 26'32%) y 13 presenciales (87 h/1647 h; 5'28%). La media del grado de satisfacción es $8,30 \pm 0,30$ (8 – 8,67) superior a la general 8,05. El promedio del presupuesto de investigación destinado es el 10,87% del total, varía desde el 2013 1,04% al 2016 que represento el 21,59%. Han participado 349 profesionales (enfermeros, fisioterapeutas, matronas y técnicos) en las actividades formativas investigación, 7'68% del total. Las temáticas de los cursos han sido: conceptos generales, introducción a la investigación, enfermería basada evidencia (EBE) (5 actividades), búsqueda bibliográfica (4 act), gestor bibliográfico (2 act), elaboración bibliografía y publicación (1 act). Se han realizado 3 jornadas de investigación de enfermería con el objetivo de profundizar en contenidos de investigación (experiencia en investigación, pasado, presente y futuro, publicación de enfermería, investigación cualitativa, implantación de buenas prácticas) y difundir la actividad investigadora donde se integran profesionales de asistencia hospitalaria y primaria, última promoción de egresados con los mejores Trabajos Fin de Grado dando cabida a los alumnos último curso pregrado. Todas las actividades son acreditadas. Los ponentes han sido profesionales de nuestro entorno que han recibido formación desde Servicios Centrales y formadores externos de referencia a nivel nacional. Los resúmenes de los trabajos aceptados en las jornadas son publicados en la revista propia del área "Nuevo hospital". También se han presentado comunicaciones en diferentes ámbitos, obteniendo becas de investigación, publicaciones y reconocimientos. Esta formación se está reflejando en la realización y/o actualización de procedimientos, procesos realizados en el Hospital y en el Área.

DISCUSION: Una responsabilidad de la institución es facilitar medios para que la enfermería avance en investigación (1-3) así como una dificultad identificada por los profesionales es el déficit de formación (4) tras el análisis realizado se demuestra que la investigación es un área temática real e importante dentro del PFC con gran demanda y participación activa. Los profesionales no pueden argumentar que no se realiza actualización en este tema facilitando su participación con la realización de actividades online con una valoración excelente si bien requieren dedicación para lograr superar la actividad. No consisten en superar una prueba de evaluación es preciso participación activa, continua en foros, entregas de tareas y trabajo final lo que contrasta con otras actividades online lo que ha conllevado que no todos los profesionales hayan superado la actividad online. El objetivo del PFC es aumentar las competencias no facilitar créditos. Se ha logrado la integración de todos los profesionales asistenciales del área; personal de enfermería, matronas, fisioterapeutas tanto de hospital como de atención primaria y de alumnos de 4º grado de la Escuela de Grado de Enfermería de la Gerencia de Asistencia Sanitaria, lo que facilita la continuidad en la formación (5). A pesar de que en el periodo analizado por factores socio económicos externos no se obtuvieron ayudas para apoyar a los profesionales, en el 2016 se aumentó la participación en las actividades formativas internas y externas.

IMPLICACIONES PRÁCTICA: Los resultados de los estudios realizados se han transferido a los cuidados de los pacientes que es una de las prioridades para investigar (6) y a las competencias adquiridas por los alumnos, que se demuestran en sus trabajos de fin grado y en la actitud al finalizar sus estudios. Existen proyectos de investigación en marcha de grupos de profesionales multidisciplinares. Dentro de la Comisión de Investigación hay un grupo de trabajo de enfermería con profesionales de toda la Gerencia de Asistencia Sanitaria. Es preciso facilitar recursos y tener referentes para que la investigación siga creciendo, para trasferir los resultados a los cuidados, mejorando la seguridad (oxigenoterapia, identificación, caídas) y disminuyendo variabilidad de la práctica. Se ha iniciado la implantación del proyecto Sueño por un grupo de profesionales con el objetivo de extender a otras unidades. Se está facilitando a los profesionales recursos accesibles, libres para desarrollar su carrera profesional en las competencias de investigación (presentación de comunicaciones, publicaciones).

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con la autoría de este trabajo ni publicación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Orellana Y A, Sanhueza A O. Competencia en investigación en enfermería. *Ciencia y enfermería*. 2011; 17(2):9-17.
2. Romero M, Vaquero M, Molina G. La investigación en enfermería en nuestro medio: cómo impulsar una función esencial entre nuestros profesionales. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* [Internet]. 22 de junio de 2012 [citado 10 de agosto de 2017]; 2(3). Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/197>
3. Martínez Riera JR. Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia. *Enfermería Clínica*. 1 de enero de 2003; 13(5):303-8.
4. Oltra-Rodríguez E, Riestra-Rodríguez R, Alonso-Pérez F, Luis García-Valle J, Del Mar Martínez-Suarez M, Miguélez-López R. Dificultades y oportunidades para investigar percibidas por las enfermeras en Asturias. *Enfermería Clínica*. 1 de enero de 2007; 17(1):3-9.
5. Harrison L, Ray Hernández A, Cianelli R, Rivera MS, Urrutia M. Competencias en investigación para diferentes niveles de formación de enfermeras: una perspectiva latinoamericana. *Ciencia y enfermería*. junio de 2005; 11(1):59-71.
6. Orts Cortés, M.I; Comet Cortés, P; Moreno Casbas, M. T; Arribas, M. C. Identificación de las prioridades de investigación en enfermería en España: Estudio Delphi. *Enferm clín* (Ed impr). 2000; 9-13.

POSTER 48**AUTORES/AUTHORS:**

Eva M^a Rueda García, Ana M^a Vivas Broseta, M^a Carmen Gozalvez Manzanera, Milagros Fernández Martí, Rosario Ros Navarret, M^a Ángeles Martínez Real, Amparo Moscardó Ortiz, Vicenta Bonet Escribá, Pilar Blasco Belda

TÍTULO/TITLE:

LA FORMACIÓN COMO HERRAMIENTA DE MOTIVACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA

INTRODUCCIÓN

La profesión enfermera está inmersa en un proceso de relevo generacional donde la progresiva incorporación al ámbito laboral de los Graduados y de los Doctores/as en Enfermería está permitiendo un cambio cultural que se refleja en la incorporación del proceso investigador a la práctica diaria. Sin embargo, los resultados de este proceso no se prevén inmediatos y precisarán de un apoyo e implicación institucional para que sea una realidad cotidiana.

Desde esta perspectiva, entendemos que la implantación de un programa de formación específico en investigación dirigido a enfermeras/os puede ser un factor determinante para la incorporación de un mayor número de profesionales a la investigación en el ámbito de los cuidados y con ello una mejora de la calidad de los mismos.

OBJETIVOS

- Conocer el perfil de los alumnos que acuden a las actividades formativas relacionadas con la investigación propuestas por la Unidad de Apoyo a la Investigación Enfermera.
- Evaluar las actividades formativas ofertadas en el plan formativo específico para investigación.
- Adaptar el plan formativo en función de los resultados obtenidos para favorecer el incremento de la producción científica enfermera.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo transversal.

Se diseña un plan específico de formación anual en metodología de la investigación para enfermeras. Se divide en dos módulos formativos:

- 1) Iniciación a la investigación: Talleres o sesiones formativas breves (de 2 o 4 horas) para profesionales del equipo de enfermería interesados en iniciar labor investigadora y necesiten apoyo metodológico.
- 2) Sumando investigación: Cursos de metodología de investigación dirigidos a profesionales con perfil investigador que desean desarrollar proyectos de investigación, redactar artículos, etc...

Al finalizar cada actividad formativa se administró un cuestionario anónimo validado por la Unidad de Calidad que recoge datos personales, de filiación y de satisfacción con el contenido y el profesorado.

Para el análisis de datos se utilizó Microsoft Excel y se calcularon estadísticos descriptivos, expresados en media, mediana y porcentaje.

RESULTADOS

Se han realizado 10 sesiones formativas desde Febrero hasta Mayo de 2017.

El promedio de asistencia fue del 70 %, con un total de 148 alumnos de las 210 plazas ofertadas. Se recogieron 127 encuestas, lo que supone una participación del 86 %.

El 91% de los alumnos fueron mujeres, con una edad predominante entre 35 y 50 (59%) y un 31% >50 años.

Respecto a la antigüedad en el puesto de trabajo, destaca con un 32 % de 21 a 30 años y un 20 % de 10 a 20 años. El 86% proceden del ámbito hospitalario y 14% de atención primaria.

Los aspectos mejor valorados de la formación fueron: objetivos alcanzados, nivel conocimientos adecuado, trato amable de la organización e interés para la actividad profesional.

La satisfacción general de la formación fue de 95.9 % y el curso mejor valorado con un 100% fue el curso "Como elaborar un artículo científico".

DISCUSION Y REPERCUSIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

El Plan de Formación en Investigación Enfermera del Departamento de Salud Valencia La Fe, pretende proporcionar los conocimientos y habilidades necesarios a las enfermeras para capacitarles en su labor investigadora. De las 20 sesiones formativas breves programadas para 2017, hasta la fecha se han realizado 10. Quedan pendientes los cursos del módulo 2, para el segundo semestre del año.

La edad media de los alumnos supera los 35 años y la antigüedad es de más de 10 años, lo que parece indicar un cambio respecto

al interés que despierta la investigación y la aplicabilidad de sus resultados en la práctica diaria. Además, se evidencia un creciente interés por parte del ámbito de atención primaria por desarrollar actividad investigadora.

Disponer de un programa de formación específico en investigación enfermera puede ser un factor determinante para favorecer la traslación de los resultados de investigación en cuidados al ámbito asistencial.

Vistos los resultados, nos planteamos ampliar la oferta de sesiones y mantener el formato de cara al plan formativo del año próximo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ortuño-Soriano I, Posada-Moreno P, Fernández-del-Palacio E. Actitud y motivación frente a la investigación en un nuevo marco de oportunidad para los profesionales de enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2013 Sep [citado 2017 Mayo 29]; 22(3): 132-136. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200004>
2. Orellana Y A, Sanhueza A O. COMPETENCIA EN INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2011 [citado 2017 Mayo 29]; 17(2): 9-17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000200002>
3. Marqués Andrés S. Formación continuada: herramienta para la capacitación. *Enferm. glob.* [Internet]. 2011 Ene [citado 2017 Mayo 29]; 10(21). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100020&Ing=es.
4. Landman Navarro C, Alvarado Orozco G, Elgueta Pérez M, Flores Olivares B, Gómez Letelier J, Herrera Pedraza M et al. Rol de investigación del profesional de Enfermería: fortalezas y barreras. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería* [Internet]. 2014 [citado 2017 Mayo 29];4(2):28-39. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/119/>

POSTER 49**AUTORES/AUTHORS:**

VERONICA VELASCO GONZALEZ, AGUSTIN MAYO ISCAR, M^a CARMEN SANTAMARIA MOLINERO

TÍTULO/TITLE:

Abordaje interdisciplinar de la docencia de metodología de la investigación e inglés en el grado de enfermería

Objetivos: Crear un equipo docente interdisciplinar. Mejorar las competencias en investigación e inglés técnico de los alumnos de Enfermería y evaluar el grado de satisfacción de dichos alumnos. Aumentar su motivación para la realización de trabajos de investigación en inglés.

Material y Métodos: Estudio descriptivo y transversal, realizado a los alumnos de 2^o de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid.

Se ha creado un equipo docente interdisciplinar entre los profesores de las asignaturas Metodología de la Investigación (Enfermera y Estadístico) e Inglés Técnico (Filóloga Inglesa), unificando el contenido de ambas asignaturas, así como de los trabajos prácticos; realizando hincapié en la importancia y necesidad de la adquisición de las competencias ambas, implicadas directamente en la investigación enfermera.

Se ha diseñado un cuestionario online siguiendo la escala Likert, con las variables: edad, sexo; expectativas antes y después de cursar las asignaturas, grado de satisfacción en cuanto a la colaboración, dificultad de los trabajos, dedicación, aprovechamiento del tiempo empleado, integración de ambas, e incremento de los conocimientos. Fue distribuido en el campus virtual del 31 marzo–24 abril de 2017.

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 (\pm DE). Se siguió la Ley Orgánica 15/1999, Protección de Datos de Carácter Personal.

Resultados: La edad media de la muestra fue de 20,3 años (\pm 2,3), rango de edad 19-40 años; siendo el 78,9% (n=45) mujeres.

La media de las expectativas de los estudiantes antes de cursar las asignaturas fue de 3,1 (\pm 1,1), siendo menor al finalizar 2,7 (\pm 0,9). La media del grado de satisfacción en cuanto a la colaboración de los estudiantes en cada grupo de trabajo fue de 3,6 (\pm 1,1), en relación a la dificultad de los trabajos 3,3 (\pm 0,9), 3,5 (\pm 1,1) para la dedicación, 3,0 (\pm 1,1) para el aprovechamiento del tiempo empleado, y 3,1 (DE \pm 1,2) para la integración de ambas. En cuanto al incremento de los conocimientos de metodología de la investigación, un 3,7 (\pm 1,1) y 1,8 (\pm 1,1) para inglés técnico.

Discusión e implicaciones para la práctica: La investigación en Ciencias de la Salud está mayoritariamente escrita y disponible para su lectura en inglés. El plan de estudios de Graduado en Enfermería, contiene una asignatura dedicada a la enseñanza de la Metodología de la Investigación y otra al Inglés Técnico.

Abordar conjuntamente la docencia de ambas asignaturas, impartidas en el primer cuatrimestre del segundo curso, facilitaría contenidos técnicos a la asignatura de Inglés y, que los estudiantes se aproximen a los contenidos de la investigación, no sólo en español, sino también en inglés.

Los estudiantes que cursen estas asignaturas, podrían estar más motivados para llevar a cabo, durante el desarrollo de su carrera profesional, investigaciones en el ámbito de la Enfermería, accediendo a fuentes tanto en español como en inglés, lo que enriquecerá sus aportaciones; y difundiendo los resultados de dichas investigaciones en inglés.

El estudio no posee ningún conflicto de intereses.

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. Madrid, 30 de octubre de 2007, núm. 260, pp. 44037-44048.
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. Madrid, 3 de julio de 2010, núm. 16, pp. 58454-58468.
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. Madrid, 19 de julio de 2008, núm. 174, pp. 31680-31683.
4. Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería. Guía Docente de Metodología de la Investigación 2016-17. Valladolid, 2016.
5. Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería. Guía Docente de Inglés Técnico 2016-17. Valladolid, 2016.

POSTER 50**AUTORES/AUTHORS:**

VERONICA VELASCO GONZALEZ, EVA MUÑOZ CONEJERO, MANUEL FRUTOS MARTIN

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de un programa educativo e informativo sobre el Trabajo de Fin de Grado en Enfermería

Objetivos: Evaluar el grado de satisfacción de los estudiantes de Enfermería en la realización de los Trabajos de Fin de Grado (TFG). Aumentar la motivación y mejorar las competencias en investigación de los alumnos de Enfermería. Potenciar la investigación en Enfermería.

Material y Métodos: Estudio descriptivo y transversal, realizado a los alumnos de 4º de Grado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid.

Se ha realizado un taller de difusión de la guía de TFG y diseñado un cuestionario online con las variables: edad, sexo, curso, forma de acceso a la universidad; grado de satisfacción del taller y utilidad de las guías. Fue distribuido a través del campus virtual entre el 17 abril – 31 mayo de 2017.

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 (\pm DE). Se siguió la Ley Orgánica 15/1999, Protección de Datos de Carácter Personal.

Resultados: La edad media de fue de 23,8 años (\pm 3,5), rango de edad 21-37 años. El 93,5% (n=29) fueron mujeres, que accedieron a la universidad a través de estudios previos de formación profesional junto con la prueba de acceso a la universidad; 61,3% (n= 19).

La media del grado de satisfacción del taller del TFG de los estudiantes fue de 3,1 (\pm 1,0), con un 3,4 (\pm 1,1) por el incremento de los conocimientos durante el mismo, 3,7 (\pm 1,2) por el acceso a las guías del TFG y un 3,5 (\pm 1,0) por el contenido de las guías para la realización de sus TFG durante el curso académico 2016/17.

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, siguiendo las bases legales de los Reales Decretos 1393/20071, 861/20102 y la ORDEN CIN/2134/20083, han generado diversos cambios en la organización y distribución de la docencia universitaria, así como un nuevo rol de los alumnos y docentes. Para Consolidar y mejorar la calidad docente, es necesario evaluar la Guías del TFG que se crearon en el curso 2015/16.

Una formación de calidad 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. Estas guías pueden ser adaptadas a otras carreras o ramas de conocimiento.

El estudio no posee ningún conflicto de intereses.

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 2016-17. Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería. Valladolid; 2017.

POSTER 51**AUTORES/AUTHORS:**

Patricia Amorós Medina, Sheila Baena Benito

TÍTULO/TITLE:

¿QUÉ SIENTEN LAS ENFERMERAS CUANDO SE ENCARGAN DE LA DOCENCIA DE LOS ESTUDIANTES EN PRÁCTICAS?

1.- INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

Las enfermeras/os clínicas, con o sin habilidades docentes, son referentes de los estudiantes de Enfermería ya sea de estudios de grado, posgrado o máster. La forma de sentir, actuar y pensar de las enfermeras docentes permitirá la construcción del conocimiento e internalización del estudiante de una base. No solo de conocimientos y habilidades, sino que deben favorecer un aprendizaje significativo orientado a la formación de profesionales críticos, reflexivos y competentes. El objetivo de este estudio es comprender la experiencia vivida de las enfermeras cuando se encargan de la docencia de los estudiantes en prácticas.

2.- MÉTODO:

Este estudio se encuentra dentro del marco cualitativo, con un paradigma constructivista y un diseño fenomenológico. La muestra la componen 8 enfermeras del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, con más de 5 años de experiencia profesional, formación postgraduada, y que hayan llevado alumnos en prácticas en al menos 2 ocasiones, con periodo de tiempo superior a 12 semanas. El reclutamiento fue por conveniencia y el tamaño de la muestra lo marcó la saturación teórica. El estudio se realizó desde el mes de Junio del 2016 hasta el mes de Junio del 2017. La recogida de datos se realiza mediante entrevistas en profundidad y grupos de discusión. Siempre con el soporte del diario de campo.

3.- RESULTADOS:

Para el análisis de los datos se realiza un análisis del contenido con el objetivo de describir lo que las enfermeras nos expresan sobre la tutorización de los alumnos. Tras la codificación y categorización de los datos por parte de las dos investigadoras, se contrastan los resultados con las enfermeras para confirmar que expresan su realidad vivida. Finalmente surgen 4 temas centrales:

1.- FORMACIÓN:

E2: "Para poder enseñar, existe la carrera de magisterio, estas personas cursan unos estudios universitarios para poder dar clases... a nosotros en nuestra diplomatura no nos enseñan cómo enseñar a los alumnos... ¿Como pretenden que seamos buenas docentes sin tener una base?"

2.- CARGA ASISTENCIAL:

E5: "Muchas tardes tengo tanta faena que no me da tiempo ni de mirar a mi estudiante..."

3.- VOCACIÓN:

E7: "A mí no me gusta enseñar, no sé porque me obligan entre comillas a llevar alumnos, soy consciente que no soy nada docente..."

4.- FALTA DE RECURSOS:

E1: "Muchas veces he querido ponerme en un ordenador para consultar o enseñar algo a un alumno y me he encontrado con que están ocupados. Tampoco tenemos un lugar físico para poder hacer docencia, si nos ponemos en el relax molestamos a los compañeros y si nos ponemos en el control las interrupciones son constantes..."

En cuanto a los criterios de calidad y rigor nos hemos basado en Lincoln & Guba (1985). El estudio ha sido aprobado por el comité ético del hospital y todos los participantes han firmado el consentimiento para participar en él. El único objetivo de este estudio es buscar un beneficio para las enfermeras clínicas docentes y, por ello, los resultados solo se utilizarán con fines de mejora.

4.- DISCUSIÓN:

Las enfermeras viven preocupadas en su quehacer asistencial, en ocasiones viven al estudiante como una carga de trabajo añadida e impuesta. Otras veces no poseen las herramientas para poder ofrecer una docencia de calidad. Sería bueno replantearnos el sistema para que las enfermeras no se sientan así y el estudiante realice un aprendizaje óptimo y de calidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Aguayo-Gonzales M., Monereo-Font C. La enfermera formadora. La construcción de una nueva identidad profesional. España, 2012.
- Amezcua M; Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Revista Española de Salud Pública. 2002;76(5):423-436
- Castillo-Parra S., Vessoni-Guioti R.D. La relación tutor-estudiante en las prácticas clínicas y su influencia en el proceso formativo del estudiante de enfermería. Educare 21. 2007. Disponible en: http://preview.enfermería21.com/educare/secciones/enseyando/detalle_index.php?Mg%3D%3D&MTM1&MjU%3D&MjE3OQ%3D%3D
- Guba, EG.(1981). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. En Gimeno, J i Pérez, A. La enseñanza: su teoría y su práctica; 148-165.Madrid: Akal.
- Lincoln, YS, Guba, EG (1985). Naturalistic Inquiri. Newbury Park. Sage.
- Muñoz, J. (2001). Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS/ti.
- Valles Martínez MS. Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica. 4ªed. Madrid: Síntesis; 2007

POSTER 53**AUTORES/AUTHORS:**

Luis Fuentes Cebada, Julia Peral Martínez, María del Mar Gómez Sánchez, María José Abellán Hervás, Juan Manuel Picardo García, Consuelo López Fernández, Carmen Fernández Gutiérrez, Marta Fuentes Camargo

TÍTULO/TITLE:

EFFECTO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TUTOR CLÍNICO EN LA FORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS

- Caracterizar el perfil del tutor clínico de los estudiantes de Grado en Enfermería en la Universidad de Cádiz.
- Determinar el perfil formativo del estudiante de acuerdo con el contexto en que se desarrolla su experiencia clínica y su desempeño en los Practicum
- Establecer si el perfil del tutor supone una diferencia en el desarrollo alcanzado por los estudiantes en sus aptitudes relacionales y compromiso.

MÉTODOS

El diseño es de tipo observacional, multicéntrico, con una metodología de análisis factorial.

Las poblaciones de estudio fueron estudiantes de grado en Enfermería de la Universidad de Cádiz y tutores clínicos del Servicio Andaluz de Salud que participaron en su formación práctico-clínica de 2011 a 2014. Aplicado muestreo no probabilístico de conveniencia, con nivel de confianza del 95%, participaron 158 tutores y 104 estudiantes. Seleccionados los participantes y establecido su perfil, se formó a los tutores en la estrategia pedagógica reflexiva. Una vez cursado el Practicum, se procedió a la recogida de datos. Como variables independientes se analizaron los valores y la estrategia de enseñanza clínica y la empatía en los tutores y, en los estudiantes, el contexto formativo de la experiencia clínica y el centro de prácticas. El trabajo con las emociones se incluyó como variable dependiente en los tutores y en los estudiantes el rendimiento en la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE), la calificación de los tutores, el compromiso en la tarea y actitudes relacionales. Se sintetizaron y resumieron la distribución de variables, utilizándose test de hipótesis paramétricos, una vez comprobada la normalidad de la distribución y homogeneidad de varianzas. Igualados en competencia científico técnica, se identificaron dos perfiles de tutores de acuerdo a sus valores profesionales: más relacionales y más técnicos.

RESULTADOS**Perfil tutores:**

Igualados en competencia científico-técnica, se identificaron dos perfiles de tutores de acuerdo a sus valores profesionales: más relacionales y más técnicos y se constataron diferencias de grupos que eran congruentes con la categorización de los tutores en los citados perfiles. Los tutores "Más relacionales" puntuaron mejor en todas las dimensiones positivas de la empatía. Los tutores que utilizaban el ciclo de Cox como estrategia de enseñanza mostraron significativamente una mayor preocupación empática, una percepción más elevada de demandas emocionales en su quehacer cotidiano y una conducta emocional más profunda.

Perfil estudiantes

El 87% de los estudiantes realizaron sus prácticas clínicas tutelados por un tutor que percibía el quehacer enfermero desde una posición relacional, frente a un 12,4% de alumnos que eran tutorizados por una posición minoritaria de tutores, pero aún existente, que mantienen una perspectiva de la Enfermería eminentemente técnica. Sólo 34,4 % de los alumnos fueron tutorizados por tutores clínicos con formación en Ciclo de Cox, frente al 65,6 % que durante sus prácticas clínicas no han tenido la oportunidad de recibir formación de tutores con esta estrategia didáctica. Uniendo ambos perfiles de tutores, el perfil resultante en los alumnos es el de un estudiante que ha sido tutorizado por un tutor con una visión relacional del cuidado, pero sin formación en Ciclo de Cox, (20,8%). El segundo perfil, si bien a cierta distancia, (11%) es el de los alumnos que han recibido tutorización bajo una visión relacional del cuidado con tutores, además, formados en el Ciclo de Cox.

Relación perfil del tutor competencia alumno

Los resultados indican que el perfil del tutor afecta a la competencia desarrollada por el estudiante influye en mayor o menor medida en la capacidad para regular las emociones (mayor actuación profunda en alumnos tutelados por tutores relacionales con orientación Cox). Realizado un análisis 3x2x2 de todas las variables relacionadas con el Practicum y las variables relacionadas con los sistemas de evaluación objetiva y estructurada de los cuidados de enfermería se obtuvieron diferencias significativas en las

calificaciones globales obtenidas por los estudiantes en algunos de los prácticums directamente relacionadas con el perfil de sus tutores.

DISCUSIÓN

Los tutores formados en el ciclo de Cox puntúan significativamente más alto que el resto en preocupación empática, requisito señalado anteriormente como esencial para un enfoque pedagógico constructivista y centrado en la persona. Además, se encuentran más atentos a las demandas emocionales de las personas a las que ayudan (pacientes y alumnos) ofreciendo respuestas más emocionalmente auténticas, fingiendo menos lo que sienten y sintiendo de manera más acorde a los valores profesionales.

Los resultados obtenidos permiten apoyar parcialmente la afirmación de que una formación práctico-clínica de carácter reflexivo y cuidador favorece el desarrollo de una mayor competencia clínica de los estudiantes de enfermería. Igualmente, apuntan a que el perfil formativo de los estudiantes influye en la forma en que interaccionan con los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Acuerdo del Consejo de Gobierno, por el que se autoriza la suscripción de un Convenio-Marco entre las Consejerías de Salud y Educación y Ciencia, y las Universidades de Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga, Sevilla, para la utilización de las Instituciones Sanitarias en la investigación y la docencia de 3 de octubre de 1995. (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, número 148, de 21-11-95).
2. Alfaro-LeFevre, R. (2008). Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. Un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados. Cuarta edición. Barcelona: Elsevier Masson. Saunders.
3. Alonso, C.M., Gallego, D.J. & Honey, P. (2002). Los estilos de aprendizaje. Procedimientos de diagnóstico y mejora. 5ª edición. Bilbao: Deusto.
4. Alonso, C.M., & Gallego, D.J. (1994). Estilos individuales de aprendizaje: implicaciones en la conducta vocacional. En Rivas F. (1994). Manual de Asesoramiento y orientación vocacional. (257-273). Madrid: Síntesis.
5. Beam, R.J., O'Brien, R.A. & Neal, M. (2010). Reflective Practice Enhances Public Health Nurse Implementation of Nurse-Family Partnership. *Public Health Nursing*, 27 (2).
6. Bolden L., Raia L. & Prince T. (2011). The Use of Reflective Practice in New Graduate Registered Nurses Residency Program. *Nursing Administration*, 3(5)2, 134–139.
7. Brown J., Stevens J. & Kermod S. (2012). Supporting student nurse professionalisation: The role of the clinical teacher *Nurse Education Today*, 32, 606–610.
8. Camacho Franco, E.R. & Rodríguez Jiménez, S. (2010). Una mirada crítica de la formación del profesional de enfermería con perspectiva reflexiva. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* 7(7).
9. Chambers, N. (1999). Close encounters: the use of critical reflexive analysis as an evaluation tool in teaching and learning. *Journal of advanced nursing*, 199, 29(4), 950-957.
10. Cox, K., Ewan C.E. (1990). La docencia en medicina. Barcelona: Doyma.
11. Duffy, A. (2009). Guiding students through reflective practice. The preceptors experiences. A qualitative descriptive study. *Nurse Education in Practice*, 9, 166–175.
12. Greenwood J. (1993). Reflective practice: a critique of the work of Argyris and Schon *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1183-1187.
13. Ley Andaluza de Universidades (15/2003), de 22 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, número 14, de 16-01-04.
14. Oelofsen N. (2012). Developing reflective practice: a guide for health and social care students and practitioners. Banbury.

POSTER 55

AUTORES/AUTHORS:

Lorena Molina Raya, Jaime Carballedo Pulido, Susana Santos Ruiz, Carme Rovira Riera, Francesc Carmona Jiménez, Aitor Ruiz Santiago, Carles García López

TÍTULO/TITLE:

La gamificación como método de aprendizaje en la asignatura de urgencias y emergencias en el 3r curso del Grado de Enfer

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La gamificación permite la formación de los alumnos durante el proceso de aprendizaje. Sin embargo, la efectividad de esta metodología no se ha evaluado en el aprendizaje de las urgencias y emergencias, asimismo se desconoce la efectividad de la evaluación. Esta investigación estudió la efectividad de la gamificación en la asignatura urgencias y emergencias
OBJETIVOS: Diseñar, implementar y estudiar la efectividad de un nuevo método de aprendizaje utilizando la gamificación en la asignatura de urgencias y emergencias del 3r curso del Grado de Enfermería. Se evaluará la satisfacción y el grado de motivación de los estudiantes antes y después de la gamificación

METODOLOGÍA: Estudio cuasi experimental (pre -post intervención en un grupo de estudiantes). La transmisión del contenido de la asignatura de urgencias y emergencias se realizará a través de mecánicas de juego relacionadas con el hilo argumental (storytelling) de una película de elevado éxito y conocida por gran parte de jóvenes, "Los juegos del hambre". La población está formada por todos los estudiantes matriculados en la asignatura optativa de urgencias y emergencias en el curso 2016-17 de 3r curso del grado de Enfermería de XXXX que desearon participar de forma voluntaria. Se excluyeron a aquellos estudiantes que no pudieron cumplir con los criterios del 80% de asistencia obligatoria. Se realizó un estudio descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio expresando los resultados de las variables cuantitativas en forma de media y desviación estándar. Las variables categóricas se expresaron en forma de frecuencia y porcentajes. La efectividad de la intervención se analizó mediante una prueba t de Student para medidas repetidas y la efectividad de la gamificación mediante el análisis de las variables de satisfacción, motivación. Se realizó un análisis bi-variable utilizando las variables secundarias para examinar diferencias entre grupos, se comprobó la normalidad en las variables continuas. Se realizó la de Chi Cuadrado para las variables categóricas. Para todas las pruebas se asumió un riesgo alfa del 5% y un riesgo beta del 20%. La participación fue voluntaria, el no deseo de participar en el estudio no excluyó al estudiante de la realización de la prueba y su evaluación. Al ser un estudio cuasi experimental, no se podrá estudiar la eficacia sin embargo como prueba piloto permitirá evaluar la efectividad de la intervención gamificada

RESULTADOS: Se verifica nuestra hipótesis, la gamificación es un método que permite el aprendizaje efectivo de las competencias de la asignatura de urgencias y emergencias del 3r curso del Grado de Enfermería aumentando significativamente la satisfacción y el grado de motivación de los estudiantes

APLICABILIDAD: Se podría facilitar el uso de estas técnicas a otras asignaturas de contenidos similares y validar la gamificación como metodología evaluadora, así como la consolidación del conocimiento podría favorecer el desarrollo profesional posterior garantizando la seguridad del paciente durante sus visitas a los centros sanitarios. Se propondrá realizar un estudio experimental con dos grupos aleatorizados para precisar la eficacia real respecto a la intervención habitual: el grupo 1 la prueba tipo test y en el grupo 2 gamificación

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Robson K, Plangger K, Kietzmann JH, McCarthy I, Pitt L. Is it all a game? Understanding the principles of gamification. *Bus Horiz* [Internet] 2015;58(4):411–20. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000768131500035X>
- Dicheva D, Irwin K, Dichev C, Talasila S. A course gamification platform supporting student motivation and engagement. In: 2014 International Conference on Web and Open Access to Learning, ICWOAL 2014. 2015.
- Deterding S. Gamification: Designing for motivation. *Interactions* [Internet] 2012;19(4):14–17. Available from: <http://doi.acm.org/10.1145/2212877.2212883>http://dl.acm.org/ft_gateway.cfm?id=2212883&type=pdf
- Howard-Jones PA, Jay T, Mason A, Jones H. Gamification of Learning Deactivates the Default Mode Network. *Front Psychol* [Internet] 2015 [cited 2017 Apr 20];6:1891. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26779054>
- Pedraza C, Navarro J, García F. Implicación de la dopamina en los procesos cognitivos del aprendizaje y la memoria. *Psiquiatr Biológica* [Internet] 2005 [cited 2017 Apr 20];12(6):232–6. Available from: <https://medes.com/publication/18963>

Dale E. Audiovisual methods in teaching [Internet]. 1969. Available from:

http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/search/detailmini.jsp?_nfpb=true&_&ERICExtSearch_SearchValue_0=ED043234&ERICExtSearch_SearchType_0=no&accno=ED043234

Galindo López J, Spirko LV. Simulación, herramienta para la educación médica Simulation, a teaching aid for medical education.

Barranquilla (Col) [Internet] 2007 [cited 2017 Apr 21];23(1):79–95. Available from:

<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v23n1/v23n1a09.pdf>

Betts BW, Bal J, Betts AW. Gamification as a tool for increasing the depth of student understanding using a collaborative e-learning environment. *Int J Contin Eng Educ Life-Long Learn* [Internet] 2013;23(3/4):213. Available from:

<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84881018545&partnerID=tZOtx3y1>

Buckley P, Doyle E. Gamification and student motivation. *Interact Learn Environ* [Internet] 2014;1–14. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1080/10494820.2014.964263%5Cnhttp://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10494820.2014.964263#.VS0CVZSsXR8>

Villagrasa S, Fonseca D, Redondo E, Duran J. Teaching Case of Gamification and Visual Technologies for Education. *J Cases Inf Technol* [Internet] 2014;16(December):38–57. Available from:

<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84928017583&partnerID=tZOtx3y1>

POSTER 57**AUTORES/AUTHORS:**

M CARMEN OLIVÉ FERRER, ANA MARTINEZ RODRIGUEZ, NURIA FABRELLAS PADRÉS, VICTORIA HERNÁNDEZ GRIMA

TÍTULO/TITLE:

Experiencia de aprendizaje desde la perspectiva de sus actores

Introducción

La experiencia se suscribe en un grupo de aprendizaje del Grado de enfermería en la asignatura Fundamentos históricos, teóricos y metodológicos (FHTM), de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud del Campus Clínic. La metodología y técnica de enseñanza/aprendizaje es la carpeta de aprendizaje (CA) (Olivé-Ferrer, 2010), pretende atender a la complejidad del aprendizaje (Lipman, 1997) y de la práctica enfermera a la que se orienta, así como a la humanización de la educación (Morin, 2011).

Objetivo General

Mostrar la experiencia de aprendizaje del estudiantado en un contexto de enseñanza humanista y con pensamiento crítico y reflexivo.

Métodos

La metodología es cualitativa con enfoque fenomenológico. Los participantes son el estudiantado de la asignatura FHTM en los cursos 2015-2016 y 2016-2017. Las dimensiones estudiadas son: la consciencia de aprendizaje, el sentir de crecimiento personal y las diferentes percepciones alrededor del aprendizaje. Se definen como categorías, aunque es difícil separarlas, las concebimos como complementarias. La información se obtiene a partir de un escrito que elabora el estudiantado al finalizar la asignatura y responde a la experiencia de aprendizaje. El texto se hace de puño y letra. Se lleva a cabo un análisis del discurso, buscando el sentido de lo que se escribe para comprender la experiencia de aprendizaje (Berenguera, et al., 2014).

Resultados

Disponemos de 142 escritos.

Consciencia de aprendizaje significativo con las carpetas incorporas el pensamiento crítico y te aproximas al hacer enfermero, donde siempre está el factor personal que incluye la emoción y las percepciones. He aprendido que las enfermeras son personas que promueven un estilo de vida saludable, por lo que considero que también deben ser modelos de conducta ejemplar, para dar una imagen adecuada de la profesión. Revisar las primeras carpetas nos ha permitido aclarar conceptos. Sin memorizar, de forma continuada, sin examen y con libertad, puedes hacerte tuyo el aprendizaje, entiendo que en la universidad debe ser así. Me fascinaba el PAE. He aprendido que la enfermera, aparte de dar cuidados técnicos, cuida también de los aspectos psicológicos, sociales y culturales. Cuando los pacientes vuelven a casa después de una estancia en el hospital, posiblemente deben modificar hábitos de salud y es la enfermera quien puede planificar un plan de autocuidados para que el paciente mejore.

Crecimiento personal y acercamiento profesional mientras se mantiene la motivación el trabajo teórico y el enfoque hacia la práctica me servirán para crecer y evolucionar en mi formación y pienso que estos aprendizajes los pondré en práctica. La actividad en conmemoración del día internacional de la enfermería nos ha permitido integrar conocimientos teóricos con la realidad enfermera, estas actividades suponen una motivación añadida. Los casos prácticos me han parecido muy interesantes y enriquecedores y ya deseo empezar a trabajar. Nos hemos esforzado mucho, nos ha motivado hacer un trabajo que se comprendiera y fuera claro, y hemos conseguido un grado de satisfacción máximo. Mi experiencia del trabajo cooperativo en la asignatura la considero como un éxito personal y profesional, aunque somos muy diferentes, tenemos el objetivo común y decidido de conseguir una superación personal y profesional, y esto ayuda en el aprendizaje. Todo lo que hemos aprendido en esta asignatura me es útil académicamente, pero también me ha aportado ser mejor persona.

Aprendizaje individual y cooperativo atender a los diferentes puntos de vista supone un cuestionarse sobre tus propias ideas, queriendo comprender e interpretar su significado, esto no sucede cuando trabajas sola. Hemos tenido dificultades, pero las hemos resuelto, las tecnologías nos han ayudado y el trabajo ha sido agradable. Es enriquecedor trabajar en equipo. La organización y empatizar con las compañeras nos ha ayudado, particularmente el trabajo en equipo me ha ayudado a tener una visión más amplia de la materia y entender, más de lo que ya sabía, la importancia de la asignatura. Me he dado cuenta que los miembros de mi equipo son competentes en lo laboral y en lo personal.

Discusión

La asignatura FHTM se cursa en el primer curso del Grado, dispone de 12 créditos y es anual, por lo que permite llevar a cabo un

trabajo continuado y secuencial de reflexión crítica. Empezar por la historia de los cuidados, seguir con la conceptualización teórica y terminar con la metodológica permite una progresión que contribuye al aprendizaje situado. También la elaboración de carpetas, actividades en el aula y variadas estrategias docentes activas contribuyen a que el estudiantado se inicie en el sentido de pertenencia a la profesión y a la identidad personal y profesional.

En los escritos reflexivos el estudiantado muestra su experiencia de aprendizaje, aunque teórica, la relaciona directamente con un crecimiento personal y con su futuro profesional. Por lo que a modo de conclusión podemos afirmar que el enfoque docente de la asignatura contribuye a una experiencia enriquecedora, motivacional y que les acerca a la práctica.

Las autoras manifestamos que no existe conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Berenguera, A., Fernández, M. J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., & Saura, S. (2014). Escuchar, observar y comprender. recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Barcelona : Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol).
- Lipman, M. (1997). Pensamiento complejo y educación. Madrid: De la Torre.
- Morin, E. (2011). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Barcelona : Paidós.
- Olivé-Ferrer, M. C. (2010). El portafolio o la carpeta de aprendizaje en enfermería como instrumento para un aprendizaje reflexivo y crítico: Una experiencia exportable a otras disciplinas. RIDU, 23-33.

POSTER 58**AUTORES/AUTHORS:**

Olga Mercedes Forero Rincón, David Fernández García, Pablo Chust Hernández, Noemí Cuartero Monteagudo, Nuria Rodríguez-Palmero Cañizares, Isabel DeMiguelSin Bolea, Pedro Navarro Illana

TÍTULO/TITLE:

Seguimiento de accidentes con riesgo biológico en estudiantes de enfermería

Introducción:

El riesgo biológico es un tema de gran importancia en el ámbito sanitario en general. Los profesionales de enfermería en particular, afrontan diariamente la posibilidad de tener una exposición accidental. Se estima que en España se producen unos 25.000 accidentes biológicos al año (1).

El Registro de Exposiciones Biológicas Accidentales (REBA) de la Comunidad Valenciana regulado por la ORDEN 12/2011 de 30 de noviembre (2), tiene como finalidad establecer un sistema unificado de registro, vigilancia y tratamiento de las exposiciones laborales accidentales a agentes biológicos de todos los empleados de los centros sanitarios públicos y privados de la Comunidad Valenciana (3).

No obstante, el registro y seguimiento que se realiza a los estudiantes difiere ya que las exposiciones accidentales no se consideran accidente laboral debido entre otras causas, a la ausencia de contrato laboral. Desde el año 2006, en la facultad de enfermería de la Universidad Católica de Valencia (UCV) se lleva a cabo un registro, seguimiento y protocolo de actuación de los estudiantes que tienen exposición accidental en su horario de prácticas.

El registro inicial en la facultad se llevó a cabo mediante el modelo de cuestionario utilizado en el proyecto EPINETAC promovido y desarrollado técnicamente por la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH) desde 1995. Mediante este registro de exposiciones accidentales de la facultad de enfermería de la UCV se observa que la media de edad entre los estudiantes accidentados es de 24,63 años; el 59,1% de los accidentes se presentan en alumnos de 2º curso; medicina interna es el servicio de mayor accidentabilidad con un 24,8% y la franja horaria de mayor accidentabilidad está entre las 18 y las 20 horas con un 48% de las exposiciones registradas (4). El seguimiento de las exposiciones accidentales en los estudiantes no sigue los protocolos de los trabajadores, lo que lleva a que no sean registradas en programas como REBA.

Para favorecer el registro y seguimiento desde la facultad, estos datos revelan la necesidad de tener un instrumento que incluya variables que permitan realizar un seguimiento exhaustivo en los alumnos con el ánimo de detectar en un futuro posibles factores de riesgo que deriven en campañas de prevención más efectivas que las llevadas a cabo en la actualidad.

Objetivo:

Diseñar un instrumento de medida para la notificación y seguimiento de los accidentes biológicos en estudiantes de enfermería mediante el método Delphi.

Método:

Facultad de Enfermería de una Universidad Católica de Valencia. Estudio descriptivo, observacional exploratorio que plantea el diseño de un instrumento para el seguimiento de los accidentes biológicos en estudiantes de grado en enfermería, mediante la utilización del método Delphi.

La población incluyó un total de 15 expertos (5), seleccionados de entre personal docente que por su experiencia profesional cumplieran los criterios de inclusión. El estudio se realizó en cuatro fases.

Los aspectos valorados fueron: Relevancia: importancia de la pregunta. Pertinencia: adecuado u oportuno en el contexto.

Formulación: claridad o adecuación del lenguaje dentro del contexto. Construcción: secuencia de las preguntas y ubicación dentro de cada apartado de la encuesta.

Al finalizar la cuarta fase se elaboró un informe que resumía los resultados del comité de expertos.

Resultados.

La primera versión del cuestionario contaba con un total de 49 preguntas divididas en cuatro dimensiones que agrupaban información relacionada con el accidentado, el accidente, la fuente y la actuación post-exposición. En la primera ronda la mediana de todas las preguntas superó el 3,8, entendiendo 4 como la máxima puntuación. Siguiendo los comentarios realizados por el comité de expertos, se consideró oportuno incluir dos preguntas nuevas que modifican la numeración total del cuestionario. En la segunda ronda se observó el consenso con todos los componentes del comité y se obtuvo una mediana de 4 en todas las respuestas. La encuesta final quedó compuesta por 51 preguntas. En el cálculo de fiabilidad interna del cuestionario final se obtuvo un alfa de

Cronbach de 0,739.

Discusión.

Los resultados obtenidos en la primera fase de evaluación fueron muy positivos. Para conseguir la aprobación completa, el cuestionario fue modificado siguiendo las observaciones aportadas por los expertos. Se llegó a un consenso en la segunda ronda (6).

Implicaciones para la práctica

Se diseñó un instrumento de medida para el seguimiento de los accidentes biológicos en estudiantes de enfermería siguiendo el método Delphi que puede ser utilizado no solo en diversas facultades sino además en estudiantes de otras titulaciones cuyas prácticas impliquen riesgo biológico.

Conclusiones.

Se diseñó la encuesta titulada: "Encuesta de exposiciones accidentales en estudiantes de enfermería", basada en la encuesta EPINETAC incluye variables relacionadas con las prácticas de los alumnos y se encuentra disponible en google drive a través del enlace:

Encuesta de exposiciones accidentales en estudiantes de enfermería

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses con respecto a la autoría de este trabajo y a su publicación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Solano Bernad VM. Exposiciones accidentales: nuevas perspectivas. *elsevier.es*. 2009 Febrero 12; 7(132): p. 262-264.
2. Diario oficial de la Comunidad Valenciana. Orden 12/2011 de 30 de noviembre. Valencia:, Consellería de Sanidad; 2011. Report No.: 6674.
3. Santolaria Bartolomé E, Casanova Vivas S, Valentín Esteban B. REBA. Registro exposiciones biológicas accidentales. Informe 2013. Principales Resultados. Valencia: Conselleria de sanitat, Generalitat Valenciana; 2013.
4. Forero-Rincón O, Fernández-García D, Cuartero N, Cubero L, Ferrán Domingo , Escrivá D. ¿Están seguros los estudiantes de enfermería? Un estudio descriptivo sobre los accidentes biológicos en prácticas. In Moura C, Pereira I, Monteiro MJ, Pires P, Rodrigues V. *Saúde: do desafio ao compromisso*. 1st ed. Portugal; 2015. p. 401-412.
5. Varela Ruiz M, Díaz Bravo L, García Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Elsevier*. 2012 Enero 12; 1(2): p. 90-95.
6. Blasco Mira J, López Padrón A, Mengual Andrés S. Validación mediante método Delphi de un cuestionario para conocer las experiencias e interés hacia las actividades acuáticas con especial atención al windsurf. *Ágora para la educación física y el deporte*. 2010; 1(12): p. 75-96.

POSTER 59**AUTORES/AUTHORS:**

Lorena Cabrera López, Olga Forero Rincón

TÍTULO/TITLE:

¿QUÉ EXPERIENCIAS TIENEN LOS ALUMNOS RESPECTO A LOS ACCIDENTES BIOLÓGICOS? ANÁLISIS DE UN GRUPO FOCAL

OBJETIVOS**Objetivo general**

Conocer la percepción de riesgo biológico en los alumnos de segundo, tercer y cuarto curso que realizan prácticas externas y caracterizar las conductas preventivas y de riesgo que habían llevado a cabo durante el proceso formativo.

Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de percepción de riesgo biológico y de seguridad en los estudiantes.
- Describir las experiencias de los alumnos en relación con los accidentes biológicos ocurridos durante sus prácticas académicas.
- Describir los factores que posibilitan e imposibilitan el empleo de las precauciones estándar, de los equipos de protección y la notificación de los accidentes.
- Describir el motivo por el que se infradeclaran los accidentes biológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS**Diseño**

Se realizó un estudio cualitativo, transversal y exploratorio, utilizando las Técnicas de Grupo Focal (TGF).

Ámbito

Las sesiones de grupos focales se desarrollaron en un aula en la sede Nuestra Señora de los Desamparados de la Universidad Católica de Valencia.

Población

- Criterios de inclusión:
 - Alumnos matriculados en asignaturas prácticas de Grado de Enfermería en la Universidad Católica de Valencia.
 - Estudiantes de segundo, tercer y cuarto curso que han sufrido algún accidente biológico.
 - Alumnos que aceptan participar y firman el consentimiento informado.
- Criterios de exclusión:
 - Alumnos que no cumplen criterios de inclusión.

Variables

- Variables sociodemográficas: Edad (en años), sexo (Mujer / Hombre)
- Variables académicas: Practicum (I, II, III, IV, V, VI y VII), curso (2º, 3º, 4º), tipo de centro: (Hospital, Residencia, otros).
- Variables relacionadas con el accidente biológico: Tipo de accidente (pinchazo, salpicadura, otros), entorno en el que se ha producido el accidente (habitación del paciente, quirófano, sala de partos, pasillos, control de enfermería, otros).
- Variables laborales: Experiencia profesional sanitaria independiente a los estudios actuales.

Recogida de información

Para la recogida de datos, se utilizó un guión y una entrevista de carácter abierto, previamente diseñada en base a los objetivos del proyecto. Se utilizó equipo de grabación de audio para registrar el intercambio de ideas entre los participantes, mientras se tomaban notas de la información no verbal.

Procesado de los datos

Tras la sesión con el grupo focal, las grabaciones fueron transcritas literalmente, manteniendo la confidencialidad. Se analizó el

lenguaje verbal y el no verbal.

RESULTADOS

Las alumnas que participaron en el estudio exponen que la teoría proporcionada por la universidad, difiere de la práctica en el hospital y consideran que el riesgo biológico en enfermería es muy importante. No obstante, un 50% de la muestra estudiada afirma haber realizado algún procedimiento invasivo sin las medidas de seguridad adecuadas.

Cada participante relató cómo y cuál fue el motivo por el que ocurrió su accidente biológico y todas afirmaron haber cambiado la forma de actuar en situaciones similares. Tres de los accidentes narrados fueron con aguja de insulina, los otros fueron con una aguja de heparina, con una pistola de vitaminas, con una aguja de Port-a-Cath y con un catéter intravenoso.

Con respecto a las causas por las que ocurren los accidentes biológicos, las integrantes del grupo manifestaron que en estudiantes ocurren por: inexperiencia, descuidos, dejar a los alumnos solos, no explicar a los alumnos los procedimientos correctamente, e ir con prisa. Y en los profesionales suceden por: ir con prisa, mala praxis y el hecho de estar expuesto al riesgo.

Por último, los motivos por los que creen que se infradeclaran los accidentes biológicos son: consultar el historial negativo del paciente, comodidad, miedo a haberse contagiado, vergüenza y haber ocurrido anteriormente.

DISCUSIÓN

En su investigación, Merino et al (2010) describe que existe consenso en el uso de guantes siempre que se maneje material biológico, aunque solo los utiliza un 70% y añade que las principales causas por las que ocurren los accidentes biológicos son las prisas, el exceso de trabajo y la falta de precaución y de habilidad. Dichos resultados son muy semejantes a los expuestos en nuestro estudio.

Por ello, es necesario que se llegue a un acuerdo entre la formación teórica (universidad) y la formación práctica (profesionales sanitarios) proporcionada a los alumnos, tal y como expresa López C, et al (2009) en su investigación.

Una limitación importante, ha sido la escasa bibliografía encontrada sobre estudios que analicen objetivos parecidos a los de esta investigación, mediante la técnica de grupo focal.

Es aconsejable para futuras investigaciones ampliar el número de grupos focales, para los cuales el diseño y las conclusiones del presente trabajo, podrían ser considerados como punto de partida.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Esta investigación expone algunos aspectos prácticos que se deberían modificar para disminuir el número de accidentes biológicos en estudiantes de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Chaiwarith R, Ngamsrikam T, Fupinwong S, Sirisanthana T. Occupational exposure to blood and body fluids among healthcare workers in a teaching hospital: an experience from northern Thailand. *Jpn J Infect Dis.* 2013; 66 (2): p. 121-125.

Vieira M, Itayra Padilha M, Dal Castel Pinheiro R. Analysis of accidents with organic material in health workers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011; 19 (2).

Butsashvili M, Kamkamidze G, Kajaia M, Morse DL, Triner W, DeHovitz J, et al. Occupational exposure to body fluids among health care workers in Georgia. *Occupational Medicine*. 2012; 62 (8): p. 620-626.

Bahadori M, Sadigh G. Occupational Exposure to Blood and Body Fluids. *Occupational and Environmental Medicine*. 2010; 1 (1).

Gómez Ruiz JL. Exposición de los profesionales sanitarios a la sangre: un riesgo que se suele pasar por alto. *Tesela*. 2013; 13.

Merino de la Hoz F, Dura Ros MJ, López López LM, González Gómez S, de la Horra Gutierrez I. Conocimiento y cumplimiento de las medidas de bioseguridad de los estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*. 2010; 20 (3).

Moreno Arroyo MC, Puig Llobet M, Falcó Pegueroles AM, Lluch Canut MT, Casas García I, Roldán Merino JF. ¿Qué percepción del riesgo biológico tienen los estudiantes de Grado de Enfermería? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2016; 24.

Carraro TE, Gelbcke FL, Sebold LF, Kempfer SS, Zapelini MC, Waterkemper R. A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. *Gaúcha Enferm*. 2012; 33 (3): p. 14-19.

Magri Magagnini MA, Alves Rocha S, Aparecido Ayres J. El significado del accidente de trabajo con material biológico para los profesionales de enfermería. *Gaúcha Enferm*. 2011; 32 (2): p. 302-308.

López Matheu C, Limón Cáceres E, Oto Clavero I, Carratala Fernández J, Espasa Suárez de Desa JE, Lozano de Luaces V, et al. Actitudes y creencias en los estudiantes del Campus de Bellvitge sobre las medidas higiénicas y las precauciones estándar. *Cultura de los cuidados*. 2009; 25: p. 81-87.

POSTER 60**AUTORES/AUTHORS:**

Marta Arrue Mauleon, Jagoba Zarandona Calvo, Itziar Hoyos Cillero, David Mérida Sanz

TÍTULO/TITLE:

La enseñanza de competencias en Enfermería con metodologías alternativas a la estrategia de enseñanza expositiva

Objetivos

Hay un viejo dicho que declara: "La docencia magistral suele ser un método de transferir las notas del profesor a las notas del estudiante sin que éstas pasen por las cabezas de ambos". El hecho de que en la actualidad, la enseñanza tradicional expositiva sea la metodología hegemónica en la enseñanza-aprendizaje de las disciplinas, pone de relieve la necesidad de buscar alternativas (González-Chordá y Maciá-Soler, 2015; Van Horn et al., 2014).

En el ámbito específico de la Innovación Docente en Enfermería, los estudios indican que la clase expositiva tradicional no ofrece todas las garantías para el desarrollo de las competencias establecidas en los dos informes referentes en Europa; Tuning Educational Structures in Europe (González and Wagenaar, 2008) y el Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Nursing (Gobbi et al., 2011) (Freeling y Parker, 2015; Van Horn et al., 2014; Aglen, 2016).

Para dar respuesta a esta necesidad, los autores proponen incorporar tres metodologías en el Grado de Enfermería: el Método del Caso (MdC), el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) y el Debate Universitario Guiado (DUG) (Arrue y Caballero, 2015; Mérida et al., 2016; Arrue et al., 2017). Estas estrategias permiten a los estudiantes conocer problemas similares a los que probablemente se les presentarán en su vida profesional. Es decir, enfrenta a los alumnos a problemas de la vida real impulsándoles a analizar situaciones y buscar soluciones de una manera profesional, dejando a un lado su papel de simples estudiantes y situándose en el lugar de alguien que tiene que tomar decisiones.

La mejora de la calidad de los procesos de enseñanza-aprendizaje requiere de la implementación de innovaciones educativas en el aula y de la evaluación de las mismas (González-Chordá y Maciá-Soler, 2015; Betihavas et al., 2016). Por ello, con el objetivo de presentar y evaluar diferentes metodologías de enseñanza-aprendizaje, los autores de este trabajo implementaron y evaluaron tres metodologías activas en tres cursos académicos diferentes: MdC, ABP y DUG. Se trata de tres estrategias educativas centradas en el autoaprendizaje del estudiante.

Métodos

Se analizaron las respuestas de los estudiantes a las actividades diseñadas para cada instrucción durante los cursos 2011-12 (MdC), 2014-15 (ABP) y 2015-16 (DUG). Todo ello se llevó a cabo en las asignaturas de Relación y Comunicación para el cuidado enfermero y Enfermería de Salud Mental impartidas en 2º y 3º curso del Grado en Enfermería de la UPV/EHU. La muestra estuvo compuesta por las pruebas realizadas por 71, 114 y 64 estudiantes respectivamente. Las investigaciones se centraron en el conocimiento declarativo y argumentativo. Los resultados fueron descritos mediante medias y porcentajes, empleándose los test paramétricos T-Student y los test no paramétricos de Wilcoxon y Friedman para determinar las diferencias significativas ($p \leq 0,05$) mediante SPSS v.23.

Resultados

Con el MdC, el 93% del alumnado superó, al menos, el mínimo de los resultados de aprendizaje exigidos (RA.1. Identifica los síntomas de la patología y otros datos relevantes que pueden explicar la confusión. RA.2. Analiza las diferentes opciones que tiene la enfermera para tratar el SCA). Con el ABP, la capacidad de argumentación del grupo experimental mejoró significativamente (RA.1. Argumenta estrategias de mejora para ser capaces de dar respuesta ante situaciones de depresión ($p \leq 0,001$)). En el caso del DUG, la capacidad declarativa y argumentativa del grupo estudio mejoró significativamente (RA.1. Identifica los síntomas de la esquizofrenia ($p \leq 0,001$), RA.2. Identifica los cuidados de la enfermera ($p \leq 0,001$), RA.3. Justifica los cuidados de enfermería ($p \leq 0,001$)).

Discusión

Los resultados de las implementaciones indican que se trata de herramientas eficaces para la adquisición de las competencias planteadas. Con respecto a la mejora del conocimiento, el análisis de los resultados tras la implementación del MdC, APB y GUD, demuestra que los estudiantes fueron capaces de memorizar, repetir (conocimiento declarativo) y argumentar (conocimiento argumentativo) de manera satisfactoria los temas que se trabajaron con cada metodología (síndrome confusional agudo, depresión y esquizofrenia, respectivamente).

En concordancia con lo observado en otros estudios, las metodologías descritas requieren de una mayor planificación y salir de la

zona de confort por parte del profesorado en comparación con las clases expositivas (Vandall-Walker, 2012; McAllister and Lowe, 2011). Sin embargo, este esfuerzo queda justificado por la utilidad de estas metodologías para disminuir la brecha entre la práctica clínica general y la práctica en el aula, siendo éste un objetivo fundamental de la investigación en educación en enfermería.

Implicaciones para la práctica

Los resultados de las experiencias muestran que con el MdC, ABP y el GUD los estudiantes tienen que aplicar los nuevos conocimientos para la solución de los problemas, estimulando así el aprendizaje autónomo, reflexivo y crítico. Esto ha llevado a concluir que el MdC, ABP y el GUD sean herramientas satisfactorias para la adquisición de las competencias esenciales para las prácticas enfermera planteadas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Aglen, B. 2016. Pedagogical strategies to teach bachelor students evidence-based practice: A systematic review. *Nurse Educ Today* 36, 255-263.
- Arrue, M., Caballero, S., 2015. Teaching skills to resolve conflicts with acute confusional syndrome patients in nursing using the Case Method (CM). *Nurse Educ Today* 35 (1), 159-64.
- Arrue, M., Ruiz de Alegría, B., Zarandona, J., Hoyos, I., 2017. Effect of a PBL teaching method on learning about nursing care for patients with depression. *Nurse Educ Today* 52, 109–115.
- Betihavas, V., Bridgman, H., Kornhaber, R., Cross, M., 2016. The evidence for 'flipping out': A systematic review of the flipped classroom in nursing education. *Nurse Educ Today* 38, 15-21.
- Freeling, M., Parker, S., 2015. Exploring experienced nurses' attitudes, views and expectations of new graduate nurses: A critical review. *Nurse Educ Today* 35 (2), e42–e49.
- Gobbi, M., et al., 2011. Tuning Educational Structures and Europe. Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Nursing. Deusto University Press, Bilbao. Available at: <http://www.unideusto.org/tuningeu/home.html>.
- González, J., Wagenaar, R., 2008. Tuning Educational Structures and Europe. Universities' contribution to the Bologna Process. Deusto University Press, Bilbao. Available at <http://www.unideusto.org/tuningeu/home.html>
- González-Chordá, V.M., Maciá-Soler, M.L., 2015. Evaluación de la calidad del proceso enseñanza-aprendizaje en estudios de grado en Enfermería. *Rev LatinoAm Enfermagem* 23 (4), 700-7. doi: 10.1590/0104-1169.0393.2606.
- McAllister, M., Lowe, J., 2011. *The resilient nurse: Empowering your practice*. Springer Publishing Company, New York.
- Merida, D., Baratas, I., Arrue, M., 2016. Guided University Debate (GUD): A new promising Teaching and Learning Strategy for Undergraduate Nursing Students. *Nurse Educ Today* 45, 69-71.
- Van Horn, E.R., Hyde, Y.M., Tesh, A.S., Kautz, D.D., 2014. Teaching Pathophysiology: Strategies to Enliven the Traditional Lecture. *Nurse Educ* 39(1), 34-37.
- Vandall-Walker, V., Park, C., Munich K. 2012. Outcomes of Modified Formal Online. Debating in Graduate Nursing Education. *Int J Nurs Educ Scholars* 9(1), 1-14.

POSTER 62**AUTORES/AUTHORS:**

jagoba zarandona calvo, susana cariñanos ayala, alaitz yoldi mitxelena, jesús martín bezos, estibaliz cristobal dominguez

TÍTULO/TITLE:

Uso de Smartphones durante el Practicum entre los estudiantes del grado en enfermería

1 OBJETIVOS

Los dispositivos móviles inteligentes (Smartphone) están adquiriendo un papel casi indispensable en nuestras vidas, facilitando el acceso a Internet o a servicios de mensajería entre otras muchas aplicaciones. Para estudiantes y profesionales sanitarios supone además la posibilidad de contar con una herramienta de acceso a diferentes recursos en el punto de cuidado, contribuyendo a mejorar la toma de decisiones (Jamal et al., 2016). Sin embargo, algunos autores han empezado a describir que el uso de Smartphone no está exento de riesgos para la seguridad de los pacientes (McBride, 2015).

Teniendo presente este contexto, se diseñó un estudio para dar respuesta a los siguientes objetivos:

1. Identificar el uso que los estudiantes de enfermería hacen del Smartphone durante el Practicum.
2. Analizar la opinión de los estudiantes sobre el uso del móvil como factor de distracción durante las estancias clínicas.

2 MÉTODOS

2.1 DISEÑO: Este estudio usó un diseño transversal descriptivo.

2.2 POBLACIÓN A ESTUDIO: Todos los estudiantes de enfermería matriculados en el curso académico 2016/17 en Practicum III en la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) de Vitoria-Gasteiz.

2.3 INSTRUMENTO PARA LA RECOGIDA DE DATOS: Se creó un cuestionario de 38 ítems a partir de varios instrumentos validados. 10 ítems examinaban el uso general que los estudiantes realizaban del Smartphone (Smith et al., 2015; Observatorio Vasco de la Juventud, 2016), 19 ítems sobre el uso del móvil durante el tiempo de Prácticum (Mather, Cummings and Allen, 2014; Tran et al., 2014; Cho and Lee, 2016), 5 ítems en relación al uso de Smartphone y las distracciones (Cho and Lee, 2016) y 4 ítems sobre el desarrollo de normativa reguladora del uso de Smartphone (Cho and Lee, 2016). La validación de la comprensión y la aceptabilidad de la herramienta se llevaron a cabo con 9 exalumnos egresados en 2016.

2.4 RECOGIDA DE DATOS: Este estudio recibió el permiso de la Dirección del Centro así y como el informe favorable del Comité de Ética de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) (No. M10_2016_263). Una vez obtenidos los permisos para realizar el estudio, el investigador principal explicó a los estudiantes el objetivo de esta investigación y subrayó el carácter voluntario de la participación. Con el fin de evitar presiones para participar en la investigación, los estudiantes dispusieron de una semana para devolver los cuestionarios en un buzón ubicado en la recepción del centro habilitado para este fin.

2.5 ANÁLISIS: El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa IBM Statistics SPSS versión 23 para Windows. Se realizó un análisis descriptivo de la información recogida, utilizando medias y desviaciones estándar para las cuantitativas y frecuencias y porcentajes para cualitativas.

3 RESULTADOS

Se imprimieron 80 cuestionarios, tantos como estudiantes matriculados, de los cuales se completaron y analizaron 71 (tasa de respuesta=88,75%). La edad media de los participantes fue de 21,25 años (SD: 2,27), siendo el 84,3% mujeres y el 12,9% hombres. El 97,2% de los encuestados manifestó disponer de un Smartphone. El 1,4% de los estudiantes indicaron que empleaban su Smartphone menos de una hora al día; 27,1% entre una y tres horas; 71,5% más de tres horas al día. Más del 95% de los estudiantes declararon conectarse a diario a una red social (95,7% WhatsApp; 70% Instagram; 62,9% Facebook; 51% Youtube; 30% Twitter). El 12,9% manifestó haber utilizado el móvil para cuestiones personales (llamadas, publicar en redes sociales, etc.) al menos una vez al día durante el Practicum.

A pesar del uso extendido de esta herramienta, los estudiantes no expresaron una opinión clara sobre si el uso del Smartphone hizo que su trabajo clínico fuera más eficiente (25,3% a favor, 45,7% indiferente, 28,6% en contra).

Un total de 50 estudiantes (71,4%) señalaron no haberse distraído nunca por usar su Smartphone durante el Practicum y 34 (47,9%) estudiantes nunca vieron a otro estudiante distraerse por usar su Smartphone. Sólo 16 estudiantes (22,5%) expresaron no haber visto nunca a una enfermera distraerse por usar su Smartphone durante su horario de trabajo.

4 DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio indican que los estudiantes de 3er curso disponen de varias formas de tecnología móvil, siendo el Smartphone la más extendida.

El uso de los Smartphone en el punto de atención clínica es un foco de debate entre profesionales asistenciales y responsables de la educación de las futuras enfermeras (Raman, 2015; Strandell-Laine et al., 2015). Al igual que sucede en otros estudios (Cho and Lee, 2016), un porcentaje importante de estudiantes de la EUE de Vitoria-Gasteiz emplean el Smartphone de forma intensa. Los resultados sugieren además la necesidad de tomar conciencia sobre el riesgo que puede suponer para la seguridad de los pacientes al percibirse como un elemento distractor, corroborando los resultados de otros estudios (Cho and Lee, 2016).

Implicaciones para la práctica:

Agentes educativos y organizaciones de cuidado deben trabajar conjuntamente con el fin de desarrollar acciones para potenciar el uso responsable y seguro de las nuevas tecnologías.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cho, S. and Lee, E. (2016) 'Distraction by smartphone use during clinical practice and opinions about smartphone restriction policies: A cross-sectional descriptive study of nursing students', *Nurse Education Today*, 40, pp. 128–133. doi: 10.1016/j.nedt.2016.02.021.
- Jamal, A., Temsah, M.-H., Khan, S. A., Al-Eyadhy, A., Koppel, C. and Chiang, M. F. (2016) 'Mobile Phone Use Among Medical Residents: A Cross-Sectional Multicenter Survey in Saudi Arabia.', *JMIR mHealth and uHealth*. *JMIR mHealth and uHealth*, 4(2), p. e61. doi: 10.2196/mhealth.4904.
- Mather, C., Cummings, E. and Allen, P. (2014) 'Nurses' use of mobile devices to access information in health care environments in australia: a survey of undergraduate students.', *JMIR mHealth and uHealth*. *JMIR Publications Inc.*, 2(4), p. e56. doi: 10.2196/mhealth.3467.
- McBride, D. L. (2015) 'Distraction of clinicians by smartphones in hospitals: a concept analysis', *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), pp. 2020–2030. doi: 10.1111/jan.12674.
- Observatorio Vasco de la Juventud (2016) *La juventud vasca en las redes sociales*. Available at: <http://www.gazteaukera.euskadi.eus/noticia/2016/la-juventud-vasca-en-las-redes-sociales/r58-7657/es/> (Accessed: 18 August 2017).
- Raman, J. (2015) 'Mobile technology in nursing education: where do we go from here? A review of the literature', *Nurse Education Today*, 35(5), pp. 663–672. doi: 10.1016/j.nedt.2015.01.018.
- Smith, A., McGeeney, K., Duggan, M., Rainie, L. and Keeter, S. (2015) *U.S. Smartphone Use in 2015*. Available at: <http://www.pewinternet.org/2015/04/01/us-smartphone-use-in-2015/#> (Accessed: 18 August 2017).
- Strandell-Laine, C., Stolt, M., Leino-Kilpi, H. and Saarikoski, M. (2015) 'Use of mobile devices in nursing student–nurse teacher cooperation during the clinical practicum: An integrative review', *Nurse Education Today*, 35(3), pp. 493–499. doi: 10.1016/j.nedt.2014.10.007.
- Tran, K., Morra, D., Lo, V., Quan, S. D., Abrams, H. and Wu, R. C. (2014) 'Medical students and personal smartphones in the clinical environment: the impact on confidentiality of personal health information and professionalism.', *Journal of medical Internet research*. *Journal of Medical Internet Research*, 16(5), p. e132. doi: 10.2196/jmir.3138.

POSTER 65**AUTORES/AUTHORS:**

LETICIA CASIQUE, EVANGELINA CERVANTES VÁZQUEZ, MARÍA DE LOURDES GÓMEZ MARTÍNEZ, BLANCA ISELA GONZALEZ TOVAR, MICHEL SUSANA MARTÍNEZ MORENO

TÍTULO/TITLE:

Conductas Machistas Que Favorecen La Violencia Del Hombre Contra La Mujer

Objetivo: Comprender las conductas machistas que favorecen la violencia del hombre contra la mujer.

Métodos: Fue un estudio cualitativo, se realizó el análisis de discurso y se aplicó la Teoría Fundamentada en los Datos (TFD). Fueron 11 mujeres las que participaron en el estudio, de 20 a 39 años, que sufren violencia de pareja, que estaban recluidas en el Refugio Temporal para Mujeres Receptoras de Violencia del DIF estatal de Celaya Guanajuato. Se solicitó el consentimiento informado. Se elaboró el "Cuestionario sobre las conductas machistas que favorecen la violencia del hombre contra la mujer", éste está conformado por datos personales y preguntas para analizar las conductas machistas del hombre contra la mujer. Se solicitó permiso al el Refugio Temporal para Mujeres receptoras de violencia DIF estatal para la recolección de datos.

Resultados: Las mujeres reportaron tener entre 20 a 39 años, 54.5% son casadas, 100% son católicas, 54.5% son amas de casa, 27.3% comerciantes, 36.4% tiene secundaria completa, 90.9% ha sido golpeada, el 100% ha sido humillada, 54.5% han sido abusadas sexualmente, estos datos concuerdan con lo que señala Narcisca Jesús Montaña Luzuriaga que las mujeres debido al maltrato recibido por sus parejas posiblemente generan indefensión aprendida que afecta su vida cotidiana y por lo tanto tienden a tener características psicológicas comunes como: baja autoestima, temor, rasgos de dependencia y psicopatologías como depresión y ansiedad, por lo que se concluye que las mujeres violentadas repiten un mismo patrón donde se visualiza un rol de dependencia hacia el hombre que la maltrata, ya sea por una inestabilidad emocional. Al realizar el análisis de discurso se logro identificar tres categorías que dieron origen al fenómeno: Modelo De Agresividad, Control Y Manipulación Del Hombre Hacia La Mujer Basado Y Aceptado En Creencias Socioculturales, que se puede interpretar como los comportamientos, sentimientos y pensamientos que impone la sociedad al hombre, a través de sus creencias, normas, avances científicos y tecnológicos donde se le permite a esté dominar, controlar, agredir, decidir y someter a la mujer para evitar la desunión familiar.

Discusión: Dentro de las familias mexicanas es bien visto que los hombres sean los proveedores y como tal, tienen el derecho de agredir a las personas que dependen de ellos, mientras que las mujeres por su rol frágil, son las que organizan las labores domésticas y así cuando el proveedor llegue a la casa se sienta cómodo. Este modelo familiar ha sido aceptado y comprendido a través de los años por las familias mexicanas, además dicho modelo hace permisible la violencia, control y manipulación del hombre hacia la mujer, a su vez el modelo está basado y aceptado en creencias socioculturales. Por su parte Arterira da Silva e Silva Sauaia y Almudena García-Manso, señalan que inicialmente la violencia contra la mujer es producto de una creencia social desigual, donde el maltratador utiliza violencia para lograr que la mujer ocupe una posición inferior a él, quitándole su voluntad, hasta llegar a controlar su vida. Por tal motivo es imprescindible que el personal de salud fomente la relación terapéutica con la mujer que sufre violencia para que sea ésta la que identifique su maltrato y así se empodere y libere del maltrato que vive.

Conclusiones: Las conductas machistas contra la mujer se manifiestan a través de la violencia física, verbal, psicológica y sexual. Dichas conductas machistas han trascendido de generación en generación, pues es la sociedad la que influencia en que la conducta del hombre debe ser fuerte, dominante y agresivo.

Implicaciones para la práctica clínica: Realizar talleres para mejorar la autonomía de las mujeres, para que comprendan que ellas también tienen derechos y pueden ejercerlos, así como el que tienen la capacidad de salir adelante por sí mismas, Organizar grupos de apoyo para mujeres receptoras de violencia con el fin de que cada una hable de su experiencia y puedan ayudarse mutuamente para que con todo esto pueda mejorar su autoestima.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Fuentes M L. Machismo: La inaceptable violencia contra las mujeres. Excelsior. 2012 Jul 17; Sec. Nacional: P. 2 [Citado el 7 de

abril del 2016] Disponible en: URL:<http://www.excelsior.com.mx/2012/07/17/nacional/848152>

2. Herrera Díaz E. R. Lloja Rodas C.J. Gálvez Díaz N.C. Necesidades de cuidado y la dinámica familiar de mujeres violentadas: Un estudio analizado desde las catorce necesidades de Virginia Henderson. PDF. 22 de Febrero del 2016. P. 8 [Citado el 21 de Agosto del 2016]. Disponible en: URL: <http://www.pead.uss.edu.pe/ojs/index.php/tzh/article/viewFile/336/335>

3. Yugueros García A. J. La violencia contra las mujeres: conceptos y causas. Rev. Castellano-Manchega de Ciencias sociales. Enero-Diciembre 2014 (18): P. 153. [Citado 22 de Agosto del 2016]. Disponible en: URL: <http://www.redalyc.org/pdf/3221/322132553010.pdf>

4. Guedes A, García Moreno C, Bott S. Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Enero- Marzo 2014; I (14): P. 43 [Citado 22 de Agosto del 2016] Disponible en: URL: http://www.paho.org/hq/index.php?cx=014283770845240200164%3Aprvkaxcnku0&q=VIOLENCIA&searchword=VIOLENCIA&sa=Search...&cof=FORID%3A0&searchphrase=all&scope=1&option=com_search&Itemid=40145&ie=utf8&site=who&client=amro_en&proxystylesheet=amro_en&output=xml_no_dtd&oe=utf8&getfields=doctype&ai=41037&siteurl=www.paho.org%2Fhq%2F&ref=metodologia.lilacs.bvsalud.org%2Fphp%2Flevel.php%3Flang%3Des%26component%3D19%26item%3D5&ss=1562j313560j9#gsc.tab=0&gsc.q=VIOLENCIA&gsc.page=1

5. Cruz León A, Morales Ramón F, Arriaga Zamora R. M, Chan-García A. Prevalencia de violencia conyugal en mujeres de 15 a 45 años en una localidad de Balancán, Tabasco. Salud en Tabasco. Mayo-Agosto 201; II (19): P. 46. [Citado 21 de Agosto del 2016]. Disponible en: URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48729883003>.

6. Moral de la Rubia J, Ramos Basurto S. Machismo, victimización y perpetración en mujeres y hombres mexicanos. Rev. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas. XXII; (43): P. 39 [Citado 22 de Agosto del 2016]. Disponible en: URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31646035003>

7. Da Silva e Silva Sauaia A, García Manso A. Una aproximación exploratoria a la violencia contra la mujer en el Estado de Maranhão (Brasil): ¿Debe cambiar la Ley Maria da Penha?. Rev. De ciencias sociales. Noviembre, 2015; III (2): P. 219. [Citado 21 de Agosto del 2016]. Disponible en: URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441542974004>.

POSTER 66**AUTORES/AUTHORS:**

Maria del Carmen Villar Herguedas, Inmaculada Concepción Morales Murillo, Esther Martinez Martin

TÍTULO/TITLE:

TALLER DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN CENTRO DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA

• JUSTIFICACION

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que en el 80% de los casos se inicia antes de los 20 años de edad, que se mantiene debido a la dependencia que produce la nicotina y cuyas principales manifestaciones clínicas son: trastornos cardiovasculares, trastornos respiratorios y aparición de tumores en diversas localizaciones. Tiene una alta prevalencia que varía en los diferentes países de acuerdo a criterios sociales, económicos y culturales.

Es la primera causa de muerte en los países desarrollados.

De acuerdo a los últimos datos del Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo de la Comunidad de Madrid, en esta región, el 27,4% de la población de 18 a 64 años son fumadores habituales (un 25,1% diarios y un 2,3% ocasionales), el 49,4% no fuman y el 23,2 % son exfumadores. En los hombres se observa una tendencia descendente del tabaquismo en la región desde 1987. Entre 1987 y 2013 la prevalencia de fumadores en hombres se redujo a la mitad (reducción del 49,6%). En las mujeres entre el año 1995 y el 2013 el porcentaje de fumadoras descendió algo más de un tercio (reducción del 34,5%).

Alrededor de 6 millones de muertes se producen cada año en el mundo como consecuencia del consumo del tabaco. En la Comunidad de Madrid, el tabaco mata a 5.300 personas cada año, es decir el 14% de las muertes que se producen en esta comunidad cada año son atribuidas al consumo del tabaco. El tabaquismo causa muerte a través de la producción de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y tumorales.

Para el control de este proceso es necesario poner en marcha medidas multifactoriales que vayan encaminadas a cumplir tres importantes objetivos:

- Prevenir que los jóvenes se inicien al consumo del tabaco.
- Proteger a los no fumadores del aire contaminado del humo del tabaco.
- Ayudar a los fumadores a que abandonen el consumo del mismo. En este contexto nos planteamos una intervención grupal de educación para la salud (Taller de deshabituación tabáquica).

• OBJETIVO

Que las personas fumadoras abandonen el tabaquismo a través de una intervención grupal de educación para la salud.

Para lograr este objetivo general se plantean objetivos específicos en diferentes áreas:

En el área de conocimientos los asistentes:

- Los asistentes conocerán los efectos del tabaco sobre el organismo y sus consecuencias.
- Reconocerán las ventajas de dejar de fumar.
- Identificarán los problemas biopsicosociales que crea el tabaco.
- Identificarán los motivos por los que fuman.

En el área de actitudes los asistentes:

- Mejorarán su autoestima mediante el empoderamiento personal.
- Aumentarán su motivación para dejar de fumar.

En el área de habilidades los asistentes:

- Desarrollarán estrategias para combatir el síndrome de abstinencia.
- Desarrollarán actividades alternativas a fumar.

• MÉTODO

Se realiza una intervención grupal de Educación para la Salud.

Se programa un taller de 3 sesiones con una duración de 90 minutos en cada una, para fumadores que desean abandonar el hábito tabáquico.

Se realiza captación activa a través de las consultas de enfermería y medicina, además de captación pasiva mediante carteles

informativos en el Centro de Salud.

En el taller se trabajan objetivos específicos en el área de conocimientos, actitudes y habilidades de los participantes.

En la metodología se utilizaron diferentes técnicas de trabajo grupales en grupo grande y en pequeños grupos (técnica de rejilla, técnica de lluvia de ideas, rueda...).

Se utilizó la figura del observador con su guión de observación y se realizaron a los participantes cuestionarios de satisfacción para evaluar el taller de forma integral.

Al finalizar el taller se deriva a su profesional de referencia asignado para seguimiento.

A los 2 meses se contacta telefónicamente con cada uno de los participantes para valorar deshabituación tabáquica.

• RESULTADOS

El grupo final estuvo compuesto por 27 participantes, de los cuales 15 eran mujeres y 12 hombres, entre 40 y 60 años de edad.

El 90% de los asistentes participaron en 2 de las 3 sesiones celebradas.

El nivel de participación y satisfacción fue muy elevado.

Tras el contacto telefónico a los 2 meses, un 25,9% habían abandonado el hábito tabáquico encontrándose en fase de acción (de los cuales un 57,14% son mujeres y el 42,85% son hombres) y un 74,07% se encontraban en fase contemplativa respecto al abandono.

• DISCURSION

El tabaquismo es un problema de salud con el que de forma frecuente nos encontramos en las consultas de enfermería de Atención Primaria.

Tener programados talleres de deshabituación de forma periódica a los que derivar a los pacientes es un recurso muy útil y eficaz con el que contar como profesionales en consulta como primer paso para abordaje de este problema.

Se considera la intervención grupal en este problema de salud una herramienta más útil y eficaz respecto a la intervención individual ya que con el mismo número de profesionales y el mismo tiempo que invertimos en una consulta individual conseguimos trabajar con mayor número de pacientes. Consideramos además el aprendizaje grupal más eficiente y eficaz respecto al individual a la hora de modificar hábitos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Protocolo para la deshabituación tabáquica de AP Madrid.
- Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo, SEDET: www.sedet.es
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo CNPT: www.cnpt.es
- Ministerio de Sanidad y Consumo: www.msc.es
- Organización Mundial de la Salud, OMS: www.who.org
- www.navarra.es

POSTER 67**AUTORES/AUTHORS:**

MARIA ISABEL MARTINEZ GUEMES

TÍTULO/TITLE:

¿Son realmente efectivas las campañas de captación de la vacunación estival de la gripe?

OBJETIVOS

Valorar si son adherentes a la vacunación de la gripe estacionaria comparando dos coberturas vacúnales 2015-2016 y 2016-2017, de una zona rural.

Conocer si están informados sobre la campaña vacunal anual de la gripe.

METODO

Estudio observacional transversal, población vacunada de la gripe estacional 132 pacientes mayores 18 años que acude a vacunarse de la gripe, de octubre a enero, de los cuales se capta una muestra de 55 personas que acceden anónimamente, mediante una encuesta verbal, en la campaña estacional de vacunación de la gripe. Cuestionario con respuestas dicotómicas

- ¿Ha tenido algún síntoma en los siete días posteriores a la vacunación? SI/NO
- ¿Considera qué tiene suficiente información sobre la campaña de la gripe estacional? SI/NO
- ¿Conoce los síntomas y signos que produce la gripe? SI/NO
- ¿Le han explicado los posibles efectos secundarios post-vacunación? SI/NO

Se clasifica la edad en cuatro grupos 18-40 años, 41-60 años, 61-80 años, y mayores de 80 años.

Variables cualitativas (sexo) se calculó con frecuencias absolutas y relativas; en cuantitativas (edad) y categóricas cuestionario con respuestas dicotómicas, la media y desviación estándar. Serán representadas mediante tabla de frecuencias y diagramas.

Las coberturas vacúnales, de las campañas de 2015-2016 y 2016-2017, se calculan de los datos estadísticos mediante los registros de vacunación, (número de personas de 18 o más años vacunados de la gripe / número de personas de 18 o más años) y se compara con la cobertura del año anterior, para conocer el efecto de la adherencia a la vacunación de la gripe.

El Análisis estadístico de los datos será básicamente descriptivo de los valores calculándose con medidas de tendencia central o medidas de distribución de frecuencias. Todas las estimaciones llevadas a cabo se expresaron en porcentajes. Serán representadas por mediante tabla de frecuencias y diagramas.

Recogida datos programa informático Microsoft Excel.

Consultadas bases de datos Medline, Pubmed, Scielo.

RESULTADOS

55% varones, 45 % mujeres, edad mayor adherencia 61-80 años (51%), en cuanto a las personas > 80 años (38 %). en los siete días posteriores a la vacunación tuvieron Síntomas secundarios 9%,97 %considera que tiene suficiente información, el 100 %es conocedor de la gripe y efectos post-vacunación. En el año 2015, la cobertura de la campaña vacunal en la zona rural de Sedano fue 87 % y en el año 2016, fue del 55,2 % por lo que disminuye la Prevalencia en un 31,8 % de la cobertura de la campaña vacunal.

DISCUSION

Debemos conocer en profundidad que causas están relacionadas con la mala cobertura de la vacuna antigripal por parte de la población.

Concienciar a la población del impacto que tiene la gripe en la actualidad, puesto que esta campaña 2014-15 a nivel global ha sido de moderada gravedad. (1)

La baja prevalencia se observa en otros estudios (2) (3) el impacto de la gripe causa elevada morbi-mortalidad cuyo impacto económico es un lastre para nuestra Sanidad, no solo por los ingresos hospitalarios, absentismo laboral, escolar, si no por el impacto que produce que siga habiendo casos de mortalidad.

Teniendo en cuenta el impacto de la anterior campaña vacunal 2014-15," a nivel global, la tasa de incidencia de gripe supera el umbral en la semana 02/2015.Se notificaron 19 brotes, 18 % de hospitalizados y 19 fallecieron", y "casi la mitad de los hospitalizados no se vacunaron a pesar de que hay constancia que podría prevenir la hospitalización en población de riesgo". (1) debemos reforzar la adherencia y buscar que intervenciones podemos realizar, para alcanzar tasa cobertura 100%.

Si comparamos la cobertura vacunal del año 2015 con el 2016, se observa una caída importante de las tasas de vacunación, datos similares se observa en otros estudios (2) (3).

Tenemos el deber y la obligación de conseguir la captación de toda la población de riesgo, a través de campañas masivas, folletos

informativos, charlas educacionales, etc., para hacerles llegar la información de modo que sensibilicemos la importancia de vacunarse, o intentar encontrar ese punto que nos haga conseguir campañas del 100 % de cobertura vacunal. (4)(5).

No puedo confirmar que causas son las que hacen que no se produzca ese cambio conductual en la divulgación de las campañas informativas, para mejorar la adherencia, lo que habrá que seguir buscando cual es el mejor método para llegar a una cobertura del 100 %.

La implicación en la práctica clínica, de la baja prevalencia a la vacunación de la gripe, sigue causando morbimortalidad, cuyo impacto económico es muy elevado y difícilmente sostenible por la sanidad a largo plazo, y evitable mediante la sensibilización sobre la utilidad de la vacuna.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA

1. Instituto de Salud Carlos III. Informe de Vigilancia de la Gripe en España. Temporada 2015-2016 (Desde la semana 40/2015 hasta la semana 20/2016). Sistema de Vigilancia de la Gripe en España. Disponible en <http://www.isciii.es/ISCIIL/.es/contenidos/Pd-servicios-cientifico-tecnicos/Pd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/gripe.shtml>
2. Factores Asociados a la predisposición a vacunarse contra la gripe pandémica A/H1N1 en población adulta del departamento de salud de Elche (España). Influencia de las Fuentes de información. Tuells, J. Caballero, P. Nolasco, A. Montagud, E. An.Sist.sanit.Navar.2012, vol.35, Nº2, mayo-agosto, scielo, isciii.es/pdf
3. Virseda S, Restrepoa M, Arranz E, Margán-Tapia P, Fernández-Ruiz M, de la Cámara AG, et al. Seasonal and Pandemic A(H1N1)2009 influenza vaccination coverage and attitudes among health-care workers in a Spanish University Hospital-vaccine 2010;28:4751-4757
4. Organización Mundial de la Salud (OMS), Cobertura Vacunal. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/es/>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción Mundial sobre vacunas 2011-2020. Ginebra: Ediciones de la OMS; 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85398/1/9789243504988_spa.pdf

El autor manifiesta no tener ningún conflicto de intereses en la elaboración del presente documento.

POSTER 68**AUTORES/AUTHORS:**

Iris Forcada Parrilla, Dolors Juvinyà Canal

TÍTULO/TITLE:

LA ALIMENTACIÓN DE LOS ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de alimentación saludable y el estado nutricional de los enfermeros y enfermeras de atención primaria de la región sanitaria de Girona.

MÉTODO: Es un estudio descriptivo transversal con metodología cuantitativa. El ámbito y población de estudio son los profesionales enfermeros y enfermeras de las áreas básicas de salud gestionadas por el Institut Català de la Salut (ICS) de la región sanitaria de Girona que desarrollan su trabajo en las consultas de atención primaria atendiendo a población adulta mayor de 15 años. La región sanitaria está dividida en tres sectores de atención primaria: norte, sur y marítimo.

La población de estudio es de 430 enfermeros y enfermeras. No se ha utilizado ningún muestreo concreto, se ha contado con todos los profesionales del colectivo enfermero en activo de todos los centros de atención primaria del ICS de la región sanitaria de Girona. La muestra es de 219 enfermeros y enfermeras. Las variables analizadas fueron variables sociodemográficas y variables específicas sobre alimentación.

El instrumento de recogida de datos fue un cuestionario adaptado a partir de unos cuestionarios validados. El cuestionario fue enviado vía correo electrónico del trabajo al colectivo enfermero juntamente con una carta de presentación personal y presentación del estudio donde se informaba de la total confidencialidad de sus datos y respuestas. El cuestionario fue diseñado con el programa LimeSurvey® y cuando los profesionales contestaban, las respuestas quedaban guardadas automáticamente en una base de datos las cuales posteriormente se analizaron con el programa SPSS para windows 15.0. Se hicieron análisis de varianza (ANOVA) para estudiar la relación entre variables numéricas y cualitativas.

RESULTADOS: El cuestionario fue respondido por un 50,93% de los profesionales enfermeros, siendo un 86,3% enfermeras. Un 5,02% de los enfermeros de atención primaria realizan una alimentación inadecuada, un 87,6% realizan una alimentación adecuada y un 4,9% una alimentación muy saludable. No se muestran diferencias entre sexos.

En relación al estado nutricional de los enfermeros y enfermeras en general, podemos observar como un 7,3% de los profesionales presentan obesidad, un 32,8% presentan sobrepeso y un 57,9% tienen un peso normal.

DISCUSIÓN: Teniendo en consideración el rol de los profesionales de atención primaria de salud sobre acciones preventivas, se considera que uno de los predictores más fuertes sobre el consejo de conductas saludables realizadas por profesionales sanitarios es la práctica habitual de estos comportamientos. La alimentación de los enfermeros y enfermeras puede contradecir sus mensajes hacia los pacientes. Se considera que se consigue una mejor respuesta a los mensajes de educación sanitaria si el profesional cree en la importancia de la prevención.

Se ha identificado que hay profesionales que tienen una gran dificultad a la hora de aconsejar sobre comportamientos que ellos mismos no practican. Hay estudios que preguntan a profesionales sanitarios cuales son las barreras y obstáculos para no alimentarse correctamente; las respuestas son la falta de tiempo para la preparación y hacer la compra, la poca motivación y el cansancio.

Esta situación es preocupante pues se trata de personal sanitario que trabaja en instituciones donde se recomienda una alimentación saludable como medida de prevención de enfermedades crónicas y su imagen puede interferir en los consejos de salud que se dan. Aunque se trate de personal capacitado para orientar a los pacientes, observamos como un gran porcentaje tienen exceso de peso y solo un 4,9% siguen una alimentación muy saludable.

Las implicaciones y la aplicabilidad para la práctica clínica son múltiples. Son muy conocidos los hábitos de salud de la población general y poco estudiados los hábitos de salud en profesionales sanitarios. Es importante que los resultados sean conocidos por instituciones vinculadas con profesionales sanitarios.

Difundir y presentar los resultados a organizaciones sanitarias académicas y colegios profesionales para tomar conciencia del tema y conocer la situación. Des de servicios de salud laboral y instituciones para poder orientar acciones y sugerir políticas a las

instituciones para sensibilizar a los profesionales en la toma de conciencia de su propia salud.

Des de las facultades de estudios de la salud para poder orientar acciones formativas a los estudiantes, en tanto que futuros profesionales tomen conciencia durante los estudios de la importancia de gestionar su propia salud.

Los autores de este estudio declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA.

Chan M. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Rev Cuba Salud Pública. 2009;35(4):29–30.

Dugdill L, Springett J. Evaluating health promotion programmes in the workplace. WHO Reg Publ Eur Ser. 2001;92(285).

Suñer R, Santiñà M. Alfabetització per a la Salut. Estàndards i recomanacions per als professionals de la salut. 2014. 115 p.

S∅rensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of difinitions and models. BMC Public Health. 2012;12(1):80.

Córdoba R, Cabezas C, Camarelles F, Gómez J, Al E. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Atención Primaria [Internet]. Elsevier; 2014;46(Supl 4):16–23.

Pérez-Manchón D, Álvarez-García GM, González-López E. Motivación para cambiar estilos de vida no saludables y riesgo cardiovascular. Enfermería Clínica. Elsevier España, S.L.; 2014;24(6):351–5.

Varela Moreiras G. La Dieta Española. Fortalezas y Debilidades. Nutr Clin en Med. 2014;VIII(3):109–20.

Rodríguez D, Berenguera A, Pujol-Ribera E, Capella J, Peray JL de, Roma J. Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública. Gaceta Sanitaria. 2013;27(5):388–97.

Kreuter M, Shobhina G, Bull F. How Does Physician Advice Influence Patient Behavior? Arch Fam Med. 2009;(9):426–33.

Schröder H, Covas MI, Marrugat J, Vila J, Pena a, Alcántara M, et al. Use of a three-

day estimated food record, a 72-hour recall and a food-frequency questionnaire for dietary assessment in a Mediterranean Spanish population. *Clin Nutr.* 2001 Oct; 20 (5):429-437.

Schröder H, Benitez Arciniega A, Soler C, Covas M-I, Baena-Díez JM, Marrugat J. Validity of two short screeners for diet quality in time-limited settings. *Public Health Nutr.* 2012;15(04):618–26.

Borgan SM, Jassim GA, Marhoon ZA, Ibrahim MH. The lifestyle habits and wellbeing of physicians in Bahrain: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2015;15(1):655

Márquez Moreno R, Beato Víbora P, Tormo García M. Hábitos de vida, de alimentación y evaluación nutricional en personal sanitario del hospital de Mérida. *Nutr Hosp.* 2015;31(4):1763–70.

Mata E, Castañeda M, González D, Hernández C. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el personal de enfermería. *Med Int Mex.* 2006;22:81–4.

Bazargan M, Makar M, Bazargan-Hejazi S, Ani C, Wolf KE. Preventive, lifestyle, and personal health behaviors among physicians. *Acad Psychiatry.* 2009;33(4):289–95

Vidal Marín M, Díaz Santos Dueñas A, Jiménez Serrano C, Quejigo García J. Modificación de ciertas actitudes frente a la alimentación en estudiantes de enfermería tras cursar la asignatura de nutrición y dietética. *Nutr Clin y Diet Hosp.* 2012;32(1):49–58.

POSTER 74**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Teresa Bastida Loinaz, Mercedes Andueza Perez, Miren Karmele Zárrega Lasheras

TÍTULO/TITLE:

Estudio de la eficacia de un programa de intervención psicosocial (EDUCA) en la prevención o reducción de la sobrecarga

La Esquizofrenia es una enfermedad mental de larga evolución que produce graves consecuencias tanto psicológicas como sociales en el paciente y en el cuidador.

Aunque afecta principalmente al paciente y a sus habilidades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, también afecta a sus familiares y a la sociedad en general. Dentro de la familia, destaca la figura del cuidador como responsable principal de la atención al enfermo. Debido a su dedicación e implicación en el cuidado, la falta de apoyo y cronicidad de la enfermedad, hace que la probabilidad de aparición de cuadros de estrés, agotamiento psíquico y niveles altos de sobrecarga sea elevada.

OBJETIVOS Principal: Evaluar la efectividad de la administración de un programa de intervención psicoeducativa (PIP) para reducir la sobrecarga del cuidador de pacientes con Esquizofrenia o Trastorno Esquizoafectivo. La evaluación de la intervención se realiza a través de la escala Zarit y escala IEQ de sobrecarga familiar. Secundarios: Evaluar la efectividad de la intervención psicosocial en cuidadores en cuanto a: Estado de salud psíquica medido a través del GHQ-28, instrumento para la evaluación del estado de salud mental Estado de ansiedad medido a través de la escala STAI, instrumento para la evaluación del estado-rasgo de ansiedad Estado anímico medido a través de la escala CES-D de Depresión Evaluar la gravedad de la enfermedad mental del paciente a través de la escala HONOS

METODOLOGIA Estudio realizado en 5 centros de atención psiquiátrica comunitaria de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa (Osakidetza)

El protocolo del estudio fue aprobado de manera prospectiva por el Comité Ético del Área Sanitaria de Gipuzkoa (CEIC-TLB-OSA-2015-1). La participación en el presente estudio no implicó riesgo sobreañadido alguno ni para el paciente ni para el cuidador.

Los cuidadores participantes recibieron el tratamiento habitual individualizado en cada uno de los centros de estudio más el PIP en formato grupal. Los grupos estaban formados por un mínimo de 4 y máximo de 10 cuidadores, realizado en 12 sesiones de 90 minutos y con una frecuencia semanal. El PIP aplicado está basado en la Intervención Psicoeducacional CMC (Coping with Caregiver), revisado y adaptado por el Instituto de Investigaciones Psiquiátricas (Fundación Maria Josefa Recio)

Estudio prospectivo con visita basal y post tratamiento para el cuidador de paciente con Esquizofrenia o trastorno Esquizoafectivo

Criterios de inclusión en el estudio:

Población: los cuidadores serán mayores de 18 años, no remunerados por su función de cuidadores y con dedicación de un mínimo de 4 horas/semana al paciente

Los pacientes incluidos tienen un diagnóstico de TMG > 2 años

Firmar Consentimiento Informado

Criterios de exclusión:

-para el cuidador : que no disponga de tiempo para acudir a las sesiones del PIP y que en el último año haya participado de un programa de intervención psicoeducativo

-para el paciente : que haya sido ingresado en una unidad residencial durante el último mes, que tenga un diagnóstico de discapacidad intelectual o que viva en un piso tutelado

RESULTADOS

Un total de 39 diadas (paciente- cuidador) participaron en el estudio durante los meses de diciembre de 2014 a mayo 2016.

34 sujetos completaron el programa. De las 5 pérdidas, 2 fueron por retiradas voluntarias del cuidador y 3 por altas asistenciales del paciente en el recurso ambulatorio.

Al inicio, las puntuaciones obtenidas en las escalas de sobrecarga de Zarit e IEQ indicaron una sobrecarga modera-intensa por parte del cuidador, siendo los factores más altos los de preocupación y motivación del cuidado. Respecto a las variables de salud medidas a través de la escala GHQ-28 se encontró una predominancia de los problemas de ansiedad e insomnio y disfunción social. Las puntuaciones de las escalas de ansiedad estado-rasgo (STAI) y depresión (CES-D) indicaron un estado de ansiedad superior a la media poblacional y una ligera depresión sin llegar a considerar patológico.

Dentro del objetivo principal y tras el análisis de resultados, se constata un descenso importante (clínica y estadísticamente

significante) en los niveles de sobrecarga, medidos a través de la escala Zarit y IEQ.

Dentro de los objetivos secundarios, al evaluar el estado de salud psíquica de los cuidadores (GHQ-28), se constata una notable mejoría, siendo las puntuaciones reducidas a la mitad del inicio. La disfunción social, la ansiedad/insomnio y los síntomas somáticos fueron los factores más beneficiados por la intervención. Los niveles de ansiedad disminuyeron en un 25 % y la sintomatología depresiva denotó cambios positivos.

CONCLUSIONES A la vista de estos resultados se desprende que el uso del Programa de Intervención Psicoeducativo en el cuidador de pacientes con TMG es claramente beneficioso y que esta intervención no se debería de limitar al tiempo del estudio, sino que debiera plantearse como una forma continuada de prestar servicios a estas personas cuya carga física y psíquica habitual les define como población de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Zarit SH, Reever KE, Bach Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*. 1980;20(6):649-55.

Martin-Carrasco M, Fernandez Catalina P, Dominguez-Panchon AI, Goncalves Pereira M, Gonzalez-Fraile E, Munoz-Hermoso P, et al. A randomized trial to assess the efficacy of a psychoeducational intervention on caregiver burden in schizophrenia. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2016;33:9-17.

Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M. Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatric services(Washington,DC)*. 2006;57(12):1784-91.

POSTER 77**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Elena Solà-Miravete, Carlos López-Pablo, Mar Lleixà-Fortuño, Maria Eulàlia Juvé-Udina, Glòria Puntès-Farnós

TÍTULO/TITLE:

Elaboración de un nuevo modelo de valoración de riesgos de delirio en personas de edad avanzada hospitalizadas

Resumen

El delirio es un síndrome común que pueden presentar las personas de edad avanzada ingresadas en las unidades de hospitalización de agudos. Está considerado una complicación grave y frecuente que puede afectar hasta un 30% de las personas mayores hospitalizadas. El modelo multifactorial es el más aceptado y desarrollado, se origina a partir de la interacción compleja entre factores de predisposición (vulnerabilidades inherentes a la persona) y factores precipitantes (o desencadenantes). A la vista de las complejas causas multifactoriales del delirio y las dificultades para su manejo, las recomendaciones actuales proponen como estrategia preventiva más eficaz: la aplicación de programas con intervenciones de múltiples componentes en pacientes de riesgo. Con este fin se han propuesto muchas escalas para evaluar el riesgo de delirio, basadas en modelos predictivos. Pero estas escalas son poco conocidas y poco utilizadas, algunas demasiado específicas y otras de uso complejo. Objetivos: 1. Identificar la asociación existente entre determinadas manifestaciones de dependencia (MD) recogidas desde la valoración de enfermería (VE) y la presencia de delirio en el paciente hospitalizado, y 2. Analizar las diferencias entre personas \geq y $<$ de 80 años en la frecuencia de factores de riesgo (MD) no farmacológicos asociados al delirio, recogidos desde la VE de las personas mayores hospitalizadas en los ocho hospitales del Instituto Catalán de la Salud (ICS).

Método. La investigación se ha desarrollado en dos fases. Fase 1: analítica, retrospectiva, diseño caso-control; fase 2: descriptiva y transversal; evaluación retrospectiva de los registros de la VE de los pacientes ingresados durante el período comprendido entre enero de 2014 y junio de 2016.

Resultados: Fase 1. Se han estudiado 454 pacientes de las cinco unidades de hospitalización (150 personas con delirio). Se encontraron diferencias significativas entre las personas que desarrollan delirio en: la edad (85 años) y en las necesidades de respiración, alimentación, eliminación, movilidad, descanso y sueño, autocuidado, seguridad, comunicación y relaciones. Del análisis multivariante han resultado predictores independientes de delirio: incontinencia fecal, retención de orina, inmovilidad en cama, dificultad para dormir y demencia previa (deterioro cognitivo previo). El valor de la curva ROC del modelo propuesto desde la VE es de 0,85.

Fase 2. Se han estudiado 205.540 episodios de pacientes de \geq 60 años. Las personas de edad avanzada (\geq 80 años) presentan más dependencia en todas las necesidades estudiadas.

Discusión y conclusiones: La edad influye en el número de manifestaciones presentes, a medida que aumenta la edad aparecen más factores asociados al delirio (MD). La VE del modelo de necesidades ha demostrado ser un instrumento de utilidad para identificar los factores de riesgo de delirio. Es capaz de identificar los riesgos presentes entre las personas mayores hospitalizadas y, a la vez, señalar las necesidades de atención que requiere la persona evaluada.

El modelo predictivo del riesgo de delirio obtenido presenta una alta capacidad predictiva, es conocido, resulta de aplicación fácil y es de uso generalizado entre las enfermeras de los ocho hospitales del ICS.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383(9920):911-22.
2. de Castro SM, Unlu C, Tuynman JB, Honig A, van Wagenveld BA, Steller EP, et al. Incidence and risk factors of delirium in the elderly general surgical patient. *American journal of surgery*. 2014;208(1):26-32.
3. Martins S, Fernandes L. Delirium in elderly people: a review. *Frontiers in neurology*. 2012;3:101.
4. Cole MG, McCusker J, Marques S. [Delirium in older patients: clinical presentation and diagnosis]. *Revista española de geriatría y gerontología*. 2008;43 Suppl 3:13-8. Epub 2008/01/01. Delirium en pacientes ancianos: clínica y diagnóstico.
5. Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, et al. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2016;3:CD005563.
6. Martínez Velilla N, Alonso Bouzon C, Cambra Contin K, Ibanez Beroiz B, Alonso Renedo J, Casas Herrero A. [Delirium and subsyndromal delirium: prevalence of a disease spectrum]. *Revista española de geriatría y gerontología*. 2012;47(4):158-61. Epub

2012/05/15. Delirium y delirium subsindromico: prevalencia de un espectro de enfermedad.

7. Newman MW, O'Dwyer LC, Rosenthal L. Predicting delirium: a review of risk-stratification models. *General hospital psychiatry*. 2015;37(5):408-13.

8. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *Jama*. 1996;275(11):852-7.

9. Ahmed S, Leurent B, Sampson EL. Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*. 2014;43(3):326-33.

10. NICE. Delirium: Diagnosis, Prevention and Management. (Clinical Guideline103). Excellence. NifHaC, editor2010.

11. Chen P, Dowal S, Schmitt E, Habtemariam D, Hshieh TT, Victor R, et al. Hospital Elder Life Program in the real world: the many uses of the Hospital Elder Life Program website. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015;63(4):797-803.

12. Perello Campaner C. [Delirium risk assessment in elderly hospitalized patients]. *Revista espanola de geriatria y gerontologia*. 2010;45(5):285-90. Epub 2010/08/11. Valoracion del riesgo de delirium en pacientes mayores hospitalizados.

POSTER 78

AUTORES/AUTHORS:

ESTELA ESPINOSA RUIZ, SERGIO RUBEN ESPEJO RIEGO, MARINA GARCIA GAMEZ

TÍTULO/TITLE:

Los pacientes que sufren el síndrome postconmocional son más propensos a desarrollar conductas agresivas hacia sí mismos

OBJETIVOS PRINCIPALES: Analizar la relación entre el haber sufrido o sufrir el síndrome postconmocional y la predisposición a desarrollar agresividad en el comportamiento.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

Conocer la actualidad sobre el síndrome post-conmocional.

- Describir la sintomatología más frecuente.
- Analizar el diagnóstico médico de este síndrome y los riesgos de infradiagnóstico.
- Analizar la población más susceptible de padecerlo.
- Identificar los factores de riesgo asociados al síndrome.
- Clasificar la sintomatología por grupos de población.
- Valorar los factores de riesgo de desarrollar conductas agresivas a partir del síndrome.

Clasificar a la población más frecuente a padecer agresividad relacionada con el síndrome

Métodos. Se realizó una revisión sistemática en diversos buscadores, bases de datos, metabuscadores y guías como nice, guíasalud, Cochrane plus, Health evidence canada, Pubmed health reviews, Trip, Epistemonikos, NHS, Bvs, scielo, Pubmed... utilizando las palabras claves combinadas con operadores booleanos. Se tomaron como criterios de exclusión artículos con fecha inferior a 2012, artículos fuera de los idiomas inglés y castellano y artículos con baja evidencia científica, donde usamos la herramienta de lectura crítica CASPe para determinarlo.

PALABRAS CLAVES

Síndrome posconmocional	Traumatismo craneoencefálico	Conmoción	Cambio conductual
Agresión	Conductas agresivas	Ideación suicida	Suicidio
Impulsividad			

Como fórmula de búsqueda hemos utilizado: : Postconcussion syndrome AND suicide; Postconcussion syndrome AND aggression; Closed brain injury AND suicide; Closed brain injury AND aggression. Traumatic brain injury AND suicide; Traumatic brain injury AND aggression. Post head injury AND suicide. Post head injury AND aggression.

Hemos usado la herramienta de búsqueda MESH para la base de datos Pubmed incluyéndose los campos Postconcussion syndrome y Brain concussion de los cuales se seleccionaron las categorías nursing, epidemiology, psychology, Diagnosis y complications.

Resultados. Se analizaron 6 artículos tras pasar los criterios de inclusión, todos ellos hacían alusión específica al tema a síndrome postconmocional. Los resultados encontrados muestran notables variables, queda indicado un mayor riesgo relativo de suicidio en pacientes que sufren el SP con respecto a la población general, y un aumento de las conductas agresivas. Por otro lado, otros destacan la relación del SP con el desarrollo de impulsividad, y como consecuencia secundaria a esto, el suicidio. Sin embargo, otros artículos no demostraron haber diferencias significativas al respecto, por lo que los resultados no son concluyentes.

Conclusión. Dentro de los puntos fuertes que encontramos en la revisión es la escasa muestra de evidencia estudiada actualmente sobre el síndrome postconmocional relacionándolo a la agresividad, por lo que es necesario investigar más sobre el mismo. No hemos podido obtener diferencias significativas sobre la pregunta de investigación aunque si diversos estudios que indican su relación.

Limitaciones

- Los grupos estudiados en los artículos no representan a la población general ya que se tratan principalmente de población militar que ha sido expuesta a TC y deportistas de elite que participan en deportes donde es susceptible de padecer una conmoción. No obstante, ante la falta de bibliografía dedicada a población general, nos hemos visto obligados a incluir a artículos que estudian el SP en estas poblaciones en la revisión.

- La baja evidencia encontrada en los artículos incluidos en nuestra revisión, por lo que no constan datos determinantes para afirmar de manera contundente una relación directa entre sufrir SP y manifestar los cambios de comportamientos expuestos en nuestro trabajo.

- En los distintos artículos encontrados, no existe una definición común de síndrome postconmocional por lo que, al tener un concepto diferente de esta variable, creemos que los artículos son difícilmente comparables.

La gran limitación de esta revisión es la falta de bibliografía relacionada con el tema ya que este es novedoso y hasta la época ha tenido poca repercusión. Creemos firmemente en la necesidad de seguir estudiando el tema, sobre todo basándonos en estudios longitudinales, como ya hemos indicado con anterioridad.

Dentro de los puntos fuertes que encontramos en la revisión es la escasa muestra de evidencia estudiada actualmente sobre el síndrome postconmocional relacionándolo a la agresividad, por lo que es necesario investigar más sobre el mismo. No hemos podido obtener diferencias significativas sobre la pregunta de investigación aunque si diversos estudios que indican su relación. No obstante, el enfoque es acertado y el tema es relevante y que por tanto requiere de mayor investigación en el futuro, especialmente mediante estudios longitudinales de seguimiento de cohortes.

Los autores reconocen no tener conflicto de interés

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. M. T. HERMO LOPEZ. Revisión de la literatura: "Síndrome Postconmocional". [Internet]. [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.peritajemedicoforense.com/HERMO1.htm>.
2. C. C. FERNÁNDEZ. "Traumatismo craneoencefálicos". S. de Neuropediatría Hospital U. Virgen de la Arrixaca. El Palmar (Murcia). Asociación Española de Pediatría (2008).
3. GRUPO MEDLINE. "Traumatismo cerebral y de cabeza". Medline. [Internet]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/traumaticbraininjury.html>.
4. GRUPO MEDLINE. "Concussion". Medline. [Internet]. Available from: <https://medlineplus.gov/concussion.html>.
5. C. PELEGRÍN VALERO, S. FERNÁNDEZ GUINEA, J. TIRAPU USTARROZ & JM. MUÑOZ-CÉSPEDES. "Conferencia: diagnóstico diferencial del síndrome postconmocional". First international congress on Neuropsychology in internet. 1999.
6. REEVES RR, PANGULURI RL. "Neuropsychiatric Complications of Traumatic Brain Injury". J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2011 Mar 1;49(3):42-50.
7. E. JONES, PH.D., D.PHIL. N. T. FEAR, D.PHIL. S. WESSELY, M.D. Shell Shock and Mild Traumatic Brain Injury: A Historical Review. American Journal of Psychiatry. 2007.
8. JV GARCÍA RIVAS. "La simulación en el síndrome postconmocional. Su evaluación diagnóstica". Universidad de Granada. 2012.
9. A. LI CANESSA. "Revisión bibliográfica: síndrome postconmocional y valoración médico legal". Medicina legal de Costa Rica – Edición virtual Vol. 31 -2 (2014).
10. HS WORTZEL, DB ARCINIEGAS. A Forensic Neuropsychiatric Approach to Traumatic Brain Injury, Aggression, and Suicide. Acad. Psychiatry Law Online. 2013.
11. J. M. MUÑOZ CÉSPEDES, J. J. MIGUEL TOBAL Y A. CANO." Evaluación de las alteraciones emocionales en personas con traumatismo craneoencefálico". Psicoterma. 2000. Pp. 99-106.
12. B. AMBRÓS H, L. MAC, V. SALCEDO I, S. BÁEZ A. "Traumatismo craneal leve y síndrome postconmocional". Rehabilitación. (2002). pp. 333-345.
13. AL LOSADA. "Brain trauma: clinical manifestations". Revista de salud de la facultad de Surcolombia. 2009.
14. PJ MCGARRY. "The Rivermead Post-concussion Questionnaire as a Risk indicator for prolonged recovery from concussion. Tesis of Master of Health Science at the Eastern institute of Technology Taradale (New Zeland). 2016
14. PJ MCGARRY. "The Rivermead Post-concussion Questionnaire as a Risk indicator for prolonged recovery from concussion. Tesis of Master of Health Science at the Eastern institute of Technology Taradale (New Zeland). 2016.

POSTER 81**AUTORES/AUTHORS:**

Pablo Molanes Pérez

TÍTULO/TITLE:

Hortiterapia: El jardín como terapia no medicamentosa en hospital psiquiátrico.

Introducción: La utilización del jardín como herramienta de curación hacia una población vulnerable (discapacidad física, mental, rehabilitación) permite a la persona participar en su proceso de curación de forma activa. El jardín es un soporte pedagógico y una herramienta que fomenta la autonomía, la noción de responsabilidad y el bienestar. La población diana son pacientes psiquiátricos hospitalizados en una unidad de agudos de un Hospital Psiquiátrico. El objetivo es evaluar el impacto real de dicha intervención sobre el paciente y las posibles repercusiones. El jardín ofrece tres dimensiones de trabajo: la pasiva de ir al jardín, la interactiva de hacer algo en el jardín y la proactiva de utilizar el jardín como elemento de transformación personal. El jardín ofrece la posibilidad de recrear una dinámica de servicio estableciendo puentes con otras actividades como son la cocina, el arte y el ejercicio físico. Las actividades se adaptan al funcionamiento del servicio, a la carga asistencial, al trabajo a realizar en el jardín y al estado del paciente. Una evaluación tras cada intervención con objetivos preestablecidos y un seguimiento durante la participación del paciente permite analizar el progreso de la persona gracias a la actividad terapéutica.

Metodología: La población seleccionada son los pacientes adultos, hospitalizados en la unidad agudos de un hospital psiquiátrico, voluntarios a participar en la terapia. Se desarrolló una metodología de trabajo específica, para justificar la necesidad del taller en función de cada paciente, con relación a objetivos terapéuticos bien definidos. Se realiza una primera entrevista para trazar los antecedentes médicos de los pacientes que pueden tener consecuencias o limitar las actividades que pueden repercutir en el paciente de forma negativa (fotosensibilidad debida al tratamiento, alergias, sedación importante...). Así mismo se toma constancia de sus centros de intereses y de sus conocimientos en jardinería. Todos estos elementos nos permiten construir un programa terapéutico a largo plazo y establecer objetivos consecuentes.

Una vez recopilada la información se elabora un PERFIL DEL JARDINERO. Esta evaluación inicial puede evolucionar a medida que se desarrollen los talleres en función de su evolución física; psíquica, cognitiva u social. A continuación, se realiza un PLAN DE INTERVENCIÓN, que responde a los objetivos establecidos en el PERFIL DEL JARDINERO. Los objetivos deben ser acordados entre el enfermero y el paciente. Es importante adaptar el trabajo y el equipamiento utilizado por cada jardinero en función de cada paciente, sus necesidades y los objetivos de cada día. El seguimiento de cada taller se realiza gracias a las herramientas informáticas disponibles, pero también se realiza una evaluación periódica para realizar una síntesis de la evolución del paciente. El final del seguimiento del paciente será consecuencia del alta definitiva del servicio o en aquel momento que su estado de salud impida su inscripción en el taller.

Resultado: Durante los dos años de duración del proyecto se han realizado 120 intervenciones registradas, inscribiendo en la misma a 60 pacientes hospitalizados en el servicio. La duración de las intervenciones varía entre 20 minutos y una jornada completa, en función de la carga asistencial, el estado de los pacientes y la actividad a realizar en el jardín. Además de la actividad realizada en el jardín se establecieron un conjunto de actividades en conexión (arte-terapia y cocina).

El trabajo desarrollado durante estos dos años ha supuesto una redinamización de los equipos de enfermería, incitando a otros compañeros a iniciar otros proyectos. La estancia media de los pacientes hospitalizados en el servicio se ha visto reducida, en parte debido a la estimulación de dichos talleres, sin poder establecer una correlación exacta entre los mismos. Las entrevistas realizadas a los pacientes participantes en la actividad a su alta a domicilio dejan en evidencia la importancia de dichos talleres para la recuperación mental y social de los pacientes y su retorno a su vida cotidiana. Para una parte de los pacientes el jardín ha sido todo un descubrimiento, abriéndoles nuevos centros de interés y nuevas expectativas de sociabilización. Para algunos supone una reafirmación personal, al recordarles recuerdos de su infancia o incluso una revalorización de su experiencia profesional, para aquellos pacientes provenientes del mundo agrícola. El seguimiento exhaustivo de los pacientes participantes en el taller ha permitido detectar algunos casos de abulia y de degradación física de alguno de los pacientes, permitiendo poner remedio a tiempo para preservar su autonomía e incluso incrementarla durante su hospitalización.

PERMACULTURA

Para trabajar el jardín seguimos los principios de la permacultura. Se trata de una filosofía de vida, inspirada en los modelos de la naturaleza para así promover un modo de vida ético y menos depredador. Establece un puente entre las leyes de la naturaleza y las leyes que rigen las sociedades humanas. Este paradigma busca conectar a los hombres con la tierra, las ciencias naturales con las ciencias sociales a través de los principios fundamentales: CUIDAR AL SER HUMANO, CUIDAR AL PLANETA Y COMPARTIR.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

MOLLISON, Bill, Permaculture 2, Editions Equilibres, 1993.

ALONSO, Bernardo et GUIOCHON, Cécile, Permaculture humaine. Des clés pour vivre la Transition, Ecosociété, 2016.

RICHARD, Denis. Quand jardiner soigne. Delachaux et Niestlé, 2011, Paris.

RENOUG DE BOYRIE, François. Le jardinage source de bien-être. Dangles Editions, 2013, Escalquens.

HALLER, Rebecca; Kramer, Christine. Horticultural Therapy Methods. CRS Press, 2006, New York

BRUCE, Hank; JILL FOLK, Tomi. Gardening projects for horticultural therapy programs. Petals & pages, 2004, Rio Rancho

MOORE, Bibby. Growing with gardening. The University of North Carolina Press, 1989, Chapel Hill.

CLINEBELL, Howard, Ecotherapy: Healing ourselves, hearing the earth? Routledge, 2013, New York

EGGER, Michel Maxime. Ecopsychologie. Jouvence Editions, 2017, Saint-Julien-en-Genevois

POSTER 82**AUTORES/AUTHORS:**

BETÂNIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS, Elidianne Layanne Medeiros de Araújo, Pablo Leonid Carneiro Lucena, Haluska Menezes Potter, Kaisy Pereira Martins, Ester Gonçalves da Silva

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de la enfermedad del Alzheimer por medio del mini examen del estado mental en ancianos

Introducción: Debido al envejecimiento humano, la prevalencia de la demencia se ha incrementado significativamente, alcanzando el 20% en América Latina y específicamente en Brasil, el 38,9% de las personas mayores de 85 años. Actualmente, el costo mundial de las demencias es de 315 millones de dólares al año, y el costo anual por paciente llega a 17.964 dólares. La pérdida progresiva de la autonomía, así como la progresiva dependencia y la necesidad de cuidados específicos, contribuye al aumento del riesgo de institucionalización. Las pruebas neuropsicológicas son utilizados como medio de seguimiento de la enfermedad de Alzheimer, entre ellos, el Mini Examen del Estado Mental (MEEM) que es de fácil aplicación y tiene buena confiabilidad.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue realizar un levantamiento en la literatura acerca de la evaluación y control de la enfermedad de Alzheimer por el enfermero utilizando el MEEM. Metodología: Se trata de una revisión integrativa de la literatura, en las bases de datos Medline, Lilacs y SciELO. La muestra consta de nueve artículos.

Resultados: Los principales aspectos encontrados fueron categorizados en tres temáticas: La utilización del MEEM como forma de rastreo de la Enfermedad de Alzheimer por el enfermero; Falta de conocimiento del enfermero sobre la evaluación y el cuidado al paciente con enfermedad de Alzheimer; Y el Compromiso cognitivo: importancia de la evaluación de la enfermedad de Alzheimer.

Conclusión: Los enfermeros deben conocer el proceso de evolución de la enfermedad y actuar en asociación, ayudando en el rastreo y control de la enfermedad de Alzheimer.

Descriptores: Enfermedad de Alzheimer. Pruebas neuropsicológicas. Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. OLCHIK, M. R.; et al. Revisão: efeitos do treino de memória em idosos normais e em idosos com comprometimento cognitivo leve. *Temas em Psicologia*, 2012;20(1):235-245.
2. COUTINHO, E. S. F.; LAKS, J. Saúde mental do idoso no Brasil: a relevância da pesquisa epidemiológica. *Cad. Saúde Pública*, 2012;28(3): 412-413.
3. CANON, M. B. F.; NOVELLI, M. M. P. C. Estudo dos instrumentos de avaliação funcional em demência comumente utilizados no Brasil. *Rev. Ter. Ocup.* 2012;23(3):253-262
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Doença de Alzheimer: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Portaria MS n.1298 de 21 de novembro de 2013.
5. PEREIRA, et al.; Mini-Exame do Estado Mental na avaliação neuropsicológica pós-TCE: aplicabilidades. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 2012;12(2):58-63.
6. PEDERSOL, E. C.; et al. O USO DA MÁSCARA LARÍNGEA PELO ENFERMEIRO NA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR: revisão integrativa da literatura, Florianópolis. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(2): 376-83
7. HANSEN, F. N.; et al. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura, São Paulo. *Revista. Eletrônica de Enfermagem.* 2014; 16(1):220-7
8. CRUZ, T. J. P.; et al. Estimulação cognitiva para idoso com Doença de Alzheimer realizada pelo cuidador. *Rev Bras Enferm*, 2015;68(3):510-6.
9. TRISTÃO, F. R.; SANTOS, S. M. S. Atenção ao familiar cuidador de idoso com Doença de Alzheimer: uma atividade de extensão universitária. *Texto Contexto Enferm*, 2015;24(4):1175-80.
10. MACHADO, J. C.; et al. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 2011;14(1):109-121.
11. SALES, A. C. S. et al. Conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados com idoso portador da Doença de Alzheimer. *R. Enferm. Cent. O. Min*, 2011;1(4):492-502.
12. POLTRONIERE, S.; CECCHETTO, F. H.; SOUZA, E. N. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? *Rev Gaúcha Enferm*, 2011;32(2)270-8.
13. LOUREDO, D.L.; et al. The relationship between the nursing diagnosis and cognition tests performed on elderlies with alzheimer's

disease. Journal of Research: Fundamental Care Online,2014;6(1):271-281.

POSTER 90**AUTORES/AUTHORS:**

Paula Simões, Mónica Macedo, Ernestina Silva, Daniel Silva, Susana André

TÍTULO/TITLE:

Calidad del sueño de niños en edad pre-escolar

Introducción:

La privación del sueño compromete al aprendizaje, el raciocinio lógico y matemático, perjudicando igualmente la atención/concentración y la memoria. Hace a los niños más propensos a la irritabilidad. El sueño contribuye para la manutención de la salud física y mental a lo largo del ciclo vital. La cantidad de horas dormidas por la noche y la calidad del sueño son determinante para el bienestar durante el día y para optimizar el desempeño escolar de cada niño.

Objetivos:

Caracterizar la calidad del sueño de los niños en edad pre-escolar según la percepción de los padres.

Comprobar como algunos comportamientos de los niños se relacionan como la calidad del sueño.

Metodología:

Estudio cuantitativo, descriptivo correlacional y analítico, desarrollado en una muestra no probabilística por convivencia de 642 padres de niños (97.2% madres y 2.8% padres). Los niños frecuentan la enseñanza pública, privada y particular y concertado, de los Ayuntamientos de Albergaria-a-Velha (64.2%) e de Águeda (35.8%), tienen edades comprendidas entre los 3 y 6 años ($=4.55\pm 0.93$), 51.7% son de sexo femenino y el 48.3% del masculino. La recogida de datos fue realizada entre los meses de Febrero y Mayo de 2016, para ellos se utilizó un cuestionario de caracterización sociodemográfica y datos de los niños, en una escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar y Escala de Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (Bertolazi et. al, 2011).

Resultados:

Se concluye que el 52.7% de los niños fue clasificada como que tienen una buena calidad del sueño, mientras que el 47.3% mala calidad; 88.3% de los niños tardar en dormirse entre 16 a 30 minutos; 38% duermen el tiempo necesario para su edad (≥ 10.30 horas por día) (Cordeiro, 2015) y el 88.3% duermen entre 9.30 y 10.30 horas, de los cuales el 38.5% engloban las edades comprendidas entre 3 y 4 años y el 49.8% entre los 5 a 6 años; el 84% representan una eficiencia habitual en el sueño igual al 85%; en el 75.4% de los niños existe una perturbación del sueño al menos una vez por semana; el 97.5% no usan medicación para dormir y el 76.6% no reflejan disfunción diurna.

Discusión:

Los datos obtenidos en este estudio, muestran que la calidad del sueño de los niños es buena, pese a ello existen aspectos preocupantes por lo que es necesario intervenir en la educación de los padres y la comunidad educativa pre-escolar, en lo que respeta a los hábitos del sueño e implicaciones en la salud. Es importante aconsejar horarios regulares de sueño y establecer rutinas facilitadoras de buen sueño en los niños, utilizando refuerzos positivos.

Palabras clave: sueño; niño; preescolar; calidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bertolazi, A. et. al. (2011). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburg Sleep Quality Index. *Sleep Med*, 12 (1), 70-5.

Cordeiro, M. (2015). *Dormir tranquilo*. Lisboa. A esfera dos Livros.

Duarte, J. C. (2008). *Privação do sono, Rendimento Escolar, Equilíbrio Psico-Afetivo na Adolescência*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19371/6/ndices.pdf>

Rangel, M., Batista, C., Pitta, M. J., Anjo, S. & Leite, A.L. (2015). Qualidade de sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal. *Rev. Por. Med. Geral e Fam.*, (31) 4, 256-64.

POSTER 91**AUTORES/AUTHORS:**

ÁNGEL GARCÍA CASADO, HILARIO HERNÁNDEZ OVEJERO, ROCÍO LLORET CHAO, SARA DEL CASTRILLO TORRIJOS, ROSA BONONAT PELLICER, OSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ

TÍTULO/TITLE:

Conductas y conocimientos de los adolescentes respecto al consumo de tabaco mediante la pipa de agua

Introducción y objetivos: El porcentaje de la población fumadora ha experimentado un notable descenso en los últimos años, en parte debido a las medidas restrictivas impuestas en la Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Sin embargo, han surgido nuevas formas de consumo de tabaco, como son el cigarrillo electrónico y el consumo a través de la pipa de agua, con menor percepción de riesgo por parte de la población que las utiliza. El objetivo de este estudio es analizar los hábitos de consumo de los adolescentes que fuman en pipa de agua y valorar su conocimiento sobre los efectos nocivos de esta modalidad de consumo de tabaco.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional con empleo de encuesta de elaboración propia a adolescentes que cursaban estudios de 3º y 4º de la ESO en varios institutos de Educación Secundaria del municipio de Madrid.

Resultados y discusión: 111 adolescentes participaron en el estudio, de los que un 20% señalaron que fumaban actualmente o habían fumado con una pipa de agua. Sin embargo, de éstos, el 36,5% señaló que no había fumado nunca al no considerar la pipa de agua como una herramienta de consumo de tabaco. Entre los 14 y los 15 años se triplica el número de personas que se inician en el consumo de tabaco y un 60% de ellos lo hacen mediante la pipa de agua. Más de la mitad de las personas afirman que la pipa de agua no produce enfermedades o lo desconocen.

Implicaciones para la práctica clínica: Los adolescentes no conocen los efectos nocivos de fumar en pipa de agua. Hay más adolescentes que fuman con pipa de agua que con cigarrillos convencionales, y se utiliza principalmente con fines recreativos y de socialización. Los padres son más permisivos con la pipa de agua que con los cigarrillos convencionales, sin considerar que puede constituir una forma de iniciación al tabaquismo. Los profesionales de Enfermería, especialmente desde el ámbito de la Atención Primaria, deben educar a la población en el riesgo del uso de la pipa de agua, así como alertar a las personas que potencialmente pueden utilizarla sobre sus efectos nocivos para la salud.

PALABRAS CLAVE: pipa de agua, adolescentes, motivación, patología respiratoria

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Regidor E, Gutiérrez Fisac JL. Patrones de mortalidad en España, 2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.
2. Gutiérrez-Fisac JL, Suárez M, Neira M, Regidor E. Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España, 2001-2011/12. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.
3. Brian A. Primack, Ariel Shensa, Kevin H. Kim. Waterpipe Smoking Among U.S. University Students. *Nicotine Tob Res.* Jan 2013; 15(1): 29–35.
4. Elie A Akl, Jawad Mohammed, Wai Yim Lam. Motives, beliefs and attitudes towards waterpipe tobacco smoking: a systematic review. *Harm Reduction Journal* 2013, 10:12.
5. Smith-Simone S, Maziak W, Ward KD, Eissenberg T: Waterpipe tobacco smoking: Knowledge, attitudes, beliefs, and behavior in two US samples. *Nicotine Tob Res* 2008, 10(2):393-398.
6. Jawad Mohammed, Khaki Husain, Hamilton Fiona: Shisha guidance for GPs: eliciting the hidden history. *Br J Gen Pract.* Feb 2012, 62(595): 66-67
7. Tamim H, Musharrafieh U, El Roueihb Z, et al. Exposure of children to environmental tobacco smoke (ETS) and its association with respiratory ailments. *J Asthma* 2003; 40:571-6.
8. Habib M, Mohamed MK, Abdel-Aziz F, et al. Hepatitis C virus infection in a community in the Nile Delta: risk factors for

seropositivity. Hepatology 2001;33:248-53

9. American Lung Association. Hookah Smoking: A Growing Threat to Public Health Issue Brief. Smokefree Communities Project, 2011 [accessed 2013 Dec 17].
10. Feng BJ, Khyatti M, Ben-Ayoub W, et al. Cannabis, tobacco and domestic fumes intake are associated with nasopharyngeal carcinoma in North Africa. Br J Cancer 2009;101:1207-12.
11. Shihadeh Alan, Salman Rola, Eissenberg Thomas. Does switching to a tobacco-free waterpipe product reduce toxicant intake? A crossover study comparing CO, NO, PAH, volatile aldehydes, tar and nicotine yields. Food Chem Toxicol. May 2012; 50(5): 1494-1498.
12. Radwan GN, Mohamed MK, El-Setouhy M, et al. Review on water pipe smoking. J Egypt Soc Parasitol 2003; 33:1051-71.
13. Caroline O. Cobb, KamarSahmarani, Thomas Eissenberg, Alan Shihadeh: Acute toxicant exposure and cardiac autonomic dysfunction from smoking a single narghile waterpipe with tobacco and with a "healthy" tobacco-free alternative. Toxicol Lett. Nov 23, 2012; 215(1): 70-75.

POSTER 92**AUTORES/AUTHORS:**

Clara Aquino Marín , Mayra Selene Ozuna Espinosa, Alfonso Muñoz López, Feliciano Martínez de la Rosa, Isabel Domínguez-Sánchez, Marta Lima-Serrano, Joaquín Salvador Lima-Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes. Revisión Sistemática

OBJETIVOS

La adolescencia es una fase de descubrimiento en la que suelen darse prácticas de riesgo como el consumo de sustancias. El consumo temprano podría conllevar trastornos por uso de sustancias, problemas académicos y conductas violentas. Se propone localizar la evidencia científica existente sobre factores asociados al consumo de drogas en adolescentes, para responder a la pregunta: ¿Qué factores presentes en la adolescencia actúan como riesgo o protección frente al consumo de drogas consideradas legales y a la transición al consumo de otras drogas?

MÉTODO

Revisión sistemática siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA, en las bases de datos PUBMED, WOS, CINHAL y SCOPUS, para localizar artículos publicados en los últimos 5 años; en inglés, español o portugués; con calidad metodológica moderada o alta. Se utilizó el instrumento CASPe para los estudios cualitativos y experimentales. El proceso de selección tuvo dos fases, en primer lugar mediante la lectura de título y resumen, y posteriormente la evaluación de la calidad metodológica y lectura de texto completo de los seleccionados. Dos investigadores independientes consensuaron decisiones.

RESULTADOS

Se seleccionaron 14 artículos. Los estudios observacionales descriptivos son los más numerosos, así como los desarrollados en países nórdicos europeos, Estados Unidos y Corea. Los tamaños muestrales oscilaron entre 189 y 114.000 participantes. La recogida de datos fue principalmente por entrevista estructurada.

La edad de inicio de consumo es cada vez es más temprana, asociado a factores de riesgo y de protección que pudieran ser individuales, familiares y contextuales

Los principales factores de riesgo individuales fueron sexo masculino para la mayoría de las sustancias y femenino para fármacos sedantes, bajo rendimiento académico, problemas de salud mental y consumo propio de alcohol y/o tabaco. Los factores familiares son estilo educativo autoritario y negligente, baja formación académica de los padres, consumo de drogas por familiares, baja situación socio-económica familiar, vivir en un hogar grande y violencia doméstica. Por último como factores contextuales el frágil contexto socio-familiar, la falta de opciones de ocio y recreo, y presión de iguales.

Los principales factores de protección fueron como individuales mayor edad, buen rendimiento académico, buena calidad de las relaciones paterno-filiares y no consumo de sustancias. Los factores familiares son estilo educativo familiar indulgente, buena formación académica de los padres, no consumo de drogas por familiares, situación socio-económica familiar media, hogar de tamaño estándar y familia biparental. Como factores contextuales buen contexto familiar y social, existencia de ocio y recreo, cultura asiática e iguales no consumidores.

Como factores asociados a la transición del consumo de drogas legales a ilegales, destacaron factores familiares como apoyo parental, participación de los padres en la escuela, actitudes positivas en la escuela y eficacia escolar del adolescente.

El policonsumo adolescente fue un predictor significativo de riesgo para la salud, uso de varias drogas y dependencia en la edad adulta. La "hipótesis de puerta de enlace" propone que el uso de sustancias lícitas (ej. tabaco o alcohol), va seguido del uso de marihuana y sustancias ilícitas como la cocaína o la heroína. Una constante en la teoría es que el inicio temprano en el consumo conduce a consecuencias negativas, como trastornos por consumo de sustancias, dependencia, problemas académicos y conductas delictivas, incluyendo el comportamiento criminal y violento.

DISCUSIÓN

Existe un alto porcentaje de adolescentes que fuman, consumen alcohol y otras sustancias, con edad de inicio cada vez más temprana, ocasionando graves consecuencias para él mismo, su familia, amigos, y la sociedad en general. Diferentes factores pueden actuar como riesgo o protección, y contribuir o dificultar el tránsito a otras sustancias.

El afecto, dialogo, apoyo e implicación de educadores y padres, sin estilos de imposición y severidad, son esenciales para un desarrollo personal equilibrado y sano, protegiendo de conductas peligrosas. El contexto socio-cultural donde el niño crece también

es importante como determinante de su conducta, tendiendo a ser más positiva cuanto más enriquecedor y menos conflictivo sea este contexto.

Existe una necesidad de desarrollo teórico que conceptualice los determinantes longitudinales de las transiciones de conductas de uso de sustancias.

Los resultados de este estudio pueden ser de utilidad para profesionales, docentes, adolescentes, familiares y responsables de planificar políticas de prevención para evitar factores de riesgo y promocionar aquellos protectores frente al consumo de sustancias en estas edades.

Se resalta la necesidad de estrategias educativas en salud enfocadas a adolescentes, padres y educadores, con metodologías más inclusivas y lúdicas, estimulando la reflexión crítica acerca de situaciones de riesgo y vulnerabilidad relacionadas con el consumo de sustancias. Las taxonomías enfermeras incluyen diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones que pueden fomentar la prevención del consumo en adolescentes y promocionar los factores de protección.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Barry, A., King, J., Sears, C., Harville, C., Bondoc, I., & Kessy J. (2015). Prioritizing alcohol prevention: Establishing alcohol as the gateway drug and linking age of first drink with illicit drug use. *Journal of School Health*, 86, 31-38.
- Fuentes, M., Alarcón, A., García, F., & Gracia, E. (2015). Use of alcohol, tobacco, cannabis and other drugs in adolescence: Effects of family and neighborhood. *ANALES DE PSICOLOGÍA*, 31, 1000-1007.
- Hodder, K., Freund, M., Bowman, J., Wolfenden, L., Gillham, K., Dray, J., & Wiggers, J. (2016). Association between adolescent tobacco, alcohol and illicit drug use and individual and environmental resilience protective factors. *BMJ OPEN*, 6.
- Kokkevi, A., Kanavou, E., Richardson, C., Fotiou, A., Papadopoulou, S., Monshouwer, K., Matias, J., & Olszewski, D. (2014). Polydrug Use by European Adolescents in the Context of Other Problem Behaviours. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31, 323-341.
- Kouyoumdjian, C., Guzmán, B., & León, N. (2015). Lifetime use of cigarettes, alcohol, marijuana and inhalants in latino early adolescents. *Journal of ethnicity in substance abuse*, 14, 113-132.
- Madrugá, CS., Laranjeira, R., Caetano, R., Zaleski, M., & Ferri, CP. (2012). Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil--a national survey. *Addict Behaviors*, 37, 1171-1175.
- Mistry, R., Heinze, J., Cordova, D., Heish, H., Goldstick, J., Ayer, S., & Zimmerman, M. (2015). Transitions in Current Substance Use from Adolescence to Early-Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 44, 1871-1883.
- Park, S., & Kim, Y. (2016). Prevalence, correlates, and associated psychological problems of substance use in Korean adolescents. *BMC PUBLIC HEALTH*, 16.
- Tahiraj, E., Cubela, M., Ostojic, L., Rodek, J., Zenic, J., Sekulic, D., & Lesnik, B. (2016). Prevalence and factors associated with substance use and misuse among kosovar adolescents; cross sectional study of scholastic, familial-, and sports-related factors of influence. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 13.
- Zarrouq, B., Bendaou, B., El Asri, A., Achour, S., Rammouz, I., Aalouane, R., Lyoussi, B., Khelafa, S., Bout, A., Berhili, N., Hlal, H., Najdi, A., Nejari, C., & El Razhi, K. (2016). Psychoactive substances use and associated factors among middle and high school students in the North Center of Morocco: a cross-sectional questionnaire survey. *BMC Public Health*, 16.

POSTER 93**AUTORES/AUTHORS:**

ISABEL LEPIANI, ANNA BOCCHINO, MARIA DUEÑAS, M. JESUS MEDIALDEA

TÍTULO/TITLE:

COINTEGRACIÓN ESCOLAR DE LOS ADOLESCENTES INMIGRANTES: ANÁLISIS SOBRE EL PREJUICIO ÉTNICO Y EL PROCESO DE ACULTURACIÓN

OBJETIVOS

Con este proyecto pretendemos analizar la situación educativa y social de los adolescentes inmigrantes de primera y segunda generación en las escuelas de Educación Secundaria en la ciudad de Cádiz. Principalmente, pretendemos conocer las actitudes y estrategias de aculturación preferidas tanto por parte de los estudiantes autóctonos como inmigrantes, determinar la influencia de los distintos factores psicosociales que pueden afectar a esas relaciones como el prejuicio y la aculturación y diseñar y aplicar medidas de intervención social para la gestión de las diferencias y la lucha contra la discriminación en las aulas.

METODOLOGÍA

Para conseguir los objetivos anteriormente reseñados se eligió un diseño de investigación multimétodo o mixto en fases.

- Fase o enfoque cuantitativo. Interesado en el grado de magnitud presente en un determinado fenómeno cuantificable y en la que se utilizaron cuestionarios específicos para la medición de las variables a explorar.
- Fase o enfoque cualitativo. Centrado en la exploración de los significados, cualidades, de un determinado fenómeno y de su recepción para lo que se aplicaron técnicas de Grupos Focales.

A través del modelo de triangulación, denominado así por Denzin, y Licon (2000), realizamos la integración metodológica (Investigación multimétodo Cuantitativa-Cualitativa).

El procedimiento estuvo dividido en tres etapas:

1. De carácter exploratorio, examinó los procesos de aculturación, los niveles de prejuicio étnico (manifiesto y sutil) de educación secundaria en Cádiz.
2. Puesta en marcha de un programa de intervención basado en el análisis de las competencias tanto sociales como culturales, utilizando como herramienta el juego cooperativo, aptos para favorecer la integración escolar y social de los adolescentes inmigrantes.
3. Evaluación de la efectividad del programa de intervención (mediante post-test).

RESULTADOS

Este estudio ha reunido una muestra total de 186 alumnos de Enseñanza Secundaria Obligatoria (84,4% de origen español y un 15,6% de procedencia extranjera) en cinco centros educativos de Cádiz capital.

- En general los alumnos presentaron actitudes prejuiciosas encubiertas tendiendo a situarse en la opción que supone un mayor grado de mantenimiento y adaptación cultural, presentando reacciones emocionales cuando observan o aprenden acerca de experiencias discriminatorias y emociones de personas o compañeros con diferentes orígenes étnicos.
- La mayoría de los estudiantes conciben la integración como un proceso adaptativo unilateral, protagonizado casi exclusivamente por el alumno inmigrante y caracterizado por la aculturación.
- La mayoría de sus discursos estuvieron encaminados a Prejuicio "Sutil" más que a un prejuicio "Manifiesto".

CONCLUSIÓN E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

El programa de intervención con el colectivo inmigrante se centrará en el fomento y la promoción de la co-integración (inmigrantes / autóctonos) para la promoción de la salud considerando esta como el estado de bienestar físico, mental y social. La intervención

educativa de enfermería, se considera el conjunto de actividades de apoyo educativo que a través del método de ayuda enseña y proporciona los conocimientos adecuados sobre una determinada temática. Consideramos que es necesario investigar en el ámbito educativo para ayudar y motivar las personas a luchar en contra de los estereotipos y prejuicios sociales cosa que posiblemente sin este apoyo educativo no podrían hacerlo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Berry, J. W., Phinney, J. S., Sam, D. L., & Vedder, P. (2006). Immigrant youth: Acculturation, identity, and adaptation. *Applied psychology*, 55(3), 303-332.

Berry, J.W. (2008). Globalisation and acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*, 32 (4), 328-336.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. (2000). *Qualitative research*. Thousand Oaks ua, 413-427.

Dovidio, J.F.; Hewstone, M.; Glick, P. & Esses, V. M. (2010). Prejudice, stereotyping, and discrimination: Theoretical and empirical overview. *Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Enesco, I., Guerrero, S., Solbes, I., Lago, O., & Rodríguez, P. (2009). El prejuicio étnico-racial. Una revisión de estudios evolutivos en España con niños y preadolescentes españoles y extranjeros. *Cultura y Educación*, 21(4), 497-515.

Essomba, M.A. (2007). Alumnado de familia extranjera e igualdad de oportunidades en educación. El complejo laberinto hacia la equidad. En M. A. Alegre y J. Subirats. *Educación e inmigración: nuevos retos para España en una perspectiva comparada* (pp. 34-52). Madrid: CIS, (Centro de Investigaciones Sociológicas).

Eurydice (2009). *La integración escolar del alumnado inmigrante en Europa. Medidas para fomentar la comunicación con las familias inmigrantes y la enseñanza de las lenguas de origen del alumnado inmigrante*. Documento publicado por la Agencia Ejecutiva en el Ámbito Educativo, Audiovisual y Cultural, Eurydice, Comisión Europea.

POSTER 94**AUTORES/AUTHORS:**

Pablo Fernández-León, Joaquín Salvador Lima-Rodríguez, Isabel Domínguez-Sánchez

TÍTULO/TITLE:

Influencia de los estilos educativos parentales sobre el sentido de coherencia de los adolescentes. Revisión sistemática

OBJETIVOS

El sentido de coherencia (SOC) ha sido estudiado como predictor de buenos resultados en salud y factor relevante para explicar el desarrollo y el mantenimiento de la salud mental, calidad de vida y el ajuste psicosocial a lo largo del ciclo vital. La familia parece ser uno de los contextos más influyentes en la construcción del sentido de coherencia de los adolescentes, dentro de la cual destaca en esta etapa los estilos educativos que los padres desarrollan.

Se propuso con este trabajo conocer el estado del conocimiento acerca de la influencia de los estilos educativos parentales sobre el SOC de los adolescentes. Se pretende responder a la pregunta: ¿Qué estilos educativos se relacionan con mejores niveles de SOC de los adolescentes y qué estrategias lo favorecen?

MÉTODO

Revisión sistemática siguiendo la Declaración PRISMA, en PubMed, Scopus, WOS, PsycINFO, CINAHL y LILACS y en listas de referencia, utilizando descriptores DeCS y MeSH. Criterios de inclusión: artículos originales, publicados en los últimos cinco años, en inglés, español o portugués, relacionados con los objetivos del estudio y con una calidad metodológica moderada-fuerte. En la primera fase se seleccionaron los estudios según título y resumen, posteriormente según texto completo y calidad metodológica (se utilizaron los instrumentos STROBE y CASPe). El proceso de búsqueda y selección lo realizaron dos investigadores independientes que llegaron a consensos.

RESULTADOS

Se seleccionaron 14 estudios, la mayoría desarrollados en Estados Unidos, escritos en inglés, con tamaños muestrales entre 42 y 7580 participantes, y diseño observacional transversal. Dada la heterogeneidad, se sintetizan los resultados en dos categorías.

1. Relaciones entre los estilos educativos parentales y el SOC de los adolescentes. Los estilos se relacionaron con la calidad de vida de los adolescentes en sus dimensiones bienestar físico y psicológico, inclusión social y autodeterminación. Estilos educativos parentales que utilizan el maltrato físico o psíquico como estrategia de crianza se relacionan con adolescentes con bajo autoconcepto y resiliencia para afrontar situaciones de maltrato y otros problemas, también con conductas suicidas. Los estilos indulgente y autoritativo o democrático se asocian con mejor autoconcepto y un menor desajuste psicológico, presentando menos conductas de hostilidad/agresión, autoestima y autoeficacia negativa, inestabilidad emocional, visión negativa del mundo e incluso consumo de sustancias.

2. Intervenciones destinadas a mejorar estilos educativos. Los diferentes estudios examinaron la eficacia de intervenciones con enfoques de intervención familiar conductual, mejora de habilidades parentales, supervisión o comunicación. Crianza positiva, fomento de la comunicación padres/hijos, monitoreo/vigilancia de los adolescentes, relaciones positivas y disciplina asertiva se asocian a mejor resiliencia, adaptabilidad, autoconcepto de los hijos adolescentes, mejor ajuste escolar, menor desajuste psicológico y adquisición de conductas de promoción de salud.

DISCUSIÓN

La mayoría de estudios recogen datos sobre los estilos educativos parentales y su influencia en determinados factores que aumentan el SOC de los adolescentes, pero no hablan directamente de la relación entre estos estilos y los niveles de SOC de los jóvenes. Esto puede deberse a que la investigación sobre salutogénesis y SOC es muy joven y, particularmente en España, se encuentra en sus inicios. No obstante, los resultados coinciden con ese papel prometedor otorgado al SOC en el ámbito de la promoción de la salud y proporcionan información valiosa sobre factores implicados en su desarrollo.

El SOC actúa como vía para entender el afrontamiento exitoso de los individuos ante las demandas y estresores de la vida. Un número importante de investigaciones ha confirmado el potencial del SOC como predictor de buenos resultados en salud y su relación con la salud mental, consumo de sustancias, ajuste psicosocial, estilos de vida saludables y la calidad de vida. Además, existe evidencia sobre la importancia de los estilos parentales sobre el desarrollo de SOC en sus hijos, siendo los estilos indulgente y el autoritativo o democrático los que asocian con mejores niveles de SOC en adolescentes.

Los resultados de este estudio pueden resultar útiles para mostrar la importancia de desarrollar estrategias o intervenciones conductuales dirigidas a los progenitores entre las que destacan la crianza positiva y la disciplina asertiva, que se relacionan con un

afrontamiento exitoso de los individuos ante las demandas y estresores de la vida y podrían ser desarrolladas por las enfermeras dentro de las intervenciones [8300] Fomentar el rol parental y [8272] Fomentar el desarrollo: adolescentes.

El trabajo expuesto abre la puerta a futuras investigaciones que permitan valorar la relación de distintas variables tanto con los estilos educativos parentales como con el sentido de coherencia de los adolescentes, contribuyendo así al estudio de la familia y la promoción de la salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(5):376-81.
- Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(11):938-44.
- Evans WP, Marsh SC, Weigel DJ. Promoting adolescent sense of coherence: Testing models of risk, protection, and resiliency. *J Community Appl Soc Psychol*. 2009;20:30-43.
- Lima-Rodríguez JS, Lima-Serrano M, Sáez-Bueno A. Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enferm Clin* 2009;19:280-3.
- Sanavi FS, Baghbanian A, Shovey MF, Ansari-Moghaddam A. A study on family communication pattern and parenting styles with quality of life in adolescent. *J Pak Med Assoc*. 2013;63(11):1393-8.
- García-Moya I, Rivera F, Moreno C, López A. Calidad de la relación entre los progenitores y sentido de coherencia en sus hijos adolescentes. El efecto de mediación de la satisfacción familiar. *An psicol*. 2013;29(2):482-90.
- Tharp AT, Noonan RK. Associations between three characteristics of parent-youth relationships, youth substance use, and dating attitudes. *Health Promot Pract*. 2012;13(4):515-23.
- Merianos AL, King KA, Vidourek RA, Nabors LA. Recent Alcohol Use and Binge Drinking Based on Authoritative Parenting Among Hispanic Youth Nationwide. *J Child Fam Stud*. 2015;24(7):1966-76.
- Clark HK, Shamblen SR, Ringwalt CL, Hanley S. Predicting high risk adolescents' substance use over time: the role of parental monitoring. *J Prim Prev*. 2012;33(2-3):67-77.
- Lawman HG, Wilson DK. Associations of social and environmental supports with sedentary behavior, light and moderate-to-vigorous physical activity in obese underserved adolescents. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014;11:92.
- Kim HS, Park J, Park KY, Lee MN, Ham OK. Parent Involvement Intervention in Developing Weight Management Skills for both Parents and Overweight/Obese Children. *Asian Nurs Res*. 2016;10(1):11-17.
- St George SM, Wilson DK, Schneider EM, Alia KA. Project SHINE: effects of parent-adolescent communication on sedentary behavior in African American adolescents. *J Pediatr Psychol*. 2013;38(9):997-1009.
- Feldt T, Kokko K, Kinnunen U, Pulkkinen L. The role of family background, school success, and career orientation in the development of sense of coherence. *Eur Psychol*. 2005;10:298-308.

POSTER 97**AUTORES/AUTHORS:**

Juan Antonio Martinez Martinez, Alfredo Yoldi Arrieta, Jon Lizarazu Echeverria, Haizea Turrillas Isasi, Ioana Croitoru, Itziar Lopetegui Larruskain, Aitor Aranegi Ugarteburu, Alicia Torres Gonzalez, Amets Urola Aranzabe

TÍTULO/TITLE:

Eficacia del seguimiento no presencial mediante la carpeta de salud en pacientes que inician tratamiento esteroideo.

Objetivo

Mejorar la calidad de vida y confianza de los pacientes diabéticos ya insulinizados o que inician la insulinización durante su ingreso en el proceso de ajuste de la dosis de insulina evitando complicaciones agudas como hipoglucemias e hiperglucemias severas así como consultas presenciales y desplazamientos en un área sanitaria dispersa.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo.

Carpeta de salud es la herramienta que ofrece nuestro programa asistencial Osabide Global para que el usuario pueda entrar en su historia clínica cumpliendo los requisitos de confidencialidad.

Nuestra población diana son pacientes diabéticos ya insulinizados o que inician la insulinización durante su ingreso hospitalario que tras un tratamiento esteroideo a dosis decrecientes precisan ayuda para el ajuste de la dosis o suspensión de la insulino terapia.

Tras la firma del consentimiento informado e instrucción a los pacientes o familiares en el manejo de carpeta de salud estos realizaron sus consultas enviando los perfiles glucémicos al endocrinólogo, sin consultas presenciales, de forma ágil y eficaz a demanda de los pacientes, con un mínimo de una comunicación semanal.

Se midieron como resultados Hipoglucemias e hiperglucemias severas, mejorar la calidad de vida mediante un cuestionario, y evitar consultas presenciales y desplazamientos en un área sanitaria dispersa.

Se realizó el seguimiento de 25 pacientes diabéticos que precisaron tratamiento con esteroides de los cuales 16 no se inyectaban insulina previamente. El perfil de paciente de nuestra cohorte es un varón de edad media 71 años y con enfermedad oncológica. El seguimiento medio de los pacientes ha sido de 6 semanas y el número medio de consultas por paciente ha sido 4.

Resultados

De los 25 pacientes que iniciaron el tratamiento con esteroides 3 de ellos no lo pudieron suspender por persistir la patología oncológica. El resto, ha seguido una terapia esteroidea con dosis decrecientes de corticoides hasta su suspensión.

En los pacientes previamente no insulino dependientes, pudo suspenderse la insulino terapia en 13 de ellos. 3 pacientes continuaron con insulina por mal control a pesar de la suspensión de los corticoides.

El número de hipoglucemias registrado por los pacientes ha sido escaso, en general el control durante la cortico terapia permanecieron en niveles de glucemia superiores a 150 mg/dl. Se documentaron 9 hipoglucemias leves y ninguna severa.

No se ha registrado ningún caso de cetoacidosis diabética ni descompensación hiperosmolar.

Los resultados más importantes de nuestro trabajo creemos que quedan reflejados en el cuestionario de satisfacción que realizaron los pacientes al terminar su seguimiento en el cual los 5 ítems consultados salen valorados muy positivamente.

En cuanto a las consultas presenciales evitadas según la frecuencia que este tipo de ajuste precisería hemos evitado 2 consultas presenciales por paciente, 50 en total.

Conclusión

La carpeta de salud es una herramienta que mejora la calidad de vida y confianza de los pacientes en el proceso de ajuste de la dosis de insulina sin aumentar las complicaciones como hipoglucemias e hiperglucemias severas. Además evita consultas presenciales y desplazamientos en un área sanitaria dispersa.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-Instrumentos específicos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la diabetes mellitus tipo 2 disponibles en España. Sanchez Lora FJ, Tellez Santana T, Gijón Trigueros A.

Med Clin 2010; 35:658-64.

-Management of diabetes and hyperglycemia in hospitals. Clement S, Braithwaite SS, Magee MF et als.

Diabetes Care 2004; 27(9):2272-7.

POSTER 100**AUTORES/AUTHORS:**

Alfonso Buenaventura Florit, Raquel Ariño Ferrer, Silvia Obarrio Fernández, María del Carmen Domínguez Castro, Pilar Borràs Pons, Celia Ferreiro Veiga, Juana Previ Anglada

TÍTULO/TITLE:

IMPACTO EMOCIONAL EN PERSONAS CON OSTOMÍAS DIGESTIVAS Y/O UROLÓGICAS CON LA IMPLANTACIÓN DE UN GRUPO DE AUTOAYUDA

El Área de Salud de Menorca (ASM), perteneciente a la 2ª cohorte de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados, ha implantado la Guía de Práctica Clínica (GPC): Cuidado y Manejo de la Ostomía.

La ostomía se refiere a un procedimiento quirúrgico cuyo resultado es la derivación externa de las heces y la orina a través de un estoma abdominal (1). Desde el inicio de la implantación de la GPC, desde Enero de 2015 hasta Mayo de 2017, solo un 17,95% de las personas han sido portadoras de una ostomía temporal o han fallecido, por lo que el número de personas con una ostomía definitiva asciende a 82,05%.

Las cirugías, cuyo resultado es una ostomía, son procedimientos que alteran en gran medida la imagen corporal y que requieren un proceso de duelo. Ello hace que la persona recientemente ostomizada perciba la situación como una amenaza a su integridad física y a su estilo de vida (2). Por ello, hemos visto la necesidad de implantar un grupo de autoayuda (GdA) específico, entendiendo el GdA como un foro donde, los individuos que comparten un problema o situación similar, ventilan emociones y sentimientos, intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo (3); estos ayudan al ostomizado a asumir los cambios en su imagen corporal y a hacer frente al nuevo estilo de vida al ofrecer un ambiente de aceptación y de respeto mutuo (4).

OBJETIVOS

Definir el grado de satisfacción de los asistentes a las reuniones del GdA. Analizar sus perfiles. Determinar el nivel de asistencia. Conocer los temas tratados más recurrentes y los menos.

MÉTODO

Es un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo. La recogida de datos se realiza mediante una encuesta para cada asistente al final de cada sesión. Éstas se conforman de 6 preguntas abiertas y cerradas dicotómicas.

RESULTADOS

Un 17.07% de los ostomizados del ASM acuden a las reuniones del GdA; un 75% son varones y un 25% mujeres, con una edad media de 70.01 años. Un 55.55% son portadores de una colostomía, un 22,22% de una ileostomía y el resto de una urostomía. El cónyuge es el acompañante principal, siendo solo un 12,5% los que acuden solos. El 100% de los asistentes han repetido en más de una ocasión, encontrando positiva, en un 100% de los casos, la asistencia a dichas reuniones y quedando resueltas todas sus dudas. Los temas más hablados se centran en problemas con los dispositivos (fugas, olores), el aseo personal (baños públicos) y el baño en mar o piscina. En cambio, el tema más evitado es la sexualidad.

DISCUSIÓN

Desde la puesta en marcha del GdA, hemos observado que las personas avanzan, más rápidamente, por las fases del duelo y en la aceptación de la ostomía cuando interactúan con otros que han tenido experiencias similares y con sus acompañantes. Los GdA para ostomizados suponen un recurso importante dentro de la readaptación a la vida diaria, creando vínculos sólidos, mejorando su autoestima y la capacidad para ser autónomos, generando a su vez nuevas perspectivas de futuro. El poder, no solo compartir problemas sino, ofrecer las herramientas de cómo enfrentarse a diferentes situaciones desde la experiencia, supone una fuente inagotable de recursos. Asistir a un GdA proporciona una atmósfera de aceptación, una sensación de ser capaz de hacer frente a cualquier temor, y el respeto mutuo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Kozell, K.; Abrams, H.; Barton, P.; Bauer, N.; Best, R.; Bruton K. et al. Cuidado y manejo de la ostomía [Internet]. Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.; 2009 [citado 26 de mayo de 2017]. p. 120. Recuperado a partir de: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomia_-_Guia_de_buenas_practicas_en_enfermeria.pdf
2. Matrn Muñoz, B.; Montesinos Gálvez, A. C. Ayuda emocional entre pacientes ostomizados. Biblioteca las casas-Fundación index [Internet]. 2011 [citado 26 de mayo de 2017];7(2). Recuperado a partir de:

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0600.pdf>

3. Mendoza Martínez, L.; Caro López, E. Manual de grupos de autoayuda. Sugerencias para organizar, establecer y dirigir grupos de autoayuda. [Internet]. México, D.F: Corporación Mexicana de Impresión, S.A. de C.V. (COMISA). 1999 [citado 26 de mayo de 2017]. p. 33. Recuperado a partir de: http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/manual_de_grupos_de_autoayuda.pdf
4. Gómez del Río, N.; Mesa Castro, N.; Carballo Castro, C.; Fariña Rodríguez, A.; Huertas Clemente, M.; Gutiérrez Fernández, Y. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. ENE Revista de Enfermería [Internet]. 2013 [citado 10 de mayo de 2017];7(3). Recuperado a partir de: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/279>

POSTER 103**AUTORES/AUTHORS:**

Ane Miren Pelayo Díez

TÍTULO/TITLE:

Educación sanitaria en la atención a crónicos: abordaje individual versus grupal.

OBJETIVOS

Objetivos generales

Determinar la importancia del abordaje individual frente al grupal en la educación sanitaria en pacientes diabéticos.

Objetivos específicos

Determinar la importancia del papel de enfermería en la educación sanitaria a pacientes crónicos frente a la intervención por parte de otros profesionales.

Analizar la mejora de parámetros bioquímicos (HbAc, LDL, HDL) tras una intervención educativa.

Determinar la efectividad de una intervención educativa en el manejo del autocuidado.

Valorar la percepción sobre su propia salud que obtienen los pacientes tras una intervención educativa.

Determinar si el área geográfica a estudio influye sobre el control de la enfermedad.

METODOLOGÍA

La metodología que se ha utilizado es una revisión sistemática.

Pregunta PICO

¿La educación sanitaria grupal, ayuda a prevenir la aparición de complicaciones y a mejorar la adherencia en al tratamiento en pacientes con diabetes, comparado con la educación sanitaria individual?

Se ha realizado la búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos:

PUBMED, Dialnet, Trip database, Google académico, Biblioteca Cochrane

Para lo que se han utilizado los siguientes términos de búsqueda

Enfermedades crónicas, Educación sanitaria, Health education (MESH), Diabetes, tratamiento grupal, tratamiento individual

Se ha llevado a cabo una síntesis narrativa, atendiendo a los patrones que se repiten entre artículos para conseguir los objetivos establecidos. Se han tenido en cuenta: estudios analíticos y descriptivos, protocolos, programas e informes. Además, todos los participantes son mayores de 18 años. Y se trata de artículos con una antigüedad inferior a 15 años. Para valorar la calidad de los artículos se ha utilizado la herramienta CASPE.

RESULTADOS

En aquellas intervenciones llevadas a cabo pro el personal de enfermería de manera independiente se obtiene que en el artículo de Michele Heisler et al. se produce una mejora en todos los parámetros, sin mostrar diferencias intergrupo. En el artículo de Heloísa de Carvalho Torres et al. en la intervención individual no se producen cambios significativos.

En las actuaciones llevadas acabo por un equipo interdisciplinar con la colaboración de enfermería se obtiene en el artículo de Consuelo Ariza Copadoa et al. y M.R. Dalmau Llorca et al., se da una mejora en todos los parámetros a estudio. Respecto al artículo de Aslak Steinsbekk et al. la mejora no es significativa en los parámetros pese a situarse a favor de la educación sanitaria grupal. En el artículo de Yun-Mi Yong et al. se produce un descenso, pero sin existir diferencias entre grupos a estudio. En el artículo de M. L. Lozano et al. se produce un descenso en todos los parámetros observados. En el artículo de Sharon A. Brown et al. se da una mejora en todos los parámetros, obteniendo mejores resultados en aquellos que acudieron a educación grupal.

DISCUSIÓN

1) Respecto a los profesionales intervinientes en la educación sanitaria podemos afirmar una mejora en los parámetros diabéticos en aquellos pacientes que recibieron la educación por parte de un equipo interdisciplinar en los que el personal de enfermería integraba parte del grupo. Para las intervenciones llevadas a cabo por personal de enfermería, el personal médico de manera independiente y un equipo interdisciplinar sin la colaboración de enfermería no se poseen datos suficientes para afirmar una reducción en los parámetros. Aquellos estudios llevados a cabo por personal diferente al sanitario se observa una mejora más

ajustada en los parámetros o la ausencia de cambios destacables. Coincidiendo en la mayoría de los casos que aquellas intervenciones llevadas a cabo en países fuera de Europa o en medios más desfavorecidos (con menos recursos) son llevadas a cabo por personal no sanitario

2) En los artículos que valoran la adquisición de habilidades que mejoran la calidad de vida, en aquellos que compara intervenciones grupales e individuales se muestra una mejoría mayor a favor de los artículos de educación sanitaria grupal. Mientras en aquellos que los compara por separado se muestra mejoría en los dos tipos de intervenciones. En aquellos que comparan la intervención combinada con cualquier otro tipo de intervención se obtienen resultados dispares.

3) En aquellos que se analiza el índice de masa corporal (IMC), en los que se comparan intervenciones de educación sanitaria grupal e individual se obtiene una mejoría a favor de la educación grupal y sin diferencias entre intervenciones en la menor parte de los artículos.

4) Por tanto, ambas intervenciones son efectivas para aplicarlas en el ámbito de la enfermería, la utilización combinada de las mismas tendrá mejor repercusión en el paciente. Siendo una de las principales funciones de enfermería la educación sanitaria en especial en el ámbito de atención primaria, es importante que este profesional dirija su actuación a utilizar técnicas de educación sanitaria para modificar conductas de salud que promuevan el autocuidado, no solo ante la presencia de enfermedad crónica sino cuando esta no ha aparecido evitando la exposición de los usuarios del centro a los posibles factores de riesgo que puedan desencadenar una enfermedad crónica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Milagros Rico-Blázquez, Sheila Sánchez Gómez, Carmen Fuentelsaz Gallego. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enfermería Clínica* 2014;24:44-50. Barcelona, 2013
- (2) Angélica Miguélez-Chamorro, Carmen Ferrer-Arnedo. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. *Enfermería Clínica* 2014;24(1):5---11. Madrid: 2013
- (3) María Dolores García Perea. Eficacia de un programa personalizado de promoción y educación para la salud implementado en dispositivos móviles. Universidad de Sevilla. Sevilla, 2014
- (4) Carmen Ferrer-Arnedo¹; José María Santamaría-García²; Marta Fernández-Batalla³; Rosa Salazar- Guerra. El valor del cuidado de enfermería en el paradigma de la cronicidad y la dependencia. *Investigación y educación en enfermería* vol.32 no.3 Medellín: Sept./Dec. 2014
- (5) Martín Gordo O, Martín Moreno V, Agüero Orgaz D, Martín Fernández A, Coaquira Condori ER, Duce Tello S. [Management of time used to treat the chronic patient: a new approach to improve quality of health care]. *Revista de calidad asistencial: órgano de la Sociedad Española de calidad Asistencia*. Octubre 2014
- (6) Silvia Reboredo-García*, Carolina González-Criado Mateo y Carmen Casal-Llorente. Implantación de un programa de polimedicados en el marco de la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad. *Atención Primaria*. 2014;46(Supl 3):33-40. A coruña, 2014.
- (7) Verónica V. Márquez Hernández, Ana Belén García Castillo, Amor M^a Márquez Hernández, Fernando Magaña Mañas. Educación Sanitaria en Enfermedades Crónicas.
- (8) González-Bustillo M^a Begoña, Ballesteros-Álvaro Antonio Manuel, Otero-López, M^a Carmen, Sánchez-Gómez María Begoña, Duarte-Clímets Gonzalo. Educación para la Salud Grupal o Individual en Diabetes Mellitus. *Evidentia*. 2009 jul-sep; 6(27). Valladolid.
- (9) Consuelo Ariza Copadoa, Vicente Gavara Palomara, Alfonso Muñoz Ureñab, Fuensanta Aguera Menguala, Magdalena Soto Martíneza y José Ramón Lorca Serraltaa. Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 tras una intervención conjunta: educación diabetológica y ejercicio físico. *Atención Primaria*. 2011;43(8):398-406. Murcia. Julio 2010

(10) M.R. Dalmau Llorca, G. García Bernal, C. Aguilar Martín y A. Palau Galindo. Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. *Atención Primaria* 2003;32(1):36-41. Tarragona. 2003.

POSTER 104**AUTORES/AUTHORS:**

João Duarte, Luis Boto, Manuela Ferreira, Claudia Chaves, Lidia Cabral, Amadeu Gonçalves, Paula Nelas, Emilia Coutinho, Daniel Silva

TÍTULO/TITLE:

Adherencia al tratamiento en personas con diabetes tipo 2: variables socio-demográficas, clínicas y estilos de vida

Objetivos: La diabetes mellitus tipo 2 es una de las grandes epidemias mundiales del siglo XXI y constituye un problema de salud pública. En Portugal la prevalencia es de 13,0% para esta patología, la más alta de Europa, está asociada a cambios culturales y sociales, envejecimiento de la población, avances en el tratamiento de la enfermedad, creciente urbanización, alteraciones alimentarias, reducción de la actividad física, estilos de vida no saludables y otros patrones de comportamiento. Se busca determinar la prevalencia de la adherencia a la terapéutica e identificar las variables sociodemográficas, clínicas y estilos de vida, que influyen la adherencia terapéutica de la persona con diabetes tipo 2.

Métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo-correlacional compuesto por 181 participantes con una edad promedio de 72.65 años (± 11.56 sd), mayoritariamente del sexo femenino (56,9%). En la selección de muestreo se utilizó la técnica de bola de nieve y en la recogida de datos se utilizó un cuestionario de caracterización sociodemográfica, y la escala de adhesión al tratamiento (MAT) de Morisky, Green y Levine (1986).

Resultados: En promedio, el 68.5% de los participantes en el estudio se adhieren al tratamiento con índices medios más elevados para el género femenino (promedio = 71.28%) pero sin significancia estadística ($t = -1.282$; $p = 0.202$), los ancianos (71,4%), con significancia estadística ($\chi^2 = 4.453$; $p = 0.035$), los que viven con un compañero (59.3%) y los de escolaridad intermedia (72.5%) adhieren más a la terapia. Entre las variables clínicas se constató que los participantes que más adhieren a la terapéutica, pero sin significancia estadística, fueron los clasificados con pre-obesidad (44.0%), riesgo metabólico aumentado (53.8%), evaluación regular de la glucemia (62.6%) y tiempo de diagnóstico de la diabetes entre 6 a 12 años (39.6%). En los estilos de vida la adhesión al tratamiento se observa más entre los que hacen 4 a 5 comidas diariamente (60-45%) pero contrariamente a lo que sería esperable, se verificó que adhieren más a la terapéutica los que hacen una alimentación inadecuada (62.6) Y los que no practican ejercicio físico (49.5%) con relevancia estadística en este caso ($\chi^2 = 13.450$; $p = 0.001$).

Discusión: Las evidencias en este estudio no confirmaron la influencia de las variables sociodemográficas clínicas y estilos de vida excepto para la edad y práctica de ejercicio físico en la adhesión al tratamiento lo que está en consonancia con varios estudios internacionales. En relación a la edad, este estudio contraría otros, que sugieren que la edad avanzada aumenta la probabilidad de no adhesión, En cuanto al ejercicio físico existen hoy amplias evidencias del papel protector de la combinación de la actividad física y pérdida de peso, particularmente en la progresión de la diabetes Mellitus tipo 2 en individuos de alto riesgo. A pesar de los resultados confluyen para situaciones menos previsibles es evidente que la toma de la medicación es un comportamiento de salud extremadamente complejo, influenciado por innumerables factores. Desde el punto de vista clínico, la evaluación de la no adhesión, debería incorporarse en la práctica clínica como el sexto signo vital

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Almeida, M. (2013). Motivação e comportamentos de Saúde, relação com a qualidade de vida, em adulto na comunidade. Porto. Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Almeida, S. C. M. (2006). Impacto da ingestão alimentar no controlo glicémico de diabéticos tipo 2 não insulino-tratados. Universidade do Porto. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Porto

American Diabetes Association. (2014). Diabetes Care - Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes A position statement of the American Diabetes Association. Acedido em: 14, Maio, 2014, em: http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement_1/S61.full

Apóstolo, J., Viveiros, C., Nunes, H., Domingues, H. (2007). Incerteza Na Doença e Motivação Para o Tratamento Em Diabéticos Tipo 2. Revista Latino-Am Enfermagem. 4:15.

Carvalho A., Dantas R., Pelegrino F., Corbi I. (2010). Adaptação e validação de uma medida de adesão à terapia de anticoagulação oral. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. Maio-Junho. 18(3).

Delgado, A. e Lima, M. (2001). Contributo para a Validação Concorrente de uma Medida de Adesão aos Tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, II (002), 81 -100.

Ferreira, C. (2011). Construção e Validação de uma Escala Preditiva de Adesão à Terapêutica Anti-Retroviral. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa. Porto. Portuga

Malta, J. (2011). Diabetes: Percepção da Doença e Auto-Cuidado. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Portugal.

Ribeiro, D. (2013). Adesão Terapêutica e qualidade de vida em Adultos e Adultos Idosos com Hipertensão: Fatores Motivacionais. Porto. Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Simão, A. (2009). Adesão às Prescrições/ Recomendações Médicas por parte de Idosos Institucionalizados em Centros de Dia: Um Estudo Exploratório. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Lisboa. Portugal.

Simões, M. (2012). O Diabético Tipo 2 e a adesão ao Regime Terapêutico. Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

POSTER 106**AUTORES/AUTHORS:**

Susana Navalpotro Pascual, Juan Carlos Torre Puente, Ángeles Blanco Blanco

TÍTULO/TITLE:

Autoeficacia en Reanimación Cardiopulmonar: elaboración y validación de escalas de medida.

Objetivo: Diseñar y validar una escala de autoeficacia en RCP para profesionales sanitarios y no sanitarios.

Método: con un enfoque metodológico mixto con una parte cualitativa, y otra cuantitativa. El estudio cualitativo, desde la fenomenología y el marco teórico de la teoría social cognitiva, permitió profundizar en la percepción de los profesionales desde sus vivencias en las diferentes experiencias de RCP. El cuantitativo, mediante un estudio descriptivo correlacional con diseño transversal, facilitó el análisis psicométrico para validar las diferentes escalas. Muestra de 1400 profesionales (médicos, enfermeros y técnicos sanitarios) con experiencia en RCP. Los análisis psicométricos fueron realizados con IBM SPSS 19.

Resultados: Tanto en el análisis general de toda la escala completa (autoeficacia general en RCP) como en cada una de ellas de forma individual (RCP básica y RCP avanzada) obtuvieron una buena consistencia interna en el análisis de la muestra total y de las submuestras con un alto coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach superior a .92 en RCP básica y superiores a .94 en la escala de RCP avanzada. De forma conjunta, con alfa de Cronbach con valores iguales o superiores a .96 en todos los casos

Respecto a su estructura interna, la escala de autoeficacia en RCP básica, puede ser considerada unifactorial con un componente que explica un porcentaje de la varianza que oscila entre el 64% en los médicos, valores próximos al 62% en los enfermeros y el 55% en los técnicos. En la escala de autoeficacia en RCP avanzada, se considera bifactorial para el personal sanitario en conjunto y los enfermeros, explicando una varianza de 69% y 66,5% respectivamente, a diferencia con los médicos que presentan una solución unifactorial explicando casi un 70%.

Si se examina la escala completa de autoeficacia general en RCP, se identifican dos factores, algo que se corresponde con las dos subescalas que la conforman (RCP básica y RCP avanzada), con una correlación sustancial igual a .677 para el conjunto de la muestra que presenta un valor algo inferior en la muestra de médicos ($r = .626$) que la de enfermeros ($r = .656$).

Se destaca una buena validez convergente entre cada escala de autoeficacia de RCP básica y de RCP avanzada con su correspondiente indicador general, obteniendo coeficientes superiores a 0.85. Asimismo se subraya una alta correlación entre ellas ($r = .80$), sugiriendo que ambas miden el mismo constructo en dos facetas distintas, obteniendo mayores valores cuando se relaciona cada escala con su correspondiente ítem general de cada una de ellas.

Conclusiones e implicaciones en la práctica:

Contar con una medida válida y fiable, permite contar con una útil herramienta para mejorar la competencia de práctica clínica en la asistencia a una RCP, así como individualizar programas docentes en la formación en RCP tanto inicial como continuada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Bandura, A. (1987). Pensamiento y acción: fundamentos sociales [Social Foundations of thought and action: A social cognitive theory.]. Barcelona: Martínez Roca.
- Castle, N., Garton, H. y Kenward, G. (2007). Confidence vs competence: Basic life support skills of health professionals. *British Journal of Nursing* (Mark Allen Publishing), 16(11), 664-666.
- Hernández-Padilla, J., Suthers, F., Fernández-Sola, C. y Granero-Molina, J. (2014). Development and psychometric assessment of the Basic Resuscitation Skills Self-Efficacy Scale. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, doi:1474515114562130 [pii]
- Maibach, E. W., Schieber, R. A. y Carroll, M. F. (1996). Self-efficacy in pediatric resuscitation: Implications for education and performance. *Pediatrics*, 97(1), 94-99.
- Roh, Y. S., Issenberg, S. B., Chung, H. S. y Kim, S. S. (2012). Development and Psychometric Evaluation of the Resuscitation Self-efficacy Scale for Nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(7), 1079-1086. doi:10.4040/jkan.2012.42.7.1079; 10.4040/jkan.2012.42.7.1079
- skills. *Resuscitation*, 73(3), 430-436. doi:10.1016/j.resuscitation.2006.10.018
- Turner, N. M., Van de Leemput, A. J., Draaisma, J., Oossterveld, P. y Ten Cate, O. T. (2008). Validity of the visual analogue scale as an instrument to measure self-efficacy in resuscitation skills. *Medical Education*, 42, 503-511

POSTER 107**AUTORES/AUTHORS:**

María de los Ángeles Seijas Ramos, María José Rodríguez Álvarez, Yolanda Sanesteban Hermida, Alfonso Samuel Martínez Vazquez, Teresa Seoane Pillado

TÍTULO/TITLE:

Manejo de la Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave en pacientes con neumonía viral H1N1 en UCI

Hay tres tipos de gripe estacional: A, B y C. La pandemia por virus influenza A(H1N1)pdm09, fue declarada en el 2009 por la OMS, causa de Emergencia de Salud Pública. Se caracteriza por una afectación severa de la función respiratoria, por lo que numerosos pacientes requieren ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Las terapias utilizadas incluyen sistemas de oxigenación y diferentes modalidades ventilatorias. Esta infección se manifiesta más agresivamente en personas con afectación del sistema inmunitario y un alto porcentaje de los afectados contraen neumonía.

OBJETIVOS:

Estudiar los pacientes con H1N1 en UCI.
Características demográficas, comorbilidades, antecedentes, días de estancia y mortalidad.
Terapias de abordaje cardiorrespiratorio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio Observacional Prospectivo Longitudinal
Período: noviembre 2015 a mayo 2016
Ámbito: UCI Hospital A Coruña
Análisis estadístico con R-commander:

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, en el cual la asociación de variables cualitativas se estimó por medio del estadístico de Fisher y para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en las variables cuantitativas se utilizó el test U de Mann-Whitney.

PROGRAMA DE UCI ICIP Versión ICCA.G.00.01, IANUS y Gestión Documental.

RESULTADOS:

Muestra, n=38, 66% hombres, Edad 54,36 ±11,54 años, estancia en UCI 15,15 ± 11.66 días, exitus 26%

Antecedentes:

Patología respiratoria 0,52
Tratamiento oncológico 0,21
Patología cardíaca 0,44
Insuficiencia renal 0,21
Inmunosupresión 0,28
Obesidad 0,36
Tabaquismo 0,57
Hábitos tóxicos 0,13

Antecedentes respiratorios:

NO 0,42
EPOC 0,23
EPID 0,05
ASMA 0,13
OTROS 0,05

Abordaje cardiorrespiratorio:

Ventilación Mecánica Portátil 0,05
Oxigenación por membrana extracorpórea 0,13
Oxígeno Alto Flujo 0,13
Traqueostomía percutánea 0,15
Colocación en decúbito prono 0,34
Ventilación Mecánica No Invasiva 0,47
Fisioterapia respiratoria 0,65
Oxígeno Bajo Flujo 0,73
Ventilación Mecánica Invasiva 0,84

CONCLUSIONES:

No se objetivan diferencias significativas en los días de estancia en UCI con respecto a la presencia de unos antecedentes u otros.
Es estadísticamente significativo que los pacientes que necesitan VMI están más días en UCI que los que no necesitan. $p=0,002$
No se encuentra ningún factor entre los antecedentes que se asocie de forma significativa a una mayor probabilidad de éxitus.
El único predictor de éxitus sería el factor oncológico con una $p= 0,002$.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

No

POSTER 108**AUTORES/AUTHORS:**

M^a FUENSANTA HELLÍN GIL, M^a PILAR FERRER BAS, SILVIA MARTÍNEZ MILLÁN, M^a ISABEL GARCÍA CORBALÁN, JOAQUÍN CARRILLO ORTEGA, ROSA JIMÉNEZ FERNÁNDEZ, JOSEFA MUÑOZ SARMIENTO, JUAN MANUEL LUCAS GÓMEZ, PABLO FERNÁNDEZ ABELLÁN

TÍTULO/TITLE:

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE PATÓGENOS EN ADULTOS HOSPITALIZADOS MEDIANTE LA MEJORA DEL PROCEDIMIENTO DE AISLAMIENTO

OBJETIVO: Los aislamientos son barreras físicas interpuestas entre la fuente de infección, pacientes infectados o colonizados, y el sujeto susceptible, otros pacientes, profesionales o familiares, para disminuir la posibilidad de transmisión. El adecuado y correcto aislamiento de los pacientes diagnosticados, o con sospecha de enfermedad contagiosa, resulta imprescindible en las unidades de hospitalización convencional, ya que repercute tanto a nivel clínico-asistencial como de gestión hospitalaria, incidiendo directamente en el desarrollo de la actividad asistencial, la gestión de recursos hospitalarios, el mantenimiento de la limpieza correcta a cada tipo de patógeno, y la limpieza terminal adecuada.

Los objetivos fueron prevenir la transmisión de patógenos de un paciente a otro y/o personal de contacto, sean profesionales o familiares, definir el procedimiento de actuación del personal de enfermería ante un paciente aislado, unificar la actuación de los profesionales que entran en contacto con pacientes infecto-contagiosos, y proporcionar herramientas para el cumplimiento de las normas internas del hospital.

MÉTODOS: El ámbito de aplicación fueron las unidades asistenciales convencionales de los Hospitales General y Maternal. El procedimiento a seguir viene definido por las precauciones basadas en la transmisión, y se aplican a pacientes que tienen diagnóstico o sospecha de diagnóstico de infección por patógenos altamente transmisibles o epidemiológicamente importantes que necesitan medidas adicionales de seguridad.

Se creó en la historia informatizada (SELENE) del paciente la petición "aislamiento", a realizar por el facultativo, que incluye el tipo y motivo del aislamiento, y es donde quedará registrada toda la información para poder ser visualizada por el Servicio de Admisión, que procederá a su gestión. También se registrará en el programa informático de Farmacia, en el apartado de prescripción electrónica, como parte del tratamiento. La enfermera responsable del paciente, iniciará las medidas de aislamiento necesarias y adecuadas en el momento en el que conste en la petición de aislamiento en SELENE, indicación verbal del médico o aparezca en el mapa de camas. Se asegurará que tanto al paciente como al familiar, se le ha proporcionado la información necesaria que aconseja el aislamiento y las medidas a tomar. Si no fuera posible facilitar la información, por el estado del enfermo o por ausencia del familiar, dicha información se proporcionará en el menor tiempo posible sin que esto sea impedimento para iniciar las medidas de aislamiento necesarias, y registrará la confirmación del aislamiento, por orden médica, en las "Observaciones de Enfermería" especificando fecha y hora en la que se produce dicha orden, si esta ha sido verbal o escrita y la hora de inicio del aislamiento.

Además, se realizó un manual de aislamiento multidisciplinar, que unifica el procedimiento a seguir, e incluye cartelería para cada tipo de aislamiento, donde aparece cómo se debe realizar y el material necesario, así como los algoritmos correspondientes a cada tipo de aislamiento, que fueron distribuidos por todas las unidades para su colocación en la puerta de la habitación del paciente aislado. Cada uno de los carteles corresponde a un tipo de aislamiento, y está asociado a un color: amarillo-aislamiento por gotas, azul-aislamiento de contacto o cutáneo, verde-aislamiento respiratorio, y blanco-aislamiento protector.

También, se ha monitorizado semestralmente el indicador: "Correcto aislamiento de pacientes con patología infecto-contagiosa de contacto, respiratoria, por gotas o con necesidad de aislamiento protector", incluyendo subindicadores de estructura, proceso y resultado, con el objetivo de alcanzar el 100% de cumplimiento. Se han realizado hasta ahora 2 monitorizaciones, en Noviembre de 2016 y en Mayo de 2017, analizando los resultados utilizando la metodología propia de los ciclos de mejora para estimar la mejora conseguida, y realizando entre ellas, como medida correctora, la formación del personal de enfermería in situ.

RESULTADOS: En la monitorización de Noviembre de 2016, el 20,7% de los aislamientos se realizaron correctamente, y el 57,5% tenían cumplimentada la petición de aislamiento. En Mayo de 2017, el 40% de los aislamientos fueron adecuados al manual, y el 77% tenían la petición en la historia informatizada. Todos los subindicadores obtuvieron más del 77% de cumplimiento, y mejoraron de forma estadísticamente significativa. El 39% fueron aislamientos de contacto, el 48,5% fueron de tipo inverso, y el 12,5% de tipo respiratorio. El aislamiento que mejor se realiza es el de contacto en un 84%.

DISCUSIÓN: Con las acciones de mejoras realizadas, se ha conseguido definir y unificar el procedimiento de actuación de los

profesionales en contacto con pacientes infecto-contagiosos, proporcionando herramientas para su cumplimiento. La mejora obtenida en la última monitorización refleja las principales causas de incumplimiento, que permiten valorar las intervenciones necesarias a aplicar para continuar mejorando, y conseguir en la práctica la disminución y prevención de la transmisión de infecciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Hospital Santos Reyes. Precauciones y aislamientos en patología infecciosa. Basada en las normas de los CDC. Aranda de Duero. Burgos: Junta de Castilla y León, 2015. [Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/precaucionesaislamientos-patologia-infecciosa>. Consultado el 05/05/2015).
- Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería: Medidas de prevención en el aislamiento de pacientes. Junta de Andalucía, 2011. [Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h11_medidas_preencion_aislamiento.pdf. (Consultado el 05/05/2015).
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Guía de aislamiento para pacientes con enfermedades transmisibles. Gobierno del Principado de Asturias, 2007. [Disponible en http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/preventiva/HVN_Gu%C3%ADaAislamiento_2007.pdf Consultado el 16/05/2015).
- Hospital Donostia. Medidas de aislamiento y otras precauciones para pacientes con enfermedades transmisibles. Osakidetza, 2005 [Disponible en http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85ckcmprn05/es/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Protocolo31AislamientoEnfermedadesTransmisiblesC.pdf Consultado el 16/05/2015).
- Comisión de Infecciones. Procedimiento de Aislamiento en el Complejo Hospitalario de Albacete. Aprobado el 1998.
- Servicio de Medicina Preventiva. Paciente aislado por Gripe A(H1N1) de origen porcino en urgencias generales. Hospital Donostia, 2009. [Disponible en <http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/DUE/Protocolos/Tecnicas/Gripe%20A.pdf> Consultado el 16/05/2015).
- Ramírez Gómez, Martha Cecilia; Díaz de Correa, Yamile; Luna Villamil, Marta Alicia. El profesional de enfermería en la vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias. Guías ACOFAEN. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. [Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0019.php> Consultado el 05/05/2015).

POSTER 109**AUTORES/AUTHORS:**

Daniel Silva, Tiago Augusto, Odete Amaral, João Duarte, Madalena Cunha

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de la evolución de un paciente de riesgo en el pre-hospitalario, por Early Warning Score

Introducción:

La Early Warning Score (EWS) es una escala desarrollada para identificar precozmente el deterioro fisiológico en pacientes críticos en el pre-hospitalario. El deterioro comienza habitualmente por alteraciones en parámetros fisiológicos y cambios en el nivel de consciencia.

Objetivos:

Caracterizar las variables socio-demográficas y clínica de los pacientes; determinar los parámetros indicativos del deterioro fisiológico; determinar la evolución de las situaciones de riesgo.

Métodos:

Estudio del paradigma cuantitativo, analítico retrospectivo en una muestra de 214 pacientes de riesgo medio y alto en el pre-hospitalario en la región sur de Portugal entre Enero y Agosto de 2014. El instrumento de evaluación fue el Early Warning Score (EWS).

Resultados:

El sexo femenino predomina con un 54.2% y la media de edad es de 70 años, con una edad mínima de 19 y máxima 99 años. El tiempo de llegada de la ayuda a la escena es de 16-30 minutos en el 56.1% de los casos. Los parámetros más cambiados fueron el electrocardiograma, la presión arterial y la frecuencia cardíaca. En una primera evaluación el 67.3% fueron considerados de alto riesgo, en una segunda se redujo a un 48.6% y en una tercera evaluación los pacientes considerados como tal disminuyeron a un 2.8%.

Discusión

Hemos visto una reducción progresiva en la puntuación de la escala, en términos de riesgo, indicando una actuación precoz y eficaz en la prevención del deterioro clínico de los pacientes. Este instrumento de análisis permitió identificar las alteraciones fisiológicas de pacientes críticos, evaluar su evolución y realizar un acompañamiento especial resultando una mejoría de estado en los pacientes. De esta forma, la escala ayudó a valorizar la eficacia de los cuidados de los profesionales de salud prestados en el pre-hospitalario. Palabras clave: Pre-hospitalario; paciente crítico; deterioro fisiológico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Albino, A. (2010). Implementação da escala de alerta precoce EWS. Disponível em:

http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22432/artigo_EWS_final.pdf.

DeVita, M, Hillman, K., Bellomo, R., Odell, M., Jones, D, Winters, B, Lighthall, G (Eds.) (2011). Textbook of Rapid Response Systems: Concept and Implementation. New York: Springer.

Fullerton, J., Price, C., Silvey, N., Brace, S., & Perkins, G. (2012). Is the Modified Early Warning Score (MEWS) superior to clinician judgement in detecting critical illness in the pre-hospital environment? Resuscitation, 83(5): 557-62.

Henriques, J. (2013). Sistema de emergência médica. Revista do Instituto Nacional de Emergência Médica, 6: 4-12.

Leandro, L. (2014). Tradução, validação e aplicação dos sistemas de pontuação de alerta precoce "ViEWS" E "NEWS" em Portugal. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Lisboa Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa. Disponível em: <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/4230/1/Tradu%C3%A7%C3%A3o,%20valida%C3%A7%C3%A3o%20e%20aplica%C3%A7%C3%A3o%20dos%20sistemas%20de%20pontua%C3%A7%C3%A3o%20de%20alerta%20precoce.pdf>.

Tarassenkoa, L., Clifton, D., Pinskyb, M., Hravnakb, M., Woodsc, J., & Watkinsona, P. (2011). Centile-based early warning scores derived from statistical distributions of vital signs. Resuscitation, 82: 1013-1018.

Van Rooijen, C., De Ruijter, W., & Van Dam B. (2013). Evaluation of the threshold value for the Early Warning Score on general wards. Neth J Med., 71(1): 38-43.

POSTER 111**AUTORES/AUTHORS:**

Carmen Segura Saint-Gerons, M^a Dolores Lara Lara, Angela Segura Saint-Gerons, Victor Mengibar Pareja, José M^a Arizón del Prado

TÍTULO/TITLE:

.CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR A TRAVÉS DE UN MÉTODO DIRECTO

La HP (hipertensión pulmonar) se define por el incremento anómalo de la presión en la arteria pulmonar. Por consenso, se considera que existe HP cuando la presión media en la arteria pulmonar es igual o superior a 25 mmHg en reposo. La HAP es una enfermedad incurable y habitualmente mortal que puede restringir gravemente la capacidad física y, por consiguiente, la calidad de vida del paciente. El tratamiento vía inhalatoria con uso de prostanoïdes ha demostrado ser un medio de vasodilatación pulmonar selectiva, por cual, es uno de los tratamientos indicados en esta enfermedad, considerada "rara" dada su baja incidencia, de ahí, la importancia de la adherencia terapéutica en esta enfermedad.

Adherencia al tratamiento: Se estima que un 40% de los pacientes no cumple las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades crónicas esta tasa de incumplimiento alcanza el 45%.

OBJETIVO:

Evaluar la influencia de una estrategia de educación continua por enfermería, en el nivel de cumplimiento, siendo este analizado mediante un método directo (I-Neb Insight®) y otro indirecto (cuestionario de Morisky-Green) así como valorar la calidad de vida a través del cuestionario específico. Euro QoL-5D, versión española. El sistema I-neb® AAD® es un sistema nebulizador portátil, manual y con tecnología de malla vibratoria. Este sistema genera gotas diminutas por ultrasonidos, que hacen pasar la solución a través de una malla. Este nebulizador controla el patrón respiratorio para determinar el tiempo de nebulización requerido para administrar la dosis preestablecida del fármaco.

METODOLOGIA:

Estudio, observacional, prospectivo analizando solo los datos de los pacientes de nuestro Servicio de Cardiología de nuestro Hospital que se incluyeron en el estudio multicéntrico INVENTA (BAY-ILO-2010-01) Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años de ambos sexos, sin límite de edad superior, en clase funcional NYHA II-IV con hipertensión pulmonar que llevasen al menos tres meses de tratamiento con Ventavis® antes de iniciar el tratamiento. y que hubiesen firmado el consentimiento informado. Se crearon dos grupos y solo a uno se le dió refuerzo educativo en cada visita.

RESULTADOS:

De los 20 pacientes que incluyó nuestro Servicio de Cardiología, la edad media fué 50,55±16.95 años, hubo más mujeres que hombres solo estaban en activo 3 pacientes. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el cumplimiento. los sujetos se administraron dosis inferiores a las prescritas en la mayoría de los días. Sin embargo, el número de dosis administradas fue generalmente alrededor del 75%-85% de las dosis prescritas, lo que clasifica a los sujetos como "buenos cumplidores" según el criterio adoptado. El cuestionario Morisky-Green proporcionó una sobreestimación del seguimiento real de los sujetos comparado con la información proporcionada por el dispositivo. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el cumplimiento por error: el grupo de control tiende a administrarse una dosis completa en una proporción ligeramente mayor que el grupo de tratamiento, siendo el cumplimiento por error alto en todos los períodos, superior al 80%, lo que indica que el inhalador administró la dosis adecuada en la mayoría de los días. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en calidad de vida.

CONCLUSIONES:

El tamaño de la muestra fué bajo. La previsión inicial de reclutamiento para obtener resultados estadísticamente significativos no se pudo alcanzar. Este tamaño muestral fué probablemente muy pequeño para detectar efectos moderados/medios a partir de los cuales valorar la educación/formación en los pacientes. En definitiva, la principal causa de la baja potencia de los datos recopilados es el reducido tamaño muestral. En base a los resultados del presente estudio, el refuerzo formativo no influye en el grado de cumplimiento con el tratamiento de Ventavis® en pacientes con HAP.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Guidelines ERS- Task force for diagnosis and treatment of pulmonary hypertension of European Society of Cardiology (ESC),

- European Respiratory Society (ERS), International Society of Heart and Lung Transplantation (ISHLT). Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. *Eur Respir J* 2009; 34 (6): 1219-63.
- Barberà Joan A, Escribano P, Morales P et al. Estándares asistenciales en hipertensión pulmonar. Documento de consenso elaborado por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y la Sociedad Española de Cardiología (SEC). *Rev Esp Cardiol* 2008; 61(2): 170-84.
 - Roman A, Escribano P, Barberà JA et al. Epidemiology of pulmonary hypertension. Preliminary results of the Spanish pulmonary hypertension registry. *Eur Respir J* 2009; 34 (Suppl 53): 260. Abstract E1497.
 - Escribano P, Jiménez López-Guarch C. Tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar. *Avances en hipertensión pulmonar*, 2008; 13: 6-9.
 - Martín A, Libertad Grau Abalo JA. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 2004.
 - Orueta Sánchez R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 2005; 2 (29): 40-48.
 - Korta Murua J, et al. La educación terapéutica en el asma. *An Pediatr (Barc)* 2007; 66 (5):496-517.
 - García Pérez et al. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?. *Medicina de Familia (And)* 2000; 1:13-19.
 - Nogués Solán X et al. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An. Med. Interna (Madrid)*. 2007. Vol. 24, nº3 pp. 138-14

POSTER 114**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Fernández Feito, Raquel Antón Fernández, María Paz Zulueta

TÍTULO/TITLE:

CONOCIMIENTOS SOBRE EL CÁNCER DE CERVIX EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS DE OVIEDO

Introducción

Actualmente, la principal estrategia de prevención del cáncer de cuello de útero (CCU) es la participación en programas de detección precoz mediante la realización de una citología cervical. En el Principado de Asturias, el programa de detección precoz del cáncer de cérvix, va dirigido a todas las mujeres con edades comprendidas entre los 25 y 65 años que tienen, o han tenido, relaciones sexuales. También se recomienda a las menores de 25 años que mantienen relaciones sexuales desde hace más de tres años¹. La participación en este programa puede estar condicionada por los conocimientos sobre la utilidad de la citología o sobre el propio programa de screening. Por otro lado, la información sobre la infección por el virus del papiloma humano (VPH)² y su vacuna puede influir en la realización de esta prueba de cribado.

Objetivo

Describir los conocimientos sobre citología cervical y factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino en alumnas de la Universidad de Oviedo.

Métodos

Estudio descriptivo transversal en estudiantes universitarias matriculadas en el curso 2014/15. Se seleccionaron alumnas de primer y segundo curso de titulaciones de ciencias de la salud (enfermería, fisioterapia o medicina) y jurídico-económicas (Derecho, Administración y Dirección de Empresas, Contabilidad y Finanzas, Economía y Relaciones Laborales y Recursos Humanos). El criterio de inclusión fue haber mantenido relaciones sexuales y cumplimentar correctamente la hoja de recogida de datos. Se diseñó un cuestionario ad hoc donde se incluyeron la edad, variables académicas (titulación y curso), variables sobre conducta sexual y sobre conocimientos sobre la citología y CCU. Se utilizó el programa SPSS para el análisis estadístico. La edad se expresó mediante media y desviación estándar (DE). Se estimaron porcentajes e intervalos de confianza al 95% (IC95%) para las variables cualitativas. Para estimar las diferencias de conocimientos según la titulación se usó la prueba de Chi-cuadrado. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados

El estudio tuvo lugar en 298 alumnas. La edad media fue de 20,41 años [DE 4,2]. El 58,6% pertenecían a ciencias de la salud. En relación a la finalidad de la citología: el 82,9% (IC95% 78,4-87,3) identificó esta prueba para detectar precozmente CCU. Sin embargo, también se registró su utilidad para tratar infecciones de transmisión sexual (ITS) (48,3%) (IC95% 42,5-54,2) o detectar embarazo (4,4%) (IC95% 1,9-6,9). En las mujeres con pareja estable (≥ 3 años), el 21,1% (IC95% 16,3-25,9) afirmaron que no era necesario realizar esta prueba o desconocían la respuesta. En mujeres vacunadas frente al VPH, sería necesario hacer una citología periódicamente pero con menos frecuencia para el 21,8% (IC95% 17,0-26,7).

El 76,2% (IC95% 71,2-81,2) identificó el VPH como factor de riesgo del CCU, seguido de la promiscuidad sexual (52,3%) (IC95% 46,5-58,2) y las ITS (51,7%) (IC95% 45,8-57,5).

Al estratificar por titulación, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la utilidad de la citología para detectar CCU ($p=0,002$), donde los conocimientos erróneos fueron más frecuentes en estudiantes no sanitarias.

Discusión

En general, las estudiantes identificaron correctamente la finalidad de la realización de una citología vaginal y el principal factor de riesgo del CCU. No obstante, en algunas mujeres universitarias se registraron respuestas erróneas sobre el uso de esta prueba y el CCU, al igual que ocurre en población general adulta. Otros estudios^{3,4} han documentado un bajo nivel de conocimientos sobre estos aspectos, si bien también existe variabilidad en los mismos⁵. En otros países, se han desarrollado intervenciones para mejorar el nivel de conocimientos sobre el CCU y el VPH apreciando un cambio en la actitud hacia la realización de la citología. Se han detectado pocas diferencias entre los conocimientos analizados entre estudiantes de ramas sanitarias respecto al resto. Este hecho puede estar relacionado con que la información general sobre este tema y concretamente sobre el programa de screening se dirige a

toda la población¹. Sin embargo, parece lógico que las estudiantes de ciencias de la salud tengan más conocimientos sobre la citología cervical.

Implicaciones para la práctica clínica

Sería deseable proporcionar más información sobre infecciones de transmisión sexual, como el VPH, anticoncepción y prácticas preventivas desde el entorno universitario en colaboración con otros agentes como los centros de salud, asociaciones de estudiantes, etc.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Guía informativa del cáncer de cuello de útero y su prevención. Información para la población. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias. 2011. [acceso 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Salud%20Poblacional/Ca_Cervix/Guia%20Informativa%20Cancer%20de%20Cuello%20de%20Utero%20y%20su%20Prevencion%20.pdf
2. Ybarra Sagarduy JL. Pérez Salinas BE. Romero Reyes D. Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolau en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*. 2012; 22(2):185-94.
3. Daley E, Perrin K, Vamos C, Hernandez N, Anstey E, Baker E, Kolar S, Ebbert J. Confusion about Pap smears: lack of knowledge among high-risk women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013 ;22(1):67-74. doi: 10.1089/jwh.2012.3667.
4. Antón R. Conocimientos y conductas frente al virus del papiloma humano y cáncer de cérvix en mujeres universitarias del Principado de Asturias [TFM]. Universidad de Oviedo; 2015.
5. Wolwa M, Blavo C, Shah R, Fleisher JM, Espinal T. Cervical cancer knowledge and prevention among college women. *J Community Health*. 2013; 38(6):997-1002. doi: 10.1007/s10900-013-9707-8.
6. Paredes Cruz, EP. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAN, filial Barranca, 2010. [tesis doctoral] Lima:Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.

POSTER 116**AUTORES/AUTHORS:**

Pablo Leonid Carneiro Lucena, Solange Fátima Geraldo da Costa, BETÂNIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS, Jaqueline Brito Vidal Batista, Iolanda Beserra da Costa Santos, Manoel Carlos Neri da Silva, Jael Rúbia Figueiredo de Sá França, Dorisdaia Carvalho de Humerez

TÍTULO/TITLE:

EXPERIENCIAS DE CONSEJEROS DE ENFERMERÍA ACERCA DEL ACOSO MORAL E IDENTIFICACIÓN POR MEDIO DE PROCEDIMIENTO ÉTICO

Introducción: acoso moral es un tipo de violencia que afecta a principios éticos individuales y colectivos y que perjudica la calidad de vida de los trabajadores, acarreando sufrimiento en el trabajo, enfermedades físicas y psíquico-emocionales. Los estudios revelan una alta prevalencia del acoso moral en la profesión de enfermería, y las actitudes de agresión más frecuentes son las críticas al trabajo de la víctima de forma injusta y exagerada, hacer circular maldades y calumnias, exposición a una carga de trabajo incontrolable, gritos y actitudes espontáneas de rabia, además de restringir derechos laborales sólo para perjudicar. En este aspecto, se resalta que la profesión de enfermería posee un código de ética amplio, bien fundamentado en postulados y normas nacionales e internacionales. Este código cubre derechos, deberes y prohibiciones, y si un profesional infringe sus directrices durante el período de trabajo, responderá el proceso ético disciplinario ante el Consejo de Enfermería, pasará por un juicio, y será penalizado por su mal hecho. Objetivo: identificar las experiencias de consejeros de enfermería acerca del acoso moral e investigar su presencia en el trabajo a partir de un proceso ético. Método: estudio exploratorio-descriptivo con enfoque cuantitativo. Recolección de datos a través de una plataforma online. Muestra compuesta por 80 Consejeros del Consejo Federal de Enfermería / Consejos Regionales, provenientes de las cinco regiones geográficas de Brasil. Estudio con autorización administrativa (Cofen), y aprobación ética (CAAE) nº: 48398215700005183. Resultados: se observó que el 86,25% de los consejeros realizaron juicios de profesionales de enfermería denunciados por práctica de acoso moral. En cuanto a los procesos en esta temática, el 77,5% de los participantes mencionó encontrar algún tipo de dificultad, entre las principales, destacan las ausencias de testigos, y de comprobación de los actos denunciados. Siendo esta última, el principal (68,52%) motivo de archivado en algunos procesos. De los participantes, 22,5% mencionó no tener acceso a la instrucción específica sobre acoso moral en el trabajo. Se constató que el acoso moral no fue fácil de identificar en los procesos éticos, hubo divergencia en las respuestas en cuanto a la identificación de la agresión y al período total de exposición de la víctima a la violencia por parte de los consejeros de enfermería, consideraron que el agresor puede manifestarse a través de conductas variadas (95%). Para comprobar las agresiones, las víctimas pueden utilizar los relatos de testigos, registro en libro de ocurrencia, mensajes virtuales, y certificados psicológicos, ya que son ampliamente aceptados por los consejeros. La penalidad advertencia fue considerada, por el 68,7% de los participantes, como insuficiente para los agresores. Todos los participantes consideran importante la propuesta de creación de un instrumento para auxiliar la averiguación de denuncias involucrando la práctica del acoso moral. Conclusión: se considera importante que los Consejos de enfermería apoyen nuevas estrategias de prevención y adopten instrumentos que orienten la averiguación de denuncias y, de esta forma, sea mejor respaldado el juicio por parte de los consejeros.

Palabras clave: Enfermería. Acoso Laboral. Ambiente de Trabajo. Legislación de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Barreto Margarida, Heloani Roberto. Violence, health and labor: intolerance and bullying in labor relationships. *Serviço Social & Sociedade*. 2015 sept; 123(3): 544-61. Disponible en: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282015000300544>. Acceso en 20 feb. 2017.
2. Castronovo Marie A, Pullizzi Amy, Evans ShaKhira. Nurse bullying: a review and a proposed solution. *Nursing outlook*. 2016 June; 64(3): 208-214. Disponible en: < [http://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(15\)00323-1/pdf](http://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(15)00323-1/pdf)>. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2015.11.008>. Acceso en 20 feb. 2017.
3. Molero Jurado M, Gázquez Linares J, Pérez-Fuentes M, Acoso laboral entre personal de enfermería. *Enfermería Universitaria*. 2016 April; 13(2):114-123. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358745743007>. Acceso en Mar. 2017.
4. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução 311/2007 de 08 fev. 2007. Novo código de ética dos profissionais de enfermagem. COFEN, Rio de Janeiro, RJ, fev. 2007. Disponible en: < http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html>. Acceso en: 20 abril. 2017.

5. Machado Maria Helena, Filho Wilson Aguiar, Lacerda Wagner Ferraz de, Oliveira Eliane de Oliveira, Lemos Waldirlando, Wermelinger Mônica et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enfermagem em Foco* 2016 Jul; 7(esp): 09-14. Disponible en: < <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686> > Acceso em 15 Marz. 2017.
6. Santos Suênia Isabel Leite dos, Andrade Cristiani Garrido de, Costa Isabelle Cristinne Pinto, Santos Kamyla Félix de Oliveira dos, Costa Solange Fátima Geraldo da, França Jael Rúbia Figueiredo de Sá. Psychological harassment in the ambit of Nursing: an integrative literature review. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2014 Mar [citado 2017 Abr 09] ; 19(1): 159-165. Disponible en: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362014000100024&Ing=pt. Acceso em 10 Mar. 2017.
- 7- Cahú Graziela Ribeiro Pontes, Costa Solange Fátima Geraldo da, Costa Isabelle Cristinne Pinto, Batista Patrícia Serpa de Souza, Batista Jaqueline Brito Vidal. Situações de assédio moral vivenciadas por enfermeiros no ambiente de trabalho. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2014 Apr [cited 2017 Mar 10] ; 27(2): 151-156.
- 8- Bobroff Maria Cristina Cescatto, Martins Júlia Trevisan. Assédio moral, ética e sofrimento no trabalho. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2013 Aug [cited 2017 Mar 10] ; 21(2): 251-258.

POSTER 117**AUTORES/AUTHORS:**

Agni Nakou, Stefanos Mantzoukas, Evangelia Kotrotsiou, Chryssi Hatzoglou, Konstantinos Letsios, Mary Gouva

TÍTULO/TITLE:

Comparative Study between the role modelling and identification of Nursing Students with students' distress levels

Abstract

Objective: The objective of this study was to comparatively investigate the role modelling and identification of undergraduate nursing students with the students' distress levels, that exists as a result from the identification with specific professional groups. Nursing students during their studies are in direct daily contact with departmental faculty members, clinical instructors and clinical nurses. Through this interaction a series of identities are developed, which define, supplement or change their behavior and their way of thinking regarding the science and the profession of Nursing (Kern, Friedman, Martin, Reynolds, & Luong, 2009). Their role in shaping their behavioral patterns and professional identity is important. Nursing students have linked the nursing profession to the hospital environment and patients, although during their theoretical training the knowledge they acquired came from different areas of care provision (Ward, Bosco, & Styles, 2003).

Methods: Quantitative random sampling method was used. A total of 200 3rd year nursing students attending courses and clinical exercises, of a total of 450 students at the same year at the Higher Educational Institute of the TEI of Epirus - Greece, during 2016 took part. A questionnaire on identifications, the SF-36 quality of life scale and the SCL-90 distress scale were used. Descriptive and inferential statistics were used to analyse the data. The χ^2 test, with Continuous Correction, was applied to quadruple tables of qualitative variables, while correlations were made with the Spearman test. The two-sided level of statistical significance was set at 0,05.

Results: The majority of the sample was female (82.5%). A total of 91% of the students identified themselves with either departmental faculty members or nurse clinical instructors. In specific, 41.5% of the students identified themselves with faculty members, while 49.5% identified themselves with clinical instructors. The corresponding rate for doctors is 40%. Identity with teachers dropped to 36% for graduates, compared with 46% of students in the third year. In addition 68.7% of those who feared too much that they would become ill identify with teachers. Furthermore, students that identified themselves with departmental faculty members exhibited higher level of perfectionism, obsessive behaviour and distress.

Discussion: The two dominant groups upon which students identify themselves with, are departmental faculty members and clinical instructors. Students, regardless of their semester, exhibit identification with their teachers to a significant extent. The identification with departmental faculty members is linked with high levels of perfectionism, which consequently leads to high levels of distress for success and high performance. When psychological discomfort was examined in relation to identification with clinical nurses, the findings were respectively, with compulsiveness, psychoticism and depression to be in higher levels in those who report identification. Those who identify with their teachers have psychological burden that may be related to their conscientiousness and commitment to academic goals (Janjhua, & Chandrakanta, 2012). Students learn to become a nurse by role modelling and identifying themselves with the professionals they encounter in their daily learning environment (Lamia, Nabil, Reda, Nabil, & Abeer, 2016). Emotional stability is a desirable feature for students, as it shows people experiencing relatively low levels of stress, which will allow them to perform better on their route. In addition, health professions "require" certain features that will allow the practitioner to respond effectively to the demands of patient care and treatment (Cordina, Lauri, Buttigieg, & Lauri, 2015). This direct contact enables the development of the nursing professional traits based on role modelling and self-identification processes. **Implication for practice:** The results of this study could be exploited in educational and clinical practice so that, when identifying students with a potentially significant burden, they are appropriately assisted through a support process. It is therefore necessary to coordinate the actions of the members of the academic community, so that students will forge the virtues that will enable them in the future to effectively exercise the function of the nurse. A professorial leadership that will inspire the students, will strengthen their dedication to the objectives of education, without depressing them, a prospect that is expected to be positively reflected in their academic performance and in their future professional career. The Nursing leaders need to care about the optimum combination of performance and mental health of their students. The study has not conflict of interest.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Cordina, M., Lauri, M.-A., Buttigieg, R., & Lauri, J. (2015). Personality traits of pharmacy and medical students throughout their course of studies. *Pharm Pract*, 13(4), 640.

Janjhua, Y., & Chandrakanta. (2012). Behavior of personality type toward stress and job performance: a study of healthcare professionals. *J Family Med Prim Care*, 1(2), 109-13.

Kern, M.L., Friedman, H.S., Martin, L.R., Reynolds, C.A., & Luong, G. (2009). Conscientiousness, career, success, and longevity: a lifespan analysis. *Ann Behav Med*, 37(2), 154-63.

Lamia, M., Nabil, I., Reda, M., Nabil, A., & Abeer, E. (2016). Clinical instructor's behavior: Nursing student's perception toward effective clinical instructor's characteristics, 6, 96-105

Ward, C., Bosco, A., & Styles, I. (2003). Student nurses' perceived goals and future career pathways within Nursing: Are they realistic ? *Australian Journal of Advanced Nursing.*, 40, 37-42.

POSTER 120**AUTORES/AUTHORS:**

Carla Sílvia Fernandes, Maria Manuela Martins, José Augusto Gomes, Margareth Ângelo

TÍTULO/TITLE:

"Family Caregivers - An extension of family roles?"

Objective:

It can be assumed that families, similar to a living organism, undergo a development process in the direction of its evolution. The developmental nature of this approach lies in identifying a predictable sequence of transformations based on accomplishing well-defined tasks for which the name 'life cycle' is given (Relvas, 2006). Several authors describe it using different stages from birth to death, without a single development model existing (Wright & Leahey, 2009). Walsh (2005) highlights some social trends to be incorporated, including aging, diverse family forms, changes of gender roles, cultural diversity, socio-economic disparity and a varied and expanded family life cycle. As the family life cycle is expanded, the older population increases and the prevalence of people with chronic illness or disability who need some type of care also increases (Eifert et al., 2016). The probability of one or more family members being the caregivers for one or more elderly family members is therefore also increasing rapidly (Walsh, 2005). Many families experience a disease situation throughout the family life cycle and are faced with the transition into a new role of "Being a Caregiver". This study aimed to analyze the role of family caregivers as an extension of family roles.

Method:

This is an exploratory-descriptive qualitative study conducted with a group of caregivers of dependent family members in Portugal. The study was approved by the ethics committee. Recruitment of the caregivers occurred in a northern location of the country and was conducted in a random manner. Caregivers of dependent family members being over the age of 18 years with cognitive and communicative abilities were considered for inclusion. Data were collected through a focus group.

Results:

The focus group was composed of eight female caregivers, aged between 30 and 63 years. In 6 cases, the caregivers were providing care for their mother or father, and the duration of care ranged from 1 to 21 years. A systematic analysis focused on the topic of interest was performed, for which the following categories emerged: being a caregiver, a predictable stage, learning a new role.

Being A Caregiver

The role of the informal caregiver is mostly assumed by family members, so it is understandable to refer to them as family caregivers; they are usually single, stay-at-home housewives or unemployed women who live with the dependent person (Melo et al., 2014). Regarding the participants of this study, 8 were female, 3 of them were single, and 5 lived with the person being cared for. Prolonged care entails great effort, in addition to taking care of the house, there is shopping, preparing meals, feeding, bathing, toileting and hygiene needs, clothing/dressing and health are also needed (Walsh, 2005). This is illustrated by the following narratives of participants: It's exhausting, I feel like, I think there is no reason to care for an elderly, unless they are sick for a short time, but you die with them. (E2)

A predictable stage

The family life cycle refers to the typical trajectory of most families, associated with the comings and goings of family members, a series of stages that generate change and necessitate the reorganization of roles and family rules (Wright & Leahey, 2009). The experience of caring for a dependent family member has become an increasingly more common stage of the family's routine, as highlighted by caregivers: ‐ They begin to weaken and they will need us. (E2)

Learning a new role

In confronting a new role, the caregiver often lacks the required new knowledge and skills (Cameron et al., 2013). The transition period is seen as a period of great importance for learning the necessary skills for the amount of care required (Plank & Cavada, 2012). There are facilitating or inhibiting factors for an effective transition to enable care independently, such as knowledge and skills, attributed meanings, beliefs and attitudes, culture, socio-economic condition, community, the available social resources and coping strategies that they resort to (Melo, Rua, & Santos, 2014). Caregivers highlight the need to learn this new role: I didn't take any courses, I just learned. Which medicine, I had to know, I had to figure it out. (E5)

Discussion:

Giving voice to caregivers through a focus group has enabled exploring the role of family caregiver as an extension of family roles. The role of caregiver in the family becomes one of the stages of their journey and, in many cases, families will not have completed the

cycle of caring for their children when they start taking care of their parents. Caregivers' referencing the need of self-learning emphasizes a need for nurses to provide caregivers with knowledge and skills, not only to take better care of their families, but also of themselves. The results of this study establish areas that require intervention by nurses, including education, information and continuity of care which enable the health of those cared for, but also ensure the health of caregivers.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Eifert, E. K., Adams, R., Dudley, W., & Perko, M. (2015). Family Caregiver Identity: A Literature Review. *American Journal Of Health Education*, 46(6), 357-367. doi:10.1080/19325037.2015.1099482
- Eifert, E. K., Adams, R., Morrison, S., & Strack, R. (2016). Emerging Trends in Family Caregiving Using the Life Course Perspective: Preparing Health Educators for an Aging Society. *American Journal Of Health Education*, 47(3), 176-197. doi:10.1080/19325037.2016.1158674
- King, D., & Wynne, L. (2004). The emergence of 'family integrity' in later life. *Family Process*, 43(1), 7-21.
- Melo, R.; Rua, M.; Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Referência. Série IV - n.º 2 - mai./jun.* 143-151p. DOI:10.12707/RIV14003
- Relvas, A. P. (2006). *O ciclo Vital da Família*. Porto: Edições Afrontamento
- Wall, K. (2005). *Famílias em Portugal. Percursos, interações, redes sociais*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Wright, I., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca.

POSTER 122**AUTORES/AUTHORS:**

Szu-Szu Ho, Aisha Holloway, Rosie Stenhouse, Wang-Huei Sheng

TÍTULO/TITLE:

Recruiting Taiwanese HIV-positive drug users to participate in research: challenges and strategies

Background: Taiwanese HIV-positive drug users were recruited to participate in a grounded theory study, which aimed at developing a theoretical understanding of their medication-taking behaviour. This population group consists of people who use/used illicit drugs, men who have sex with men, criminal offenders, and sex workers. They are often regarded as hard-to-reach populations. Methods: Several recruitment strategies were employed during the data collection, including 1) recruitment of the target population at multiple study sites; 2) recruitment via health and social services providers acting as gatekeepers; 3) assistance from participants to help recruit prospective participants; and 4) not requesting contact information to increase participants' trust. Results: A number of challenges were experienced during the recruitment process, including 1) clients' frequently missing service appointments due to social stigma and adverse effects of illicit drugs; 2) clients' distrusting people due to illicit drug effects and involvement of illegal activities; 3) difficulty in recruiting a heterogeneity of this hard-to-reach population due to its disproportionate representation. To overcome the difficulties, a range of strategies were implemented: 1) researchers' persistence; 2) patience; 3) non-judgemental and professional attitude, all appeared to help increase participants' trust and participation in this research. In addition, connecting with local community members who were trusted by the target population was found to be crucial and effective. By contrast, recruitment through peers' introduction was not applied well in this research due to participants' concerns over confidentiality. Conclusion: To recruit and yield adequate hard-to-reach participants, it is essential to use multiple recruitment strategies. Researchers' internal preparation and use of clients' networks can serve as a base for future researchers to maximise their recruiting success.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Keywords: Research recruitment strategies, hard-to-reach population, HIV, drug users

POSTER 123**AUTORES/AUTHORS:**

José Augusto Gomes, Carla Sílvia Fernandes, Maria Manuela Martins, Daisy Tronchin

TÍTULO/TITLE:

"Quality Care in Operating Room"

Objective:

One of the hospital areas where major changes have occurred in recent years is certainly the one that refers to the operating room. Costs related to surgical interventions seem to have been steadily increasing, mainly due to the constant technological innovation, in particular of clinical equipment and devices, and the requirement for highly specialized and differentiated human resources, although it is not known exactly how they have evolved (Ministry of Health, 2013). However, increasing complexity also increases surgical risk and costs associated with health care (Farrokhi et al., 2015). The World Health Organization, confronted with worldwide evidence of damage in public health due to poor patient safety, adopted a resolution in 2002 to encourage countries to increase health care safety and to implement monitoring systems (WHO, 2009). The operating room is one of the most complex units of a hospital institution, due to the numerous processes and subprocesses linked, directly or indirectly, to the production of surgeries (Duarte and Ferreira, 2006). The introduction of modern techniques and management models and the use of new instruments and methods for assessing the quality of health services with the aim of ensuring efficiency, effectiveness and accuracy in the management of resources, as well as meeting the expectations of patients, requires increasing responsibilities, namely from nurses (Gomes et al., 2016). The construction and monitoring of specific quality indicators can thus guide the management process, signalling deviations (Jericó et al., 2011). Conscious of this need, this study sought to gather the consensus of some experts on operating rooms, through a focus group, analyzing the set of items to be integrated in a comprehensive and representative instrument to measure the "Quality in the Operating Room".

Methodology:

This is a qualitative, exploratory and descriptive study, whose method of data collection used the focus group. Focus groups provide an open and accessible debate around a topic of common interest to participants, are preferably adopted in exploratory research, and can be used as the main source of data (Trad, 2009). Participants in the study should have more than two years of professional experience in the operating room and be physicians and nurses. The ethical procedures associated with any investigation, including authorization through informed consent, have been guaranteed.

Results:

The Focus Group was composed of 5 nurses and three physicians, with an average of 17.5 years of specific professional experience in the operating room. Discussion of 42 items from 71 indicators that had not obtained absolute consensus from the participants was conducted. Some indicators were changed. Regarding the structure, the associated issues were: dimensions required for the operating room and dimensions of the recovery unit; preoperative and immediate postoperative activities, namely the pre and postoperative visit of the nurse of the operating room and the preoperative visit of the anaesthesiologist. With regard to the process, the indicator associated with leadership was changed. Finally, the results were changed in the indicators associated with waiting times between surgeries, the monitoring of teamwork and the performance evaluation of the operating room professionals. After about two hours of discussion of the topics, the final instrument consisted of 58 items.

Discussion:

The implementation of quality and efficiency efforts should be a concern of all professionals. Progress requires a cultural change in the operating room environment in order to prioritize health quality and safety. The instrument presented in this journey is inspired by the Donabedian model, which proposes the creation and use of quality indicators based on the triad: structure, process and outcome. In 1966, Donabedian introduced for the first time a health quality evaluation model based on three essential pillars: structure, process and outcome. This model is still a reference in the evaluation of health quality and is used by several organizations. It should be emphasized, however, that the strength of the Donabedian model lies in the relationships between these indicators, that is, the structure influences the process and the process, in turn, influences the outcome. Therefore, the global evaluation of health care requires an understanding of the three elements individually, but also the relationships between them (Gomes et al., 2016) Given the multiplicity of variables to be integrated in this instrument, its design would be unattainable without a previous qualitative

analysis. The use of a focus group with experts on the field proved to be especially useful in this research, emphasizing the need to consider the perspective of the different actors of the phenomenon under analysis, incorporating the set of knowledge of each participant.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Donabedian A (1988). The quality of care: how can it be assessed? JAMA.;260(12):1743-8.
- Duarte, I. G. & Ferreira, D. P. (2006). Use of indicators in surgical center management. Rev. adm. saúde;8(31):63-70, abr.-jun.
- Farrokhi, F. R., Gunther, M., Williams, B., & Blackmore, C. C. (2015). Application of lean methodology for improved quality and efficiency in operating room instrument availability. Journal for Healthcare Quality, 37(5), 277-286. doi:10.1111/jhq.12053
- Gomes, J., Martins, M., & Fernandes, C. (2016). Instrumentos para avaliar a qualidade e segurança no bloco operatório - revisão integrativa. Cogitare Enfermagem, 21(5). doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.45640>
- Jericó, Marli de Carvalho, Perroca, Márcia Galan, & Penha, Vivian Colombo da. (2011). Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19(5), 1239-1246. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500023>
- Ministério da Saúde (PT) (2015). Avaliação da situação nacional dos blocos operatórios. Disponível:<http://www2.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/relatorio+bo.htm#sthash.v9jzzyJC.dpuf>
- Trad, Leny A. Bomfim. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 19(3), 777-796. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>
- World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. (2009). WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Geneva: Autor

ÍNDICE / INDEX

Mesa de Comunicaciones 1: Cuidados Materno - infantiles	Concurrent Session 1: Mother and children care	p. 1
Mesa de Comunicaciones 2: Pacientes Críticos	Concurrent Session 2: Critical Patients	p. 8
Mesa de Comunicaciones 3: Profesión	Concurrent Session 3: Nursing Profession	p. 11
Mesa de Comunicaciones 4: Práctica Clínica	Concurrent Session 4: Clinical Practice	p. 17
Mesa de Comunicaciones 5: Cáncer y Cuidados Paliativos	Concurrent Session 5: Cancer / Palliative Care	p. 22
Mesa de Comunicaciones 6: Práctica basada en la Evidencia	Concurrent Session 6: Evidence Based Practice	p. 31
Mesa de Comunicaciones 7: Gestión	Concurrent Session 7: Management	p. 48
Mesa de Comunicaciones 8: Práctica Clínica	Concurrent Session 8: Clinical Practice	p. 63
Mesa de Comunicaciones 9: Cuidados a procesos agudos	Concurrent Session 9: Chronic Care	p. 79
Mesa de Comunicaciones 10: Profesión	Concurrent Session 10: Nursing Profession	p. 96
Mesa de Comunicaciones 11: Cuidados a procesos crónicos	Concurrent Session 11: Chronic Care	p. 104
Mesa de Comunicaciones 12: Envejecimiento y fragilidad	Concurrent Session 12: Aging and Fragility	p. 115
Sesión de Comunicaciones Orales Breves I	Session of Oral Brief Presentations I	p. 123
Sesión de Comunicaciones Orales Breves II	Session of Oral Brief Presentations II	p. 144
Sesión de Comunicaciones Orales Breves III	Session of Oral Brief Presentations III	p. 156
Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV	Session of Oral Brief Presentations IV	p. 174
Mesa de Comunicaciones 13: Gestión	Concurrent Session 13: Management	p. 189
Mesa de Comunicaciones 14: Lactancia Materna	Concurrent Session 14: Breastfeeding	p. 196
Sesión de Comunicaciones Orales Breves V	Session of Oral brief Presentations V	p. 203
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VI	Session of Oral Brief Presentations VI	p. 221
Mesa de Comunicaciones 15: Docencia	Concurrent Session 15: Nursing Education	p. 246
Mesa de Comunicaciones 16: Práctica Clínica	Concurrent Session 16: Clinical Practice	p. 258
Mesa de Comunicaciones 17: Envejecimiento y fragilidad	Concurrent Session 17: Aging and Fragility	p. 266
Mesa de Comunicaciones 18: Salud Mental	Concurrent Session 18: Mental Health	p. 275
Mesa de Comunicaciones 19: Cuidadores	Concurrent Session 19: Carers	p. 286
Mesa de Comunicaciones 20: Enfermería Comunitaria	Concurrent Session 20: Community Nursing	p. 305
Mesa de Comunicaciones 21: Género y Práctica Clínica	Concurrent Session 21: Gender / Clinical Practice	p. 310
Mesa de Comunicaciones 22: Infancia y Adolescencia	Concurrent Session 22: Childhood / Adolescence	p. 327
Mesa de Comunicaciones 23: Profesión	Concurrent Session 23: Nursing Profession	p. 330
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VII	Session of Oral Brief Presentations VII	p. 342
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VIII	Session of Oral Brief Presentations VIII	p. 383
Sesión de Comunicaciones Orales Breves IX	Session of Oral Brief Presentations IX	p. 420
POSTER 1		p. 456
POSTER 3		p. 458
POSTER 6		p. 460
POSTER 7		p. 462
POSTER 8		p. 463
POSTER 9		p. 465
POSTER 10		p. 467
POSTER 11		p. 469
POSTER 12		p. 471

POSTER 17.....	p. 474
POSTER 18.....	p. 476
POSTER 19.....	p. 478
POSTER 20.....	p. 480
POSTER 21.....	p. 483
POSTER 24.....	p. 486
POSTER 25.....	p. 489
POSTER 26.....	p. 491
POSTER 27.....	p. 493
POSTER 29.....	p. 495
POSTER 31.....	p. 497
POSTER 32.....	p. 500
POSTER 33.....	p. 502
POSTER 37.....	p. 504
POSTER 38.....	p. 506
POSTER 41.....	p. 507
POSTER 42.....	p. 509
POSTER 43.....	p. 511
POSTER 44.....	p. 513
POSTER 45.....	p. 516
POSTER 47.....	p. 518
POSTER 48.....	p. 520
POSTER 49.....	p. 522
POSTER 50.....	p. 524
POSTER 51.....	p. 526
POSTER 53.....	p. 528
POSTER 55.....	p. 530
POSTER 57.....	p. 532
POSTER 58.....	p. 534
POSTER 59.....	p. 536
POSTER 60.....	p. 539
POSTER 62.....	p. 541
POSTER 65.....	p. 543
POSTER 66.....	p. 545
POSTER 67.....	p. 547
POSTER 68.....	p. 549
POSTER 74.....	p. 552
POSTER 77.....	p. 554
POSTER 78.....	p. 556
POSTER 81.....	p. 558
POSTER 82.....	p. 560
POSTER 90.....	p. 562
POSTER 91.....	p. 563
POSTER 92.....	p. 565

POSTER 93.....	p. 567
POSTER 94.....	p. 569
POSTER 97.....	p. 571
POSTER 100.....	p. 572
POSTER 103.....	p. 574
POSTER 104.....	p. 577
POSTER 106.....	p. 579
POSTER 107.....	p. 580
POSTER 108.....	p. 582
POSTER 109.....	p. 584
POSTER 111.....	p. 585
POSTER 114.....	p. 587
POSTER 116.....	p. 589
POSTER 117.....	p. 591
POSTER 120.....	p. 593
POSTER 122.....	p. 595
POSTER 123.....	p. 596
ÍNDICE / INDEX	p. 598