



# Book of abstracts

## Libro de ponencias

XIV Encuentro Internacional  
de Investigación en Enfermería

14<sup>th</sup> International Nursing  
Research Conference

**Burgos, Spain**

**9-12 November 2010**

**Burgos, España**

**9-12 Noviembre 2010**

 Complejo Asistencial Universitario de Burgos



UNIVERSIDAD  
DE BURGOS



Patrocinan  
Sponsor



ISBN: 84-978-84-693-6791-9

Edita: Instituto de Salud Carlos III. Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Madrid, 2010

*\* Este documento es la versión provisional del libro de ponencias. La versión definitiva del libro, estará disponible en nuestra página web: <http://www.isciii.es/investen/>, una vez finalizado el Encuentro.*

*Este libro recoge íntegra y fielmente los trabajos enviados por los autores. La organización no se hace responsable de las opiniones expresadas en ellos, ni de su contenido, formato, ortografía o gramática.*

*\* This document is a temporary version of the book of abstracts. The final version of the book of abstracts will be available in our website: <http://www.isciii.es/investen/>, once the conference is finished.*

*This book contains entirely and exactly the texts sent by the authors. The organisation is not responsible for the opinions expressed, nor the content or grammar.*

**Conferencia Inaugural: La construcción social del cuidado de enfermería****Opening Conference: Social construction of nursing care****AUTORES/AUTHORS:**

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, O.ONT.

**TÍTULO/TITLE:**

The Social Construction of Caring in Nursing

The Social Construction of Caring in Nursing is a feminist ethnographic study that investigates the everyday practices of twenty four registered nurses in a tertiary care hospital in Ontario. The intent is to make nurses' caring work visible and expose the opportunities, challenges, and contradictions embedded in it. Employing participant observation and intense interviewing, I privilege the narratives of nurses and their lived experiences.

Theory and empirical data are used to understand how caring work happens in the interactions of nurses with patients and their workplace. Gendered institutional structures reinforce theoretical descriptions of caring as the moral responsibility of individual nurses, detached from their personal lives and workplace context. Feminist political economy guides the analysis by focusing on two levels: The lived realities of nurse-patient relationships and the social organization that contextualizes these relationships. A labour process approach combines these levels by recognizing that caring happens at the intersection of agency and structure.

The primary research question is: What is the social construction of caring in the day-to-day work of nurses in a tertiary care hospital in Ontario? The three research sub-questions are: (a) How do nurses describe and enact caring practices during their day-to-day work with patients? (b) How do nurses enter into courses of action and interact within the social organization of their workplace to enact caring work? (c) How do organizational structures and managerial practices shape and are shaped by nurses' caring work?

Findings show that the caring work of nurses is complex and much of how it happens remains tacit, embedded in gendered relations of power inherent within the social organization of work. Nurses' caring work, constructed through their day-to-day lives, is impacted by cultural, socio-political and economic realities. Three major themes emerge from this research: (a) Caring is thinking, doing and being represents the actual ways in which nurses enact caring work and highlights important disconnects between nurses' caring discourses and practices; (b) managing relationships and silencing knowledge highlights key courses of action nurses take to enact their work focusing on rules of engagement and structured inequalities that influence nursing caring; and (c) shaping and being shaped by organizational structures and managerial practices presents how nurses influence and are influenced by their work environment.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

**Mesa de comunicaciones 1: Cáncer / Cuidados Paliativos****Concurrent session 1: Cancer / Palliative Care****AUTORES/AUTHORS:**

Beatriz Braña Marcos, Diego Carrera Martínez, Mónica De la Villa Santoveña, Sara Avanzas Fernández, María Teresa Gracia Corbato, Ángela Díaz Barroso

**TÍTULO/TITLE:**

Estudio de calidad de vida en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en 2004.

**INTRODUCCIÓN**

El cáncer de mama es el tumor más frecuente entre las mujeres de todo el mundo. Los programas de detección precoz, los grandes avances tecnológicos y la continua mejora y desarrollo de los tratamientos oncológicos, han hecho posible que hoy día, en España, podamos hablar de una tasa de supervivencia en torno al 80%. Sin embargo, existe poca evidencia (sobre todo en nuestro país) sobre la calidad de vida (CV) de las supervivientes a largo plazo (1), englobando bajo el término "superviviente" a aquellas que continúan vivas 5 años después del diagnóstico. Aunque la mayoría de los estudios informan de buenos niveles de CV en general, muchas supervivientes padecen secuelas y problemas de salud derivados del cáncer o sus tratamientos que pueden inhibir su buen funcionamiento psicosocial y su habilidad para continuar su rol habitual, disminuyendo su CV durante años (2). Por lo tanto, el conocimiento de su CV a través de una herramienta eficaz, resulta fundamental para la identificación de las necesidades y problemas de salud de las supervivientes, de cara a proporcionar una atención holística de mayor calidad.

Con los objetivos de evaluar la calidad de vida de las mujeres supervivientes con diagnóstico de cáncer de mama en nuestra Comunidad Autónoma e identificar sus problemas de salud más comunes, nos planteamos la realización de este estudio.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio transversal y descriptivo mediante encuesta anónima y voluntaria en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en Asturias durante el año 2004 (supervivientes).

Se recogieron datos sociodemográficos y datos relacionados con el proceso cancerígeno. El estudio de CV se realizó a través del cuestionario EORTC QLQ-C30 y su módulo específico para el cáncer de mama, el BR23, validados ambos para su utilización en español. A través de sus 53 ítems se explora el funcionamiento físico, emocional, cognitivo y social de nuestras pacientes, así como otros aspectos relacionados con la presencia de síntomas en la mama y en el brazo, disfunción sexual, dolor, etc. Para su correcta utilización y análisis se siguieron las instrucciones proporcionadas por la European Organisation for Research and Treatment of Cancer, propietarios del copyright del instrumento.

Se realizó análisis descriptivo de los datos, a través de la aplicación estadística SPSS versión 18.0, expresando los resultados como media  $\pm$  desviación estándar para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y porcentajes para las cualitativas.

Nuestro protocolo de estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación de la Fundación Hospital de Jove y por el Comité Ético Regional de Investigación Clínica del Principado de Asturias

**RESULTADOS**

Las participantes que, cumpliendo nuestros criterios de inclusión, aceptaron la participación en el estudio fueron un total de 140. El perfil de nuestras participantes corresponde a una mujer de entre 50 y 73 años, casada o con pareja estable, con estudios primarios y ama de casa, diagnosticada de un estadio I de carcinoma ductal infiltrante de mama I desde hacía unos 62 a 68 meses, para el que había recibido cirugía conservadora. En el momento de la entrevista se encontraba libre de enfermedad y sin tratamiento oncológico.

En el estudio de calidad de vida nuestras pacientes mostraron buenos niveles medios de funcionamiento físico, emocional, social, cognitivo y de rol, aunque un porcentaje nada desdeñable de las participantes (entre el 2 y el 28 %) mostró deterioro significativo en alguno de los aspectos mencionados. Las puntuaciones medias relativas a la sexualidad, imagen corporal y preocupación por el futuro revelaron un deterioro importante, encontrando entre un 30 y un 80 % de participantes considerablemente afectadas en alguno de estos aspectos de la calidad de vida.

Por lo tanto, y siguiendo la clasificación de diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), los problemas de salud identificados más comunes han sido: Patrón sexual ineficaz, Trastorno de la imagen corporal,

Ansiedad, Disfunción sexual, Insomnio, Riesgo de baja autoestima situacional y Deterioro de la memoria, entre otros.

#### DISCUSIÓN

Nuestro estudio evidencia que las supervivientes a largo plazo pueden padecer una serie de problemas de salud persistentes, derivados del cáncer y / o de los tratamientos oncológicos, que inciden directamente sobre su calidad de vida (3). Estos problemas, actualmente, no están siendo convenientemente evaluados ni tratados, lo que debería ser remediado con prontitud. La atención integral de las supervivientes pasa por evaluar, conjuntamente con los aspectos biomédicos la CV de nuestras pacientes. Esto nos ayudará a detectar sus problemas de salud, un área totalmente desconocida y olvidada en nuestra práctica clínica habitual. Los profesionales de enfermería debemos ayudar a nuestras pacientes a la resolución de estos problemas de salud a través de los recursos propios de nuestra profesión o bien, derivándolas a personal especializado cuando fuese preciso. Esto conllevaría una considerable mejora de su calidad de vida. Resulta del todo prioritario establecer evidencias acerca de los problemas de salud de las supervivientes con cáncer de mama, para conocer qué recursos sanitarios deben reforzarse y cuáles implementarse (4) a fin de solucionarlos y mejorar la calidad de vida de nuestras supervivientes.

#### FINANCIACIÓN

El presente estudio se realizó en el marco del proyecto PI08/1477, financiado por la Acción Estratégica en Salud, Subprograma de proyectos de investigación en Salud (convocatoria 2008-1011) y cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional. Igualmente, ha recibido financiación por parte del Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación del Principado de Asturias (Expte.:COF09-27)

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

##### BIBLIOGRAFÍA

1. Sheppard C. Breast Cancer follow-up: Literature review and discussion. *European Journal of Oncology Nursing*. 2007;11(4):340-7.
2. Neyt M, Albrecht J. The Long-term Evolution of Quality of Life for Disease-Free Breast Cancer Survivors'. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2006;24(3):89-123.
3. Alfano CM, Smith AW et al. Physical activity, long-term symptoms, and pshysical health-related quality of life among breast cáncer survivors: A prospective analysis. *J Cancer Surv*. 2007;1(2):116-28.
4. G. Vivar C. Calidad de vida en supervivientes a largo plazo. Un área olvidada en la investigación enfermera española. *Index de Enfermería*. 2005;14(50):25-29.

**AUTORES/AUTHORS:**

María López

**TÍTULO/TITLE:**

Propuestas de enfermería para la promoción, elaboración y cumplimiento del Documento de Voluntades Anticipadas\*\*

Introducción: Las voluntades anticipadas (VVAA), son toda manifestación verbal o escrita que la persona refiera a su médico u otro profesional sanitario sobre sus preferencias y opciones respecto a su tratamiento médico. Las VVAA son un instrumento que nos permite ejercer nuestra autonomía y asumir la responsabilidad en la toma de decisiones sobre nuestra persona y salud en situaciones de extrema vulnerabilidad(1).

Este documento puede recibir diferentes nombres como testamento vital, instrucciones previas, voluntades vitales anticipadas(2), directivas anticipadas(3) que se usan indistintamente en la bibliografía. En el presente estudio se utilizará siempre documento de voluntades anticipadas (DVA). En cualquier caso, estos términos apelan al principio de autonomía y autodeterminación de las personas.

El DVA, se define en la legislación como "documento dirigido al médico responsable, en el que una persona, mayor de edad, con capacidad suficiente y de forma libre, expresa las instrucciones que se deban tener en cuenta sobre los cuidados y atenciones médicas que desea recibir cuando se encuentre en una situación en las que las concurrentes no le permitan expresar personalmente esta voluntad. El otorgamiento se hará ante notario o bien ante tres testigos con plena capacidad de obrar, dos de los cuales no guarden relación de parentesco hasta el segundo grado ni relación patrimonial con el otorgante" (4-6).

Se puede afirmar que España es uno de los países de Europa que más ha desarrollado los aspectos legislativos y administrativos en materia de DVA mediante Ley General de Sanidad (1986), seguida del convenio de Oviedo firmado por España en 1997 y después especialmente por la Ley 41/2002 Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (y por la concreción las legislaciones autonómicas). Sin embargo, esto no quiere decir que exista un gran arraigo ni tradición en el uso del DVA entre los ciudadanos(7) y además la bibliografía al respecto no es muy abundante, siendo en su mayoría artículos de reflexión u opinión de expertos(8-9).

Según el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, "la enfermera deberá tomar parte activa en la promoción de las voluntades anticipadas. Para tal fin, en la práctica cotidiana y en situaciones especiales, dará apoyo a las personas en la toma de decisiones sobre futuros tratamientos, cuidados y, de una manera especial, sobre los tratamientos relacionados con el mantenimiento artificial de la vida. Así mismo, desde su papel de 'advocacy', la enfermera ayudará a redactar documentos de voluntades anticipadas, y hará todo lo posible para respetar, y hacer que se respeten, las preferencias de la persona"(10). Considerando esto, parece que los profesionales de enfermería deberían implicarse más en el tema de las VVAA y su aplicación; por lo cual se considera interesante investigar de qué forma enfermería puede lograr una mayor implicación.

Objetivo Principal: Establecer estrategias para lograr mayor implicación en el DVA por parte de los profesionales de enfermería.

Objetivos secundarios:

1. Elaborar propuestas de cómo enfermería puede tomar parte activa en la promoción del DVA.
2. Elaborar propuestas de cómo enfermería puede ayudar en la elaboración del DVA.
3. Elaborar propuestas de cómo enfermería puede ayudar a respetar las voluntades anticipadas de las personas.

Método: estudio de aproximación cualitativa. Variable principal: propuestas de implicación de enfermería en el DVA. Variables secundarias: demográficas, propuestas de promoción DVA, de ayuda a la elaboración del DVA, de fomento al cumplimiento del DVA. Muestreo de avalancha, se estableció contacto con profesionales de enfermería que hubieran publicado sobre el tema, se les pidió si querían participar y a su vez que recomendaran posibles participantes. Criterios de inclusión: Profesionales de enfermería, 10 años de experiencia profesional, interés por el tema (publicaciones o formación en el tema). Recogida de datos: Técnica de Delphi(11-12),

que permite construir consenso en un grupo, sin que los integrantes se reúnan físicamente mediante 3 cuestionarios enviados por correo electrónico. Se planteó la siguiente pregunta de investigación: “¿De qué formas concretas puede enfermería tomar parte activa en la promoción del DVA, ayudar en la elaboración del documento y hacer todo lo posible para respetar, y hacer que se respeten, las preferencias de la persona?”.

Aspectos éticos: La participación fue anónima y voluntaria. Los correos electrónicos fueron enviados utilizando la modalidad de “con copia oculta”, de manera que no se tenía acceso a las direcciones del resto del grupo, para mantener la confidencialidad. Se obtuvo el permiso del tutor de la Tesina para la elaboración del proyecto.

Limitaciones del estudio: Pudieron existir limitaciones debidas a la informática como pérdida de información en el ciberespacio, errores en las direcciones de correo electrónico, bloqueo del correo por remitente desconocido u otros. Una segunda limitación fue la falta de tiempo, los profesionales invitados a participar disponían de 5 días para responder cada uno de los cuestionarios, las agendas de los profesionales de enfermería suelen estar repletas y con horarios laborales a menudo muy complejos, esto pudo ser una de las dificultades para responder a tiempo los cuestionarios; pero se consideró que dejar pasar más tiempo no mejoraría la participación y en cambio podía haber provocado olvidos sobre el tema y más dificultad para reprender el hilo conductor.

Resultados: de los 19 posibles candidatos que cumplían los criterios de inclusión, 5 no respondieron. El grupo de participantes fue de 14 personas. Cada cuestionario ha sido contestado por 11 expertos, índice de respuesta ha sido del 78%. Tenían entre 10 y 27 años de experiencia laboral, en diferentes áreas: asistencial 3, docencia 5, gestión 3, investigación 3. Pertenecían a diferentes provincias del Estado Español: 7 de Barcelona, 5 de Madrid 5, 1 de Granada 1, 1 de Mallorca 1.

En el primer cuestionario se recibieron 60 propuestas y 5 comentarios; se realizó un análisis de estos datos a través de un proceso analítico, se obtuvieron 14 metacategorías o unidades de significados, de las cuáles a través de la lectura repetida, la síntesis de ideas y resumen los textos literales surgieron 29 categorías emergentes, con diferentes matices.. Estas 29 categorías fueron los ítems a puntuar del segundo cuestionario, según escala likert (siendo 1 nada importante y 5 muy importante). De cada ítem se calculó la puntuación media, máxima, mínima y desviación estándar; estos datos formaban el informe de resultados que debían priorizar en el tercer cuestionario, donde debían priorizar del 1 al 10 las propuestas (siendo 1 la más prioritaria). Se obtuvo una gran dispersión de respuestas y tras un análisis detallado se pudieron agrupar en 8 propuestas:

- 1) FORMACIÓN: Enfermería debe saber qué es el DVA, debe conocer la ley estatal y las diferentes leyes autonómicas que regulan el tema, así como las dificultades que presenta su implementación. Para ello será necesario incluir en el temario de la formación pre-grado módulos sobre el tema, también en la formación continuada. Formar a la enfermería en la dimensión ética del cuidado: el reconocimiento de actuar autoresponsablemente, de que cada ser humano tiene el derecho de determinar su propio destino vital (principio de autonomía y autodeterminación) y que también existe para los profesionales la posibilidad de “la objeción de conciencia”.
- 2) RESPETO: Respetar la dignidad y privacidad de la persona. No violentar, desde la responsabilidad enfermera, las últimas voluntades de un paciente. Colaborar en el respeto al cumplimiento de las voluntades anticipadas informando al resto de profesionales (y la familia) de la existencia de los documentos y sus implicaciones legales y éticas. Ser garante del cumplimiento de estas voluntades cuando algún miembro del equipo se disponga a obviarlas. Cuestionar cualquier decisión clínica que amenace con la transgresión de la voluntad del paciente.
- 3) DIFUSIÓN-INFORMACIÓN: Debemos estar implicadas en proporcionar información-formación al paciente y las familias acerca de los DVA. Explicar que el DVA constituye un instrumento que le va a permitir decidir acerca de los cuidados que recibirán al final de su vida, cuando haya perdido la capacidad para decidir por sí misma y dependa de otras personas. Dar a conocer el DVA a la población en general a través de los diferentes medios de comunicación y en cualquier ámbito de trabajo enfermero.
- 4) COMUNICACIÓN: Facilitar la comunicación con pacientes y familiares para abordar el tema de la muerte y la toma de decisiones del final de la vida. Enfermería podría ser el interlocutor entre paciente y sistema sanitario en relación a los DVA. Servir de canal de comunicación fluido y constante entre la persona afectada y familia en relación con el resto del equipo interdisciplinar. Ayudar a

comprender el proceso de la enfermedad (también situaciones futuras) de una manera neutra, clara y en términos comprensibles, de manera que acompañemos a la persona, familia o representante durante la toma de decisiones.

5) REGISTRO: Recoger, como un dato significativo, en la valoración de la persona, si ésta cuenta con un DVA. Integrar toda la documentación de la persona en una sola HISTORIA clínica, que sea compartida entre todos los niveles de atención sanitaria, reflejándose de forma sistemática la existencia o no de DVA. Recoger la opinión de las personas en procesos terminales (y familiares) sobre el DVA.

6) ASESORAR: Enfermería debe ayudar en la elaboración de los DVA mediante: el asesoramiento personalizado según la situación de cada persona. La elaboración documental debe ajustarse a las necesidades planteadas por los pacientes y la Enfermera participará en la elaboración del documento cuando el paciente se lo reclame, a fin de garantizar que lo que el paciente quiere, es lo que realmente expresa el documento.

7) CONSENSUAR: una elaboración generalizada del DVA, tanto a nivel médico como enfermero con un lenguaje sin tecnicismos, ajustado a las necesidades de los pacientes.

8) PARTICIPAR: Enfermería debería participar como profesional autónomo y experto en los comités de ética asistenciales, comités de bioética, grupos interdisciplinarios para elaboración de DVA.

Discusión y Conclusiones:

1. Se observa una gran diversidad de propuestas, que reflejan la complejidad del proceso de toma de decisiones enmarcadas en la planificación anticipada más allá del puro trámite del DVA.
2. Algunas de las propuestas podían encajar en diferentes metacategorías a la vez, situación que refleja la necesidad de tener una visión global respecto al DVA.
3. Las propuestas obtenidas pueden ser de utilidad en todas áreas de desarrollo de enfermería: asistencia, educación, gestión e investigación.
4. La aplicación de estas propuestas puede suponer un avance para la profesión enfermera y para el desarrollo de la ética en nuestro contexto.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Terribas N. Las voluntades anticipadas y su utilización práctica ante un paciente terminal. FMC. 2005; 12(1):84-90.
2. García A, Abad E, Pascau MJ, Sánchez R. La planificación anticipada de las decisiones al final de la vida: El rol de los profesionales sanitarios en general y de la Enfermería en particular. Nure Investigación [Internet]. 2006 enero-febrero. [Acceso 3 de junio de 2009]; 20. Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/originals\\_obj.cfm?id\\_original=96](http://www.nureinvestigacion.es/originals_obj.cfm?id_original=96)
3. Couceiro A. Las directivas anticipadas en España: contenido, límites y aplicaciones clínicas. Rev Calidad Asistencial. 2007; 22(4):213-222.
4. Ley 21/2000, de 29 de Diciembre, sobre los Derechos de Información concerniente a la Salud y a la Autonomía del Paciente, y la Documentación Clínica.
5. DOGC nº 3303 de 11 de enero de 2001.
6. 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.
7. Tamayo MI, Simón P; Barrio IM, Seoane JA. Las Voluntades Anticipadas en España: una visión general. Etica de los Cuidados [Internet] 2008 julio-diciembre. [Acceso el 18 de Noviembre de 2009]; 1(2). Disponible en: <http://www.indexf.com/eticuidado/n2/et6739.php>
8. Barrio IM, Molina A, Ayudarte ML, Simón P, Abad E, Gasull M Et al. Revisión de la literatura sobre el uso del testamento vital por



la población mayor. Gerokomos [Internet] 2008 junio. [Acceso el 5 de Agosto de 2009]; 19(2):68-78. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2008000200003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000200003&lng=es)

9. Barrio IM, Pascau MJ, Simón IM. El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. Enfermería clínica. 2004; 14 (4): 235-241.

10. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Comisión Deontológica. Las enfermeras y las voluntades anticipadas. Barcelona; 2007.

11. Yañez R, Cuadra R. La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. Ciencia y Enfermería. 2008; 24(1):9-15.

12. Okoli C, Pawlowski S. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. Information & Management. 2004; 42:15-29.

\* El presente estudio fue la Tesina del Master Oficial de Bioética, realizado en la Universidad Ramon Llull de Barcelona.

Versión Previsional - Preliminary Version

**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Querido, Maris dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

**TÍTULO/TITLE:**

Quality of life of palliative patients – What matters the most?

Introduction: Although palliative care aim to improve patients' quality of life, there is no data available to comprove that it has been achieved in Portuguese Palliative Care units. Previous research in palliative care has highlighted the need of measure the quality of life, applying instruments validated for patients facing a chronic advanced disease. Because it is subjective, is important to ask patients about how they perceive Quality of life in its several dimensions.

Objectives: To characterize quality of life of palliative care patients (QOL); Determine physical, psychological, existential and support QOL; Correlate QOL dimensions with self perceived QOL; Correlate QOL with family context, religion and site of care.

Method: A cross sectional co-relational study was conducted. A convenience sample of 132 alert and oriented terminally ill, aged between 29-96 (Mean=67,13; SD=12,02; 56,1% men) were recruited from inpatient palliative care units, day care oncology unit, and palliative home care teams.. Structured face-to-face interviews were conducted from September 2009 to February 2010, after informed consent. Instrument was composed by socio-demographic, family and clinical data; McGill QOL Questionnaire (MQOL), 16 questions self rating numerical scale (0-10) in physical, psychological, existential and support dimensions and Single Item Scale (0-10) to assess subjective quality of life. Portuguese version of McGill Quality of Life Questionnaire presents good psychometric characteristics (Cronbach's

alpha =0,896) indicates good internal consistency of the instrument., allowing its use in research and daily practice. Higher scores in the instrument indicates better QOL.

Results: On average patients reported higher QOL than the median of each dimension and their total (mean scores 0-10). The best QOL was reported in support dimension (Mean=8,42; SD=2,16), the lower referred to physical QOL (Mean=5,44; SD=2,48). Only 6 patients said they had no physical symptoms affecting QOL. Most of the participants (95,5%) mentioned at least 1 physical symptom interfering with QOL, 69,70% referred 2 and 46,21 listed 3 symptoms. Pain was the most problematic physical symptom affecting 38,6% of the patients, followed by fatigue (36,4%) and constipation (18,9%).

Patients revealed good total QOL (Mean=6,69; SD=1,93). There is a statistically significant correlation between Global QOL and Total MQOL ( $r=0,39$ ;  $p<0,01$ ). Despite, when asked to rate global aspects of their lives, scores were slightly lower (Mean=6,27; SD=2,58). All MQOL factors positive correlated with Total QOL ( $p<0,001$ ). Strongest correlations were with Existential ( $r=0,86$ ), Psychological ( $r=0,81$ ) and Physical ( $r=0,79$ ) dimensions.

Comparing patients receiving palliative care with those in a day care unit undergoing palliative chemotherapy, and correlate QOL, statistically significant differences were found. Those in a day unit reported better physical QOL ( $t=-3,267$ ,  $p=0,001$ ), better existential QOL ( $t=-2,217$ ,  $p=0,02$ ) and total QOL ( $t=-1,992$ ,  $p=0,04$ ) than the others. No significant correlations were found with QOL and family context or religion.

Discussion: Despite terminally ill, patients still have good QOL in all dimensions, except physical QOL which is moderate. Similar to Douglas (2007), patients didn't had better QOL in palliative care, probably due to patient performance status, disease information or focusing hope on continued treatment. Sample choice by palliative care teams is one study limitation. Future studies are needed to compare QOL and hope.

Implications to clinical practice: As patients felt supported efforts should be made to minimize physical symptom. Nurses should be knowledgeable optimizing pain control and preventing side effects. Existential, psychological and physical dimensions should be attended by health care teams in order to produce gains in quality of end-of-life care. Nurses must be aware of factors that foster QOL and explore hope as an intervention.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Querido A, Dixe M. Os cuidados paliativos e a qualidade de vida dos doentes. [Online]. 2010 [accedido em 30 mar. 2010]. Disponível em:  
URL:[http://www.apcp.com.pt/uploads/congresso\\_2010\\_programa\\_final.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/congresso_2010_programa_final.pdf)
- Cohen SR, Mount BM, Bruera E, Provost M, Rowe J, Tong K. Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: a multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliative Medicine* 1997;11:3-20.
- Steinhauser KE, Bosworth HB, Clipp EC. Initial assessment of a new instrument to measure quality of life at the end of life. *J Palliative Med* 2002;5(6):829-41.
- Lo RS, Woo J, Zhoc KC, Li CY, Yeo W, Johnson P et al. Cross-cultural validation of the McGill Quality of Life questionnaire in Hong Kong Chinese. *Palliative Medicine* 2001;15 (5):387-97.
- Kim SH, Gu SK, Yun HY, Lee CG, Choi YS, Kim SY, et al. Validation study of the Korean version of the McGill Quality of Life Questionnaire. *Palliative Medicine* 2007; 21:441-7.
- Querido A, Dixe M. A esperança e qualidade de vida dos doentes em cuidados paliativos. *Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology* 2010;1(1):613-22.
- Douglas, Audra. Quality of Life in Hospice Versus Non-Hospice Terminally Adults. *Journal Of Hospice And Palliative Nursing*, 2007 (9), nº4:182-188.

## Mesa de comunicaciones 2: Adolescentes

### Concurrent session 2: Adolescent Care

#### AUTORES/AUTHORS:

Paloma Rodríguez Oviedo, Dorotea Gómez Fernández, Isabel Carreira Nuñez

#### TÍTULO/TITLE:

Actividades correctoras y preventivas del dolor de espalda en adolescentes, estudio cuasi-experimental

El dolor de espalda es un problema de salud que va en aumento en la población adolescente(1) y que puede limitar en buena medida las actividades de la vida diaria. Esto es más frecuente en los países con un nivel alto de desarrollo, en los que el sedentarismo y los malos hábitos posturales incrementan la incidencia del dolor lumbar(2). Además, representa un problema de salud pública por su importante repercusión socioeconómica. Las lumbalgias ocupan el primer lugar dentro de las dolencias musculoesqueléticas, ya que genera una elevada frecuentación de los servicios sanitarios, siendo el segundo motivo de consulta tras las enfermedades de las vías respiratorias altas(3). Según un estudio realizado en 10 consultas de Atención Primaria de la provincia de Lugo en el 2005, de los pacientes adultos que presentan dolor, el 37,8% afecta al sistema osteomuscular(4). Se ha estimado que en el periodo 1993-1998 el dolor lumbar supuso un 11,4% de todas las incapacidades temporales con un coste de unos 75 millones de euros(5).

En muchos casos, los problemas de la espalda comienzan en la infancia(6) por la adopción combinada de posturas inadecuadas, fijas(7) y prolongadas(8), uso de mobiliario inadecuado cuyas medidas no se ajustan a los factores antropométricos de sus usuarios(9) y transporte diario de cargas pesadas, por ejemplo, mochilas llenas de libros(10). En este sentido los expertos recomiendan que el peso máximo que deben llevar a sus espaldas los escolares no ha de superar el 10% del peso corporal del niño en edad de desarrollo(11).

Algunos estudios demuestran que los sujetos que sufren dolencias de la espalda en su adolescencia tienen mayor riesgo de padecerlas de forma crónica cuando son adultos, implicando limitaciones en su vida adulta. Los datos disponibles sugieren que la incidencia de las dolencias de la espalda está aumentando entre los adolescentes(12)

#### OBJETIVO

Evaluar la efectividad de una serie de actividades correctoras y preventivas, desarrolladas durante cuatro años, para corregir malos hábitos posturales, sobrecargas y promocionar hábitos saludables en los adolescentes del Área Norte de Lugo, con edades comprendidas entre los 12 y 17 años..

#### MATERIAL Y MÉTODOS

##### Diseño y ámbito del estudio

Se ha realizado un estudio cuasi-experimental prospectivo. La población de estudio estaba compuesta por jóvenes de edades comprendidas entre 12 y 17 años, ambas inclusive, de la zona Norte de Lugo (Municipios de Viveiro, Xove, San Ciprián, Burela, Foz, Ferreira, Mondoñedo, Ribadeo). La mayoría de los municipios son rurales, habiendo alguno semiurbano.

Los datos se recogieron en los 11 Institutos de Enseñanza Secundaria del área Norte de Lugo. El periodo de estudio incluyó los cursos académicos de 2004-05 a 2007-08.

Las actividades realizadas anualmente consistieron en charlas educativas a los alumnos de 1º y 2º curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) -edades entre 12 y 14 años-, donde se trataba:

- Ligeras nociones sobre las estructuras de la espalda y características de las deformidades (escoliosis, cifosis)
- Correcta e incorrecta posición andando, sentado.
- Correcta e incorrecta colocación de las mochilas (13)
- Evitar sobrecarga en la mochila
- Relevancia de la actividad deportiva adecuada a la edad (14)
- Enseñanza de ejercicios básicos de estiramientos

Tras la charla, se repartieron pegatinas y se colgaron posters, en ambos se reflejaban la correcta colocación de la mochila, motivos alusivos al deporte, higiene postural y tabla de ejercicios de estiramientos

Las dos fuentes principales de información fueron: Un cuestionario anónimo con 10 preguntas, que se les hizo llegar, a través de los

niños, a los padres o tutores, para su cumplimentación y tras la autorización por parte de los padres o tutores del niño, medición "in situ" de peso y talla de todos los niños de los cuatro cursos de la ESO y peso de la mochila con el material escolar que portaban los alumnos ese día. Dicha medición se llevó a cabo tras la presentación de la autorización firmada por padres o tutores y en una fecha que los escolares previamente desconocían, con el fin de evitar sobrecargas intencionadas en sus mochilas.

Las variables cualitativas se presentaron con frecuencias y porcentajes y las cuantitativas con medias y desviación estándar. Además, se emplearon pruebas de chi-cuadrado y test T de Student-Fisher para la comparación de variables, considerando diferencias significativas valores de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

### Tamaño de la muestra

Durante los cuatro años de estudio se matricularon un total de 8.219 alumnos (una media de 2.000 alumnos por año), con edades comprendidas entre 12 y 17 años, en los 11 institutos incluidos en el estudio, de los cuales 4.161 fueron niños y 4.058 niñas.

En el primer año (2004-05) de los 2.219 matriculados participaron en la muestra 2.035 alumnos, 1.025 (50,4%) niños y 1.010 (49,6%) niñas.

En el último año (2007-08) de los 1.861 matriculados participaron en la muestra 1.705 alumnos, 861 (50,5%) niños y 844 (49,5%) niñas.

Se excluyeron de la muestra los alumnos con edad superior a 18 años, así como aquellos que no presentaron la encuesta debidamente cumplimentada, no trajeron la autorización y faltaron el día del pesado.

### Característica de la muestra

Se hizo una comparativa de los datos obtenidos el primer año de estudio (2004-05) con los obtenidos en el último (2007-08) extrayéndose los siguientes resultados:

#### Peso y talla del niño y peso de la mochila.

En el grupo de edad de 12-13 años el 77,2% de los niños y el 79,9% de las niñas en el primer año y del 75,8% en niños y el 80,5% de niñas en el último. Los datos demostraron una sobrecarga tanto en el primer año como en el último, manteniéndose el porcentaje de casos con exceso de carga en las niñas.

En el grupo de edad de 14-15 años el 46,8% de los niños y el 66,9% de las niñas en el primer año y el 45,4% de los niños y el 64,9% de las niñas en el último año superan el 10% del su peso corporal.

En el grupo de edad de 16-17 años el 25,1% de los niños y el 49,1% de las niñas en el primer año y el 26,7% de los niños y el 42,9% de las niñas en el último año. Con respecto a las niñas se aprecia un descenso considerable en el número de casos que supera el 10% de su peso corporal, aunque siguen siendo ellas las que mayor carga transportan.

Los resultados obtenidos en la encuesta con respecto al dolor de espalda de más de 15 días de duración:

En el primer año de estudio el grupo de edad de 12-13 años presentaba dolor un 20,8% de los alumnos, dato que va en aumento a medida que avanza la edad, siendo de un 30,8% en el grupo de edad entre 14-15 años y llegando al 33,6% en el grupo entre 16-17 años.

En el último año el dolor de espalda de más de 15 días de duración en los niños y niñas de 12-13 años fueron el 19,2%, aumentando el número de casos con la edad, que llega a ser del 21,7% en el grupo de edad entre 14-15 años y a los 16-17 años son el 25,5%.

Por lo que apreciamos que, comparativamente con el primer año, existe una disminución de los casos en el último año, resultando ser un 9,1% menos a los 14-15 años y un 8,1% menos en el grupo de edad entre 16-17 años.

Al hacer el análisis por sexos se observó que en el primer año el 21,7% de los niños y el 33,5% de las niñas presentan dolor de espalda, mientras que en el último año lo presentaron el 17,1% de los niños y el 25,0% de las chicas.

En cuanto a la actividad deportiva comprobamos que las diferencias entre un año y otro no son significativas, ya que se mantiene el 53% de los alumnos que lo práctica. Del mismo modo si lo comparamos por sexos que está en el 68% de los chicos y el 38% de las chicas en ambos años.

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto varios aspectos. El primero y más importante, es que tras las actividades correctoras y preventivas se ha reducido entre un 29,5% y un 24,1% el riesgo de presentar dolor de espalda de más de 15 días. Según bibliografía consultada no se han encontrado estudios, ni en España ni en Europa, donde se reflejen resultados de medidas correctoras, resaltando que es el primero realizado por enfermería.

El presente estudio tiene en común con otros publicados en Europa (6) en que se aprecia un exceso de carga por parte de los jóvenes con edades de 12 y 13 años, que son las chicas las que más carga llevan, y que son éstas las que más casos de dolor de espalda presentan.

Diversos estudios (11) han destacado el peso de las mochilas escolares, mostrando que entre el 20% y el 38% los alumnos, con edades de 11 a 13 años, llevan una carga superior al 10% de su peso corporal, aunque son muy pocos los que estratificaron sus resultados por edad.

Si bien, según los datos aportados de nuestro estudio, el exceso de carga en la mochila en edades de estudio no parece precipitar el dolor de espalda, no debemos dejar de incidir sobre ello, ya que, esta circunstancia se da en un momento del desarrollo en el que comienza el crecimiento del tronco y, de forma paralela, las posibles modificaciones patológicas de los elementos del raquis. En este sentido, López Miñarro P.A. et al, también lo manifiesta al indicar que "Durante el período prepuberal y puberal los cuerpos vertebrales van a ir adquiriendo una morfología adolescente y son susceptibles de deformidades estructurales que pueden ser permanentes."(15).

El presente estudio tiene varias limitaciones, como que por falta de tiempo, los alumnos no fueron pesados desnudos o, la imposibilidad de medir las actividades correctoras de higiene postural y correcta colocación de las mochilas durante su transporte. Las principales ventajas de este estudio fueron, el tamaño de la muestra, que permite estimaciones sólidas, ajustadas por sexo, edad, realización de actividades deportivas y el hecho de haber recogido una muestra amplia de todos los escolares de la zona a estudio implica que los resultados pueden ser fácilmente extrapolables a los escolares de otras zonas.

En conclusión, si bien no es cuantificable, las actividades correctoras aplicadas en los centros educativos, incidiendo sobre el fomento de la actividad deportiva, corrección de los malos hábitos de higiene postural (correcta colocación de la mochila, posturas adecuadas al sentarse y al caminar, estiramientos para liberación de tensiones musculares), para favorecer la musculatura de la espalda, reduce el riesgo de padecer dolor de espalda en los adolescentes de edades comprendidas entre 12 y 17 años.

En la convocatoria de ayudas para la realización de proyectos de investigación de 2009, la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia, concedió una subvención al grupo investigador para proseguir con el proyecto durante tres años, incluyendo a los jóvenes de 11 años matriculados en 6º de primaria de los colegios de la misma zona que el presente estudio.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. AM Briggs. AJ Smith, LM Straker and P Bragge. Thoracic spine pain in the general population: Prevalence, incidence and associated factors in children, adolescents and adults. A systematic review. BMC Musculoskeletal disorders 2009;10:77
2. K Shehab FRCPK and Khaled F Al-Jarallah, FRCPK, FACR departamento de medicina, facultad de medicina, univ de Kuwait, Safat, Kuwait .Dolor de espalda no específico en niños y adolescentes Kuwaití: Factores asociados Diario de la salud adolescente 01.01.2005; 36(1): 32-35
3. Andersson GBJ. Epidemiologic features of chronic low-back pain. Lancet 1999; 354:581-5

4. López-Silva MC, Sánchez de Enciso M, Rodríguez-Fernández MC, Vázquez-Seijas E, Calidad de vida y dolor en atención primaria Rev. Soc. Esp. Dolor 1:9-19;2007:10-12
5. González MA, Condón MA. Incapacidad por dolor lumbar en España. Med Clin (Barc) 2000;114:491-2
6. Trevelyan FC and Legg SJ. Back pain in school children. Where to from here?. Ergonomics 2006;37(1);45-57
7. Gestoso M, Gil del Real MT et al. Frecuencia de las dolencias de la espalda entre los adolescentes y factores asociados a un mayor riesgo de padecerlas. Pain 2003;103:259-268
8. E Quintana, A Martín, C Sanchez, I Rubio López, N López, JL Calvo. Estudio de la postura sedente en una población infantil. Fisioterapia 2004; 26(3):153-63.
9. Koskelo R, Vuorikari K, Hänninen O. Sitting and standing postures are corrected by adjustable furniture with lowered muscle tension in high-school students. Ergonomics 2007 Oct; 50(10):1643-56.
10. Mackenzie WG, Sampath JS, Kruse RW, Sheir-Neiss GJ. Backpacks in children; Clin. Orthop. Relat. res. 2003 apr;(409);78-84
11. Kovacs FM, Gestoso M, Gil del Real MT, Lopez J, Mufraggi N, Mendez JI Risk factors for non-specific low back pain in schoolchildren and their parents: a population based study Pain 2003;103(3):259-268.
12. Jeffries LJ, Milanese SF, Grimmer-Somers KA. Epidemiology of adolescent spinal pain: a systematic overview of the research literature. Spine (Phila Pa 1976); 2007 Nov 1;32(23);2630-7
13. Skoffer B. Low back pain in 15-16 year old children in relation to school furniture and carrying of the school bag. Spine (Phila Pa 1976) 2007 Nov 15;32(24); E713-7
14. Skoffer B, Foldspang A. Physical activity and low-back pain in schoolchildren. Eur Spine J (2008);17(3);373-379
15. López PA y Rodríguez PL "Ejercicios físicos desaconsejados para la columna vertebral y alternativas para su corrección" Inde(2001):10(1),9-19

**AUTORES/AUTHORS:**

CARLA CID GONZÁLEZ, ROBERTO GONZALEZ BOUBETA, JULIA FERNANDEZ LOPEZ, MYRIAM SANTOS FOLGAR, ARACELI RODRÍGUEZ VILA

**TÍTULO/TITLE:**

MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO. COMPARATIVA ENTRE EL AÑO 1994 Y 2008.

Objetivo: Conocer si existen diferencias entre el número, características y complicaciones de los embarazos y partos adolescentes atendidos en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI) en los años 1994 y 2008.

Personas y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal de todos los partos adolescentes atendidos en el CHUVI en el año 1994 y 2008.

Resultados: En 1994 el porcentaje de partos adolescentes fue del 4.58% (176 de 3.840) y, en 2008, de 1.70% (79 de 4.641). La edad media materna en el momento del parto fue 18.17 años en 1994 ([IC] 95% [18.02- 18.32]), y 18.14 años en 2008 (IC 95% [17.91-18.37]). En 1994 el 94.9% de madres eran españolas y de 75.9% en 2008 siendo la diferencia significativa, sobre todo por madres latinoamericanas. El porcentaje de gestaciones sin patología en 1994 fue 80.3% (143/176) y 60.8% (48/79) en 2008 ( $p=0.000$ ). En 1994 el 26% (20/77) de las adolescentes realizaron la primera visita obstétrica antes de la semana 13 frente al 45.3% (34/79) del 2008 ( $p=0.013$ ). En 1994 el 38.63%(68/176) de las adolescentes usaron analgesia intraparto frente al 81.01%(68/79) del 2008 ( $p=0.000$ ). El 22.7% finalizaron por cesárea en 1994 frente al 7.6% en 2008 ( $p=0.004$ ). En 1994 se realizó episiotomía en el 90.4% de los partos frente al 57.5% del 2008 ( $p=0.000$ ).

Discusión: A pesar de que los programas de educación sanitaria y sexual parecen tener un efecto global positivo en cuanto a la disminución del número total de partos en adolescentes, lamentablemente, no se ha conseguido aumentar la edad media de embarazo en estas edades, que se mantiene estable en torno a los 18 años. Por otra parte, dado el aumento de la proporción de madres adolescentes de origen no español, las nuevas políticas de educación sexual deberían hacer hincapié en estas poblaciones. Como se ha hecho mención anteriormente, la disminución del porcentaje de cesáreas y episiotomías en nuestro medio se explica por un proceso de modernización de las técnicas y de la atención global de la mujer gestante. De esta manera, la disminución en el número total de cesáreas coincide con lo publicado por otros autores, desterrando así el antiguo concepto según el cual los partos a través de la pelvis cuyo crecimiento no estuviera finalizado, podían exponer a un riesgo extra de desproporción y de cesárea. Una posible limitación de este estudio, es la ausencia de variables sociales tales como el nivel de estudios de la gestante, la aceptación del embarazo y la experiencia del parto.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Organización Panamericana de salud. Salud del adolescente. OPS/OMS. Washington 1995.
2. Routi A. Patología obstétrica en la mujer embarazada. Rev. Sogia 1994; 1(2):70-72.
3. Forrest JD. Timing of reproductive life stages. Obstet Gynecol 1994; 82:105.
4. Lebreton S. Lachcar p. Gynécologie psychosomatique. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie, 167-A-10, 1995:6p.
5. Spira A. Bajos N et le groupe ACSF. Les comportements sexuels en France. Rapport au Ministre de la Recherche et de l'Espace.



Paris: La Documentation Française;1993.

6. Espinaco mj, Ruiz JM, Roman j. Experiencia en centros educativos. Rev ROL Enferm. 1999;22(11): 795-802.
7. Díaz-Gómez NM, Barroso A, Hernández C, Romero A, Daroqui P, Novo P. Sexualidad en la adolescencia. En: XXIX Congreso Nacional Ordinario de Pediatría de la AEP. Tenerife, junio de 2000. Consultado:02/02/2007. Disponible en [http://www.adolescenciasema.org/index.php?menu=documentos&id&45=id\\_doc=47&show=1](http://www.adolescenciasema.org/index.php?menu=documentos&id&45=id_doc=47&show=1).
8. Grupo Daphne. 1ª Encuesta sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española. Diálogos. 2002;52(32) 30-32.
9. Cordón-Colchón J. Mitos y creencias sexuales de una población adolescente de Almendralejo. Matrona Prof. 2008;9(3):6-12.
10. Moreno MC, Muñoz MV, Pérez PJ, Sanchez J. Estudio HBSC: Los adolescentes españoles y su salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002. Informes sobre protección de la salud en adolescentes. Consultado 15/02/2007. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/home.htm>
11. Uzan M. La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Rapport au directeur general de la santé. Paris. Avril 1998.
12. C. Martínez Bueno. Posparto en la madre adolescente. Matronas Prof.;7:19-25.
13. Instituto Nacional de Estadística. Movimiento natural de la población. Disponible en <http://ine.es>. Consultado En Mayo 2010.
14. Belitzky R. Resultados perinatales en madres jóvenes: estudio comparativo en maternidades Latinoamericanas. La salud del adolescente y el joven en las Américas. Washington: OPS, 1985:221-72.
15. Molina R. Sistemas de atención para adolescentes y embarazadas. La salud del adolescente en Chile. Santiago de Chile: Ediciones R. Florenzano, M. Magdaleno, E. Bobadilla, 1998:195-231.
16. Routi M, Routi A. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay: Universidad de Asunción, 1992.

**AUTORES/AUTHORS:**

María del Sol Arranz Alejos, Noelia García González, Jéscica Iburgüen Villa, Alba Mateos Martínez, Beatriz Pascual Delgado

**TÍTULO/TITLE:**

Hábitos alimentarios en el desayuno de los preadolescentes. Un estudio descriptivo.

**INTRODUCCIÓN**

El desayuno es, según los nutricionistas, una de las comidas más importantes del día. Supone, al menos, el 20 – 25 % del aporte energético diario, la comida el 30 %, la merienda un 10 – 15 %, y la cena el 25 – 30% restante. Sin embargo, suele ser la ingesta que con mayor frecuencia es insuficiente o nula(1).

Entre los 10 y los 14 años los preadolescentes entran en una etapa fundamental de crecimiento y desarrollo y deben recibir una correcta alimentación en cantidad, calidad, adecuación y armonía, además del necesario afecto, estímulos y cuidados.

Los nuevos estilos de vida, con su falta de tiempo, están induciendo a consumir desayunos a contra-reloj y, en consecuencia, de baja calidad nutricional que contribuyen a hacer una elección peor en la dieta durante el resto del día, un hecho que repercute en las consultas de Atención Primaria (2).

Durante la edad escolar los factores que influyen en la conducta alimentaria no sólo dependen de la familia, sino que también del medio escolar, donde el niño pasa la mayor parte del día, de sus compañeros y amigos, de la publicidad y medios de comunicación, especialmente la televisión (3).

Hacer un desayuno completo supone dedicarle tiempo suficiente, entre 15 y 20 minutos, y siempre antes de iniciar la actividad habitual. No demasiado ligero. Combinará líquidos y sólidos: lácteos (leche, yogur, queso fresco), pan, galletas o similares, cereales y fruta troceada o en zumo o vegetales frescos. Debe contener fibra y limitar el contenido en grasa (4).

Saltarse el desayuno no sólo no ayuda al control de peso sino que contribuye a incrementar el riesgo de obesidad, porque se tiende a picar entre horas y es más difícil construir una alimentación equilibrada y saludable (5).

Los objetivos de este trabajo son conocer los hábitos alimentarios en el desayuno de los preadolescentes del colegio Blanca de Castilla de Burgos, describir los alimentos de mayor consumo e identificar factores relacionados con la conducta de desayunar.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo, trasversal. Realizado en el colegio "Blanca de Castilla" de Burgos, en noviembre de 2009. Población 160 alumnos. Criterios de inclusión: tener de 9 a 12 años, estar en la clase en el momento de la encuesta y tener la autorización firmada por los padres. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, frecuencia del desayuno, alimentos consumidos en el desayuno, preparación, tiempo invertido y compañía al desayunar, quién les ha enseñado qué deben desayunar y si creen que es adecuado. La recogida de datos se realizó mediante encuesta de 10 ítems, anónima y voluntaria, de elaboración propia y pilotada previamente. El análisis de los datos incluyó la medida de las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas y la media y desviación típica (DE) de las cuantitativas. Se consideró que existía significación estadística cuando  $p < 0,05$ . Los cálculos se completaron con el programa informático SPSS v 16.

**RESULTADOS**

Completaron correctamente la encuesta 140 alumnos de 160, lo que sitúa la tasa de respuesta en el 87,5%. De ellos, el 36% (51) fueron niños, y 64% (89) niñas. La edad media fue de 10,38 años (DE: 0,66).

El 97,1% (136) de los preadolescentes de nuestro estudio afirmó que desayuna siempre, el 2,1% (3) la mayoría de los días, el 0,7% (1) lo hace pocas veces y no hay ningún niño que no desayune nunca. Los que no desayunan a diario lo atribuyen a circunstancias especiales entre las que incluyen: estar enfermos, se van de viaje y se marean...

Los alimentos más consumidos son la leche con cacao y galletas 56,4%, tostadas con mantequilla o actimel el 19,3%, leche con

cereales más fruta o zumo 12,1% , leche con cacao y bollería 5%, leche con cacao 4,3%, yogurt 0,7%. El 2,1% de los encuestados no respondieron a esta pregunta. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de desayuno y el sexo del escolar.

El 18,6% de los participantes en el estudio se preparan ellos mismos el desayuno, al 75,7% sus padres, al 3,6% sus abuelos y ningún niño lo compra por el camino a clase.

El 44,3% (62) invierte entre 5 y 10 minutos en desayunar, el 35,7% tarda de 10 a 15 minutos, el 12,1% emplea más de 15 minutos y el 7,9% lo hace en menos de 5 minutos.

El 30% de los preadolescentes desayuna solo, frente a un 67,1% que lo hace en compañía. De los que desayunan acompañados el 48,9% lo hace con sus hermanos, el 30% con sus padres, el 2,1% con sus abuelos y destaca que el 5,7% no contestó.

Un 30,7% de escolares ve la televisión a la vez que desayuna, de ellos el 39,5% son niños y el 60,5% niñas. Del 67,9% que no ve la televisión el 34,7% eran varones y el 65,3% mujeres. No se ha hallado que exista significación estadística en estas diferencias.

El 67,1% de los encuestados desayunan lo mismo los fines de semana que a diario, mientras que el 32,9% lleva un desayuno diferente.

El 39,4% de las niñas y el 53,6% de los niños realizan el mismo desayuno que a diario, pero el 6,4% (14) de los niños y el 14,7% de las niñas modifican su hábito de desayuno los fines de semana. Tampoco se ha encontrado significación estadística.

Según los encuestados a un 91,4% (128) les han enseñado sus padres lo que tienen que desayunar a un 2,14% (3) sus abuelos y un 0,71% (1) afirman que se lo han enseñado en el colegio.

El 78,6% de los encuestados opina que el desayuno que realiza es el adecuado frente al 20% que no lo cree así.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El análisis de los resultados revela que los hábitos de desayuno del grupo estudiado pueden considerarse adecuados, teniendo en cuenta que apenas un 3% de los participantes acuden al colegio sin desayunar, mientras las cifras nacionales del estudio Enkid llegan al 8%, la diferencia podría explicarse porque en nuestro caso se aborda únicamente la preadolescencia.

En cuanto al sexo, las niñas son las que menos cantidad desayunan (36% niñas, 64% niños), creemos que es debido a que la franja de edad que abarca nuestro estudio coincide con la etapa en la que se inician los cambios físicos, la menarquia y el desarrollo de la preocupación por la autoimagen.

El producto estrella de consumo es la leche, tratándose de un producto esencial por sus características nutritivas. Pero hemos de destacar que un 4,3% sólo desayuna leche con cacao y el 0,7% sólo yogurt. Un aspecto positivo es que toman cereales con leche un 87,8% de los participantes, de acuerdo con los criterios de la OMS, que considera recomendable los cereales porque son un alimento de alta densidad calórica y pobre en grasas.

El hecho de que el desayuno lo prepare un adulto (75,7% padres y 3,3% abuelos), así como desayunar en casa hace que los niños estén más "controlados". Por el contrario, que se lo preparen ellos, o se lo compren de camino al colegio, impide que se pueda comprobar si se realiza de forma correcta o no, favoreciendo la elección de alimentos poco adecuados (bollería...).

A esta edad, ya son autónomos para elegir los alimentos y también para prepararlos, por lo que es más complicado controlar sus hábitos. La conducta de los padres debe de ser encauzadora adaptando los alimentos con preferencia a los gustos de sus hijos, pero de una manera saludable.

Según los datos de este estudio la mayoría de los niños aprende a desayunar con sus padres, pero creemos que este hábito debería profundizarse también en los colegios y para ello proponemos que enfermería planifique intervenciones de Educación para la Salud dirigidas tanto a los escolares como a sus padres y al profesorado.

Tras la realización de este trabajo pensamos que es importante que se realicen investigaciones sobre los hábitos nutricionales de la población preadolescente, que nos permita conocer la realidad de nuestra población, para evaluar las deficiencias, mejorar y equilibrar los aportes energéticos diarios, e incorporar hábitos más saludables, así estaremos previniendo trastornos alimentarios en

los primeros años de vida.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

##### BIBLIOGRAFÍA

1. Alimentación infantil. El desayuno adecuado para los niños. Un desayuno equilibrado puede prevenir la obesidad infantil. [En línea]

Actualizado en 2009. Disponible en:

<<http://www.guiainfantil.com/salud/alimentacion/desayuno.htm>>

[Fecha de consulta: 12 de diciembre de 2009]

2. Alustiza E, Aranceta J. Prevención y tratamiento de la obesidad en Atención en Atención Primaria [en línea]. Actualizado en 7 octubre 2004. Disponible en:

<<http://www.avpap.org/documentos/donostia2004/alustiza.htm>>

[Fecha de consulta: 4 de diciembre de 2009]

3. Pérez EC, Sandoval MJ, Schneider SE, Dr. Azula LA. Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. [En línea]. Actualizado en marzo de 2008. Disponible en:

<[http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista179/5\\_179.pdf](http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista179/5_179.pdf)>

[Fecha de consulta: 7 de noviembre de 2009]

4. Campoy Folgoso C. Alimentación en la etapa de crecimiento [En línea]. Actualizado en 9 de abril de 2008. Disponible en:

<[http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID=3580&TIPO\\_CONTENIDO=Articulo&ID\\_CATEGORIA=125&ABRIR\\_SECCION=2&RUTA=1-2-46-125](http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID=3580&TIPO_CONTENIDO=Articulo&ID_CATEGORIA=125&ABRIR_SECCION=2&RUTA=1-2-46-125)>

[Fecha de consulta: 7 de noviembre de 2009]

5. Estudio enkid sobre desayunos saludables. El desayuno saludable. [En línea]. Disponible en:

<<http://www.scribd.com/doc/.../El-Desayuno-Saludable>>

[Fecha de consulta: 22 de diciembre de 2009]

**Mesa de comunicaciones 3: Cuidados a pacientes críticos****Concurrent session 3: Critical care****AUTORES/AUTHORS:**

Melanie Andrade, Ernesto Morais

**TÍTULO/TITLE:**

ECONOMIC EVALUATION OF PRESSURE ULCER PREVENTION IN INTENSIVE CARE UNITS

Pressure ulcer (PU) is defined as an "area of localized damage to the skin and underlying tissue caused by pressure or shear and/or a combination of these"(1).

The treatment of pressure ulcers (PU) requires a significant amount of material and human resources which is reflected in high costs; therefore, the prevention of PU plays a fundamental role in health economy and management.

Presently we witness an increasing need for health care in the population and the shortage of the necessary resources. It is evident, that the growing expenditure in health care should be reduced, by improving the efficiency of health services(2).

The development of pressure ulcers is globally considered as an indicator of the quality of the nursing care provided(3). Therefore, this makes nursing management and care an important issue.

**Objectives**

This study aims to answer the following research question: From the institutions point of view and considering a cost-effectiveness (CE) approach, is the program for the prevention of PU in patients admitted in the intensive care unit (ICU) of the hospital Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E) preferable to the program applied at the Hospital Pedro Hispano (HPH)?

The goal of this study was to contribute with scientific data from an economic evidence based study, to professionals and managers of health institutions knowledge of the costs and consequences of the intervention programs implemented to the prevention of PU in patients admitted to ICU.

The objectives defined were: to compare direct costs and effects of prevention programs in PU risk patients, hospitalized in two departments of ICU; to determine the average cost per day of PU prevention in patients at risk of PU development; and to identify the preferable PU prevention program.

**Methods**

An economic evaluation, cost-effectiveness (CE) type, from the health institutions point of view, with patients admitted in ICU in two different hospitals: CHVNG/E and in the HPH, between May and September of 2009. The study population was 132 patients from the CHVNG/E and 162 from HPH. There were considered the following admission criteria: patients without PU at admission and at risk of developing PU, with nursing intervention planned to prevent PU development. Therefore, 100 cases from CHVNG/E were studied (75,7% of the population) and 101 from HPH (62,4%). The variables were related to the socio-biographical characteristics of patients, the costs of material and human resources recruited for the PU prevention programs and their direct effects (amount of new cases, incidence and incidence density)(4,5,6). Tables were created for patient assessment and cost calculations, as well as a questionnaire for the professional experts (nurses, nurse assistances, physicians and nutritionists) from each hospital, followed by a descriptive and inferential statistical analysis of data.

Total cost of PU prevention resulted from the sum of the cost of human and material (equipment and consumable) resources. The human resources cost was based on the frequency of the interventions, professional time to perform the task, number of personnel required and the professionals' average hourly wage.

The material resources resulted from the acquisition cost. Calculations of the cost amortization per day were considered for the equipment, taking into account the time warranty and the cost acquisition; the consumable materials were all the disposable material. The total cost was calculated considering the cost acquisition. Each cost was calculated for each patient per day.

**Results**

Most of the interventions in PU prevention plans were nurses responsibility. Nursing assistants were also significant, because they perform some interventions but with nursing supervision. Physicians and nutritionists played also an important role, mainly in

improving the patients' general condition, but recognized that they didn't have any intervention specifically and exclusive for PU prevention.

As results, it was found that the samples had similar socio-biographical characteristics. In the CHVNG/E the average age was 62, 55% were male, mostly (71%) admitted in emergency circumstances. They were hospitalized in ICU for an average 6,7 days. In the HPH, the average age was 60, the average time of hospitalization was 5,9 days. The majority of patients was male (59%), with emergency admittances (79%). Diabetes was the predominant comorbidity in both hospitals (CHVNG/E=34%; HPH=26%). The statistically significant differences between the patients of the two hospitals were found in weight ( $p=0,049$ ) and height ( $p=0,003$ ) – the HPH patients had more weight and height. However when calculating the body mass index (BMI) this difference wasn't statistically significant ( $p=0,344$ ) and both samples indicated obesity (the average of BMI was 26 kg/m<sup>2</sup>). CHVNG/E registered more deaths than the HPH, and this difference was statistically significant ( $p=0,001$ ).

The patients' risk of PU development was evaluated by the Braden scale (at CHVNG/E) and Norton scale (at HPH). Considering the different risk degrees of PU development in each population, the difference between the averages of the daily frequency of the interventions to prevent PU development wasn't statistically significant. So, independently of the risk degree evaluated, the plan for PU prevention was similar between patients in each ICU. But considering the two hospitals, the difference between the averages of daily interventions frequency was statistically significant - in the HPH, interventions were more frequent ( $p<0,001$ ). There was only one similarity between both, daily frequencies of risk evaluation using the scale - less than once a day. In other words, patients weren't evaluated (using the scales) every day. Professionals considered all patients hospitalized in ICU as having high risk of developing PU.

When the professionals were asked about the time of each intervention, they measured the average for Positioning (positioning the patient, bed linen care) at the CHVNG/E - 15 minutes (min.), and at HPH = 19 min.. For Monitoring scale an estimated 1,8 min. were determined at the CHVNG/E (Braden scale) and 5,87 min. at HPH (Norton scale). Application of lotion and massage was similar for both hospitals, 5,5 min. at CHVNG/E and 5,9 min. at HPH.

The estimated total cost of PU prevention was €20.915,36 at CHVNG/E and €42.100,69 at HPH, for all the patients studied. The cost of PU prevention per patient per day of hospitalization in ICU was €30,27 and €65,12, correspondingly.

The cost of human resources represented almost 83% of the total cost, material/consumable (gloves, lotion, apron and mask) 16% and material/equipment (mattress and pillows) 1%. In HPH, the plots were 73%, 27% and <1%, respectively.

The difference between the average costs for each hospital was statistically significant – in HPH the costs were higher than in CHVNG/E ( $p<0,01$ ).

Although the acquisition cost of materials wasn't very influent on the total cost, it is always important to negotiate it, improving the partnerships with the distributors.

The consequences of the prevention programs, 10 new cases of PU were registered at CHVNG/E and 1 at HPH. For CHVNG/E a cumulative incidence of 10% was calculated and 15.85 ‰ of incidence density; for HPH 0.99% and 1.69 ‰, respectively.

During the hospitalization in ICU, there was diminution of the patients risk of developing PU. A decrease of the number of patients in high risk was verified: at CHVNG/E from 80% of the admitted patients to 56% at the end of the hospitalization; at HPH, from 84% to 53%. However, the majority of patients transferred for other departments were still at high risk of developing PU.

#### Conclusions and implications for clinical practice

Based on these results, both scenarios were effective and efficient on preventing PU.

Human resources were the largest part of the total cost of PU prevention; because of this, they should be alert for continuous education and supervision.

Material resources were the smaller part of costs. However, they had a high acquisition cost, which can be minimized with time and with the increasing number of cases prevented.

While in HPH more resources were mobilized, resulting in higher costs, approximately two times more than in CHVNG/E; the results of PU prevention occurrence in the HPH were even more significantly higher than in CHVNG/E, about ten times. So, according to this CE analysis, the prevention program of the HPH' ICU is preferred to CHVNG/E.

Although PU prevention is still expensive, it is likewise preferable to treatment. PU cause pain, reduce quality of life, contribute to loss of independence, social isolation and depression for those who develop them(7), and their relatives.

The data presented here indicates that patient care was provided as a routine work, in spite of corresponding to the patient risk of PU development, indicated by the scales utilization. The care program of PU prevention should be adapted to each risk group for better management of the existing resources, so patients with lower risk of developing PU shouldn't have the same interventions with the same costs as high risk patients, as their needs are different.

Moreover, if professionals don't see any significant change in patient condition, more than one evaluation per day wouldn't be necessary, and therefore this time could be optimized for other interventions.

Nurses are the main professional group in PU prevention, therefore they should be more involved in prescribing material and programs to optimize the PU prevention. If nurses' qualifications are higher so will their salaries be. Therefore, studies of whether or not professional with high qualifications and high wages are really necessary for interventions that professionals with lower wages could do, should be pondered and, consequently, release those professionals for other appropriate duties.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

##### References

- 1 - EPUAP, European Pressure Ulcer Advisory Panel (1999) Guidelines on treatment of pressure ulcers. EPUAP Review 1, 31-33.
- 2 - Béresniak, A., Duru, G. (1999). *Economia da Saúde*. (1ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- 3 - Furtado, K. (2003). Prevalência de úlcera de pressão: um certificado de qualidade. *Nursing*, 175, 20-23.
- 4- Hidalgo, P., Fernández, F. (2002). Estimación del coste económico de la prevención de úlceras por presión en una unidade hospitalaria. *Gerokomos*, 13 (3), 164-171.
- 5- Lapsley, H., Vogels, R. (1996). Cost and Prevention of Pressure Ulcers in an Acute Teaching Hospital. *International Journal for Quality in Health Care*, 8 (1), 61-66.
- 6- Shuurman, J., Shoonhoven, L., Defloor, T., Engelshoven, I., Ramshorst, B., Buskens, E. (2009). Economic evaluation of pressure ulcer care: a cost minimization analysis of preventive strategies. *Nursing economics*, 6 (27), 390-415.
- 7 - Keen DC (2009). Should care homes adopt a static-led approach to pressure ulcer prevention? *British Journal of Nursing*, 18(20), 12-25.

**AUTORES/AUTHORS:**

Hülya Üstündag, Fatma El Aslan

**TÍTULO/TITLE:****THE COMFORT LEVEL OF PATIENTS WHO UNDERWENT CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY**

Cardiovascular disease is a major health problem causing death and disability worldwide. Advances in medical technology, medical and surgical treatments for heart disease prevent death in the acute stage.

For many patients who develop coronary atherosclerosis, drug therapy may not be effective enough to control the medical condition, and coronary artery bypass graft (CABG) surgery may be required to restore blood flow to the affected myocardium.

Recovery from CABG to normal life is a dynamic process encompassing both biophysical and psychosocial components. Physical problems after CABG including pain from chest and leg incisions, loss of appetite, nausea, vomiting, shivering, improved fluid or electrolyte balance, fatigue, and sleep disturbances were frequently reported by patients after surgery (Mace 2003). Physical recovery from these problems requires weeks or even months for CABG patients to have resumption of all daily activities (Lopez 2007).

Psychological problems after a cardiac surgery are common including anxiety, depression, restlessness, irritability, panic and anger due to the feelings of powerlessness, lack of control and reduced self-esteem.

**Definitions of Comfort**

Kolcaba (1994) defined comfort as "the satisfactions (actively, passively, or cooperatively) of the basic human need for relief, ease, transcendence arising from health care situations that are stressful. According to Kolcaba (1992, 1994), each of these comfort states represents a different intensity of comfort. Relief signifies the meeting of an urgent comfort need in the present, ease signifies a state of well-being or contentment, and transcendence signifies a state in which the patient is energized or inspired to perform optimally (Kolcaba 1992). According to Kolcaba (1991a, 1991b, 1992, 1994, 2002, 2003), there are four contexts in which comfort occurs: the physical, psychospiritual, environmental, and social, all of which are interrelated.

**OBJECTIVES**

This descriptive study investigates the comfort levels in the area of perianesthesia, general comfort levels, and state trait anxiety levels of patients who had coronary artery bypass grafting. We tested three hypotheses: (i) what is the level of comfort among patients who had coronary artery bypass grafting (CABG)? (ii) what is the level of anxiety among patients who had CABG? (iii) what is the relationship between the comfort and anxiety levels after CABG?

**METHODS**

The study was conducted in an education and research hospital in Istanbul, Turkey in March 2006 August 2007. The universe of the study consisted of inpatients in the service that provided CABG. There were 27 beds in the cardiovascular intensive care unit and 169 in the cardiovascular surgery unit.

**Participants**

240 CABG patients aged 35-70, able to communicate, conscious, who graduated from primary school at least, who did not receive surgical treatment with the same system and had no additional disease, who were not receiving psychological treatment and therefore not on medication, and who consented to take part in the study participated in our study. The purpose of the study was explained to the participants and consent was taken from them.

**Data Collection**

Data were gathered using the Individual Characteristics Form, Perianesthesia Comfort Questionnaire, General Comfort Questionnaire, and State-Trait Anxiety Scale.

We explained the purpose of the study to patients who met the inclusion criteria and introduced the scales. We collected written consent from the patients who agreed to participate in the study. Data were gathered by face-to-face interviews in the patient room.



Each session of data gathering took 20 minutes.

Ethical considerations

The study was approved by the research ethics committee of the study site.

The Individual Characteristics Form

This form was developed by the researcher after conducting a literature review on the topic. The form contained questions about participants' age, sex, marital status, educational status, children, job, economical status, health insurance, and smoking.

Perianesthesia Comfort Questionnaire (PCQ)

The questionnaire consists of 24 items about self concept which reflects the patient's general way of thinking during the perianesthesia period. Items are scored on a Likert type scale from 1 ("strongly disagree") to 6 ("strongly agree"). The total score ranges from 24 to 144. The mean score is calculated by dividing the total score to the number of items and the result varies from 1 to 6. Low scores indicate poor comfort levels whereas high scores indicate excellent comfort. The reliability and validity study for the Turkish form of the scale was conducted in 2007 and the Cronbach alpha coefficient was found to be 0.83 (Üstündag and Eti 2010)

General Comfort Questionnaire (GCQ)

The General Comfort Questionnaire (GCQ) was developed by Kolcaba in 1992 (Kolcaba 1992). The standardization study for the Turkish form of the questionnaire was conducted by Kuguoglu and Karabacak in 2004. Kuguoglu and Karabacak found a Cronbach alpha coefficient of 0.85 and determined that the questionnaire had good reliability (Kuguoglu and Karabacak 2008).

We recalculated the internal consistency of GCQ in our study and found a Cronbach alpha coefficient of 0.82.

State-Trait Anxiety Scale

The State-Trait Anxiety Scale was developed by Spielberger et al. (1970) in order to determine the levels of state and trait anxiety. The reliability and validity study for the Turkish form of the scale was conducted by Oner and Le Compte (1985). The scale was based on the two-factor conceptualization of anxiety and consists of two parts and 40 items in total. The first 20 items measure the level of state anxiety and items 21-40 measure the level of trait anxiety (Öner and Le Compte 1985). We recalculated the internal consistency of the scale in our study and found a Cronbach alpha coefficient of 0.88 for state and 0.89 for trait anxiety.

Statistical Analysis

Data were analyzed using the SPSS 15.0 program. The statistical techniques utilized for data analysis were as follows: Descriptive statistical methods; ratios, mean, standard deviation. Mann-Whitney U tests and Kruskal-Wallis chi-square tests for making comparisons between groups according to variable type and sample size in each cell. Spearman correlation analysis (Akgul 2003).

RESULTS

The mean age of the participants was  $58.58 \pm 7.71$ . 71.2% (n=171) of the sample was male, 79.1% (n=190) graduated from primary school, and 59.6% (n=143) had no history of surgical intervention. All of the participants were married with children. 68.8% (n=165) of the sample was unemployed and all of them had health insurance. 61.2% (n=147) of the participants were smokers.

The mean comfort level in the postoperative period was found to be  $5.06 \pm 0.50$  and general comfort level  $3.33 \pm 0.24$ . The mean state anxiety level was  $31.05 \pm 6.80$  and trait anxiety level  $41.78 \pm 8.58$  (moderate). The patients had low levels of state anxiety related to surgical intervention.

The perianesthesia comfort levels increased with general comfort levels. We found a high and positive correlation between the perianesthesia comfort I and general comfort levels ( $r_s = 0.56$ ;  $p < 0.001$ ). The perianesthesia comfort levels increased as state and trait anxiety levels decreased. There was a high and negative correlation between the perianesthesia comfort levels and state and trait anxiety ( $r_s = -0.47$ ,  $r_s = -0.25$ ;  $p < 0.001$ , respectively).

The general comfort levels increased as state and trait anxiety levels decreased. There was a high and negative correlation between the general comfort levels and state and trait anxiety ( $r_s = -0.49$ ,  $r_s = -0.38$ ;  $p < 0.001$ , respectively).

As for the relationship between state and trait anxiety, we found that state anxiety levels increased with trait anxiety. There was a high and positive correlation between state anxiety and trait anxiety ( $r_s = 0.30$ ;  $p < 0.001$ ).

## DISCUSSION

We determined that patients who had coronary artery bypass grafting have high levels of perianesthesia and general comfort, low levels of state anxiety and moderate levels of trait anxiety. There was a negative relationship between comfort levels and anxiety. Coronary artery diseases are seen in old age but prevalent among men aged 50-60 and women aged 60-70 (Cobanoglu and Isbir 2004). The mean age of the participants was  $58.58 \pm 7.71$  in this study. The mean age found in other studies were similar (Krannich 2007, Lopez 2007).

Although developments in surgical sciences and medical technologies provide surgical treatment for a variety of diseases, problems such as pain, nausea and vomiting in the postoperative period disrupts the comfort levels of patients. In this context, the perianesthesia comfort level of our participants was found to be  $5.06 \pm 0.50$  (range 1-6) and general comfort level  $3.33 \pm 0.24$  (range 1-4). These findings indicate that the patients have high levels of comfort.

When health care is delivered via health professionals who adopt the holistic approach, an approach that provides safety and comfort for the patient emerges.

Every patient who learns that he/she will receive surgical treatment generally would be affected negatively and become stressful (Theobald et al. 2005). In this study, the mean state anxiety levels among patients who underwent CABG which is considered a risky surgery was  $31.05 \pm 6.80$ . Okanli et al. reported inpatients waiting for surgical intervention have higher levels of anxiety compared to other patients and may exhibit moderate anxiety or panic (Okanli et al. 2006). Anxiety scores of 20-40 are considered low. Therefore we can conclude that the patients did not have high anxiety levels. Kolcaba (2003) notes that patients will be positively affected from care practices providing comfort in order to prevent hospital related stress and problems.

Trait anxiety reflects the general state of mind and is not affected by situational crisis. In our study, the trait anxiety among patients was found to be moderate. This finding may be related to the tense, stressful, perfectionist and hasty Type A personality which could lead to coronary artery disease.

Comfort/relaxing or providing comfort is part of the theory regarding basic human needs and is one of the main aims of health care professionals. Nevertheless, surgical interventions and other forms of treatment affect the comfort of the patient negatively and may increase anxiety.

In this context, we found a negative relationship between comfort and anxiety ( $r_s = -0.47$   $p < 0.001$ ) and patients with higher levels of comfort exhibited lower levels of anxiety.

Since comfort is related to relief and peace of mind, and on the other hand, anxiety refers to an unpleasant feeling of tension, weariness, irritability, and restlessness derived from ambiguity, the converse relationship between comfort and anxiety seems natural. In conclusion, CABG which is regarded as an important surgical procedure does not negatively affect the comfort levels of patients; contrarily it could provide comfort by eliminating symptoms such as chest pain, dyspnea, and functional deficiencies and fear of having a myocardial infarction.

## CONCLUSIONS

The perianesthesia and general comfort levels among the patients were high, their state anxiety was low and their trait anxiety was moderate. The perianesthesia comfort levels increased with general comfort levels. Comfort levels increased as anxiety levels decreased and state anxiety increased with trait anxiety.

In the light of these results we recommend that;

Comfort levels after surgery should be determined and care should be planned accordingly,

Nurses should be trained in order to provide consistency in assessing comfort levels after surgery.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Akgül A. (2003). Tibbi Arastirmalarda Istatistiksel Analiz Teknikleri. 2. baski, Emek Ofset, Ankara.

2. Çobanoğlu A, Isbir S. (2004). Koroner Arter Bypass Cerrahisi. İçinde: Kalp ve Damar Cerrahisi. Eds: Paç M, Akçevin A, Aka SA, Büket S, Sarioglu T, Medikal&Nobel, Ankara, s. 657-667
3. Krannich JH, Weyers P, Yueger S, Herzog M, Bohrer T, Elert O. (2007). Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. *BMC Psychiatry*, 12(7):47-52.
4. Lopez V, Ying CS, Poon CY, War Y. (2007). Physical, psychological and social recovery patterns after coronary artery bypass graft surgery: A prospective repeated measures questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 44(1):1304-1315.
5. Mace L. (2003). An audit of post operative nausea and vomiting, following cardiac surgery: scope of the problem. *Nurs Crit Care*. 8(5):187-196.
6. Kolcaba K. (1991a). An analysis of the concept of comfort. *J Adv Nurs*, 16(1):1301-1310.
7. Kolcaba K. (1991b). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image J Nurs Sch*, 23(1):237-238.
8. Kolcaba K. (1992). Holistik Comfort: Operationalizing the construct as a nurse sensitive outcome, *Advances in Nursing Science*, 15(1):1-10.
9. Kolcaba K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs*, 19(6):1178-1184.
10. Kolcaba K, Wilson L. (2002). Comfort care: A framework for perianesthesia. *J Perianest Nurs*, 17(2):102-111.
11. Kolcaba K. (2003). *Comfort Theory and Practice A vision for holistic health care and research*, Springer Publishing Company, New York.
12. Kuguoglu S, Karabacak Ü. (2008). Genel Konfor Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. *I.Ü. F. N. Hem. Derg*, 16:61, 16-23.
13. Okanlı A, Özer N, Çevik Akyıl R, Koçkar Ç. (2006). Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *AÜ Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(4):38-44.
14. Öner N, Le Compte A. (1985). *Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı 2*. Baskı İstanbul, Bogaziçi Üniversitesi yayınları no 333.
15. Theobald K, Worrall-Carter L, McMurray A. (2005). Psychosocial issues facilitating recovery post-CABG surgery. *Australian Critical Care*, 18(2):76-85.
16. Üstündağ H, Eti Aslan F. (2010). Perianestezi konfor ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 2(2).
17. Wilson L, Kolcaba K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *J Perianest Nurs* 19(3):164-173.

**AUTORES/AUTHORS:**

Mojgan Baghaie, Amaneh mahmudian, Zahra Yazdandust, Shirin Jafrudi, Zahra Atrkar Roshan

**TÍTULO/TITLE:**

efficacy of guided relaxation technique on postoperative CABG pain

Introduction: Coronary bypass grafting is one of the most common surgical procedures performed worldwide even in relatively small province in Iran. This important and large surgery increased survival of CAD,s patients. However, undergoing coronary bypass grafting can be associated with a number of potential complications and concerns for the patients. Thus , it is imperative to be able to address any fears the patient may have, recognize any postsurgical problems and devise an appropriate plan to return the patient to a normal lifestyle in as short time as possible. These patients needs medical and nursing care in perioperative periods for providing safety and higher survival with lower costs for patients and society.

In this way, post CABG pain(PCP) syndrome, one of the most frequent complication, remain poorly documented . it is well known that most of people suffered from incisional and sterna pain , even until 6 month postop. Although , patients may experience other types of pain such as visceral, neurogenic and psychogenic pain that need proper management by nurses and physicians. Inadequate pain management can result in increased morbidity by releasing catecholamines,changing physiologic parameters and decreasing myocardial perfusion, and hospital length of stay.

There is various types of pharmlological pain management, but their sides effect such as respiratory depression and decreased GI motility, can result in unfavorable outcomes, extended hospital stay and increased cost. Thus, use of complementary therapies such as guided relaxation as adjuncts to conventional treatment modalities have been the subject of considerable debate. The present study arose from an attempt to identify a safe and effective therapeutic intervention to promote well being , which could be practicably delivered by nurses to patients in the post-op period following CABG.

oBJECTIVES: The purpose of the study was to assess efficacy of Benson,s relaxation technique on postoperative pain and it,s physiologic parameters with 4 assumptions including decreasing pain severity, changing systolic/ diastolic blood pressure and heart and respiratory rate.

Methods: This research was a pre-experimental design ,type of before –after ,that conducted in Heshmat , heart center of Guilan province in IRAN. 90 nonaddicted patient under CABG With defined characteristics including age 18 and more, ability to read and write , visual and hearing health, were chosen through convenience sampling .Samples after signing the written consent, are educated about the manner of using and implementing of audio taped statements that prepared according Benson relaxation method for inducing guided relaxation. Data gathering tool was a three section questionnaire that included 1) demographic data 2) VAS pain form, and 3) physiologic parameters (BP, PR, RR) chart .Data were gathered on the first 24 hours of patient transportation from ICU to surgical ward through two phase of pre intervention (with complaining of pain), and post intervention. Data were analyzed by paired and independent t-test, ANOVA, Pearson correlation on spss .

Finding: The results showed that the majority of samples were male (78.9%), in age group of 41-55 years old (51.1%), had junior high school education (37.8%), hospitalization history (71%), and surgical history (50%). Finding revealed significant reduction on mean of pain severity and its physiologic parameters including systolic and diastolic blood pressure, heart and respiratory rate after intervention (0/0001).The difference mean and standard deviation(SD) of pain severity on pre ,and post interventional phase had significance relation with history of hospitalization (p= 0/04),Also the mean and SD of difference in pulse rate was significantly related to female sex (p =0/05) and educational status (0/036)

Conclusion: The present study demonstrated significant reduction in pain severity and its physiologic parameters in post coronary artery bypass graft patient. Therefore, planned guided relaxation teaching can be used by nurses as a noninvasive complementary method besides drug modalitied for hospitalized patients under CABG in heart surgery wards.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1- Hong -gu , He, etal .Chinese Nurses use of non pharmacological methods in childrens postoperative pain relief.available on www.blackwell. Com. February, 2005, pp:335-342
- 2-)Ramot,nidringas;etal. Fundamental Nursing Care. Newjersey : Prentice Hall co. 2004.
- 3-sheila , sheu, etal . effects of progressive muscle relaxation on blood pressure and psychosocial status for client with essential Hypertention in Taiwan..available on www.proquest.com feb , 2003.
- 4-hattan , Jennifer., king,lindy and Griffiths , peter . the impact of foot massage and Guided relaxation following cardiac surgery.available on www.blackwell.com vo 137, january .2002
- 5-roykulchroen , varunyupa. ,good, morion . Systemic Relaxation to Relieve Post Operative Pain. Available on www. Blackwell. com . vol 48.October.2004.
- Margereson, carl, Riley, jillian. Cardiothoracic Surgical Nursing.www. Blackwell com,2003
- 6-pegg ngor,etal.An avaluation of twobeh avioral rehabilitation programs .Qigong versus progressive relaxation in improving the quality of life in cardiac patient . available on www.google.come.May ,2006.12(4).pp:373-378

**Mesa de comunicaciones 4: Práctica Clínica****Concurrent session 4: Clinical Practice****AUTORES/AUTHORS:**

Montserrat Jover Mallol, Dolors Boixes Saña, Carme Peruga Pascau, Margarita Puigvert Vilalta, Jaqueline LLaveria Fernandez, Silvia Torrent Goñi

**TÍTULO/TITLE:**

EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS EN TRASTORNOS LEVES DE ADAPTACIÓN

**INTRODUCCIÓN**

La ansiedad forma parte de la vida. No es una patología en sí misma ya que es un mecanismo adaptativo de la vida, un mecanismo de alerta, funciona como un semáforo, y se nota físicamente a través e inquietud o malestar.

Es un trastorno cuando se produce la imposibilidad en algún grado de manejar una situación.

Pueden aparecer síntomas psíquicos como aprensión, sensación de alerta, aumento de tensión, sentimientos de temor o peligro, preocupación, fatiga, distracción, insomnio... o físicos como taquicardia, palpitaciones, disnea, dolores, temblores, tensión muscular, vértigo, mareo, desmayos o insomnio entre otros.

Los trastornos adaptativos van en aumento, el ritmo de vida frenético, el estrés, los problemas laborales, problemas económicos, relaciones sociales, todo esto hace que cada vez sean mayores las personas que les afecta a su calidad de vida.

En el centro de atención primaria Girona-2, "Can Gibert del Pla" se ha empezado a hacer grupales de Trastornos adaptativos leves en Septiembre de 2008, con el objetivo de dar a conocer aspectos básicos de la ansiedad, técnicas básicas de respiración y relajación, y medidas de autocuidado básica.

Se decidió en una intervención educativa grupal por las siguientes ventajas: posibilidad de aprender de los demás, percepción que no se estar solo, aumentar la motivación y el compromiso de cambio.

**OBJETIVO:**

- 1- Estudiar las características de la población de estudio
- 2- Estudiar el grado de satisfacción de la intervención psicoeducativa (IP)
- 3- Evaluar la eficacia de la IP en los enfermos participantes.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio casi-experimental para estudiar la efectividad de un programa psicoeducativo en enfermos con trastornos leves de adaptación

El estudio se realizó en un centro de atención primaria (CAP) de Girona 2, este es un centro urbano de 29674 personas.

Los grupos psicoeducativos los dirigieron dos enfermeras del CAP.

El circuito para la derivación de los enfermos eran hechas tanto por parte de médicos como enfermeras del Centro, teniendo en cuenta que se derivaban solo trastornos adaptativos Leves, se valoraba cada caso de forma individualizada, pues los diagnósticos sobre los que se trabaja no diferencia casos leves de más importantes.

#### CÓDIGOS Y DIAGNÓSTICOS DE LOS PACIENTES PROPUESTOS

I931 Ansiedad

F41.9 Ansiedad

F41.9 Trastorno de ansiedad inespecífico

F41.9 Angustia

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizado

F41.2 Trastornos mixtos de ansiedad y depresión

F32 Episodio depresivo

F32.9 Episodio depresivo no especificado

F33 Trastorno depresivo recurrente

#### Inclusión:

Todos los pacientes con el diagnóstico citado y que quisieran participar. Las derivaciones las realizan enfermeras y médicos mediante una hoja de derivación a las enfermeras responsables. Éstas contactaban telefónicamente con los pacientes para explicar el funcionamiento y confirmar la asistencia.

#### EXCLUSIONES:

Pacientes con una asistencia inferior al 50% de las sesiones.

#### Participantes:

Se propuso participar a 80 personas.

De estas hubo 43 pérdidas, los motivos fueron: 12 personas no presentadas, 10 personas no localizados, 7 personas no interesados, 7 personas por motivos del trabajo y 7 por otros motivos. De los 37 pacientes restantes hubo 6 exclusiones al no asistir al menos al 50% de las sesiones.

Por lo tanto realizaron el Psicoeducativo 31 personas.

#### Intervención:

Hecha la derivación la enfermera contactaba telefónicamente con los participantes para explicar el funcionamiento y confirmar la asistencia

Una vez en el grupo las enfermeras realizaron la valoración de los pacientes, a través de la Escala de la Ansiedad de Golberg (EG) por ansiedad y depresión y la Escala de HADD(EH).

Esta valoración se realizó al inicio de la intervención 0, posteriormente las enfermeras citaban al paciente a los 3, 6 y 12 meses, para administrar de nuevo las mismas escalas.

Se escogieron estas escalas porque convalidadas y son las recomendadas en la guía clínica elaborada por el departamento de salud de la generalitat de Cataluña.

#### Psicoeducativos REALIZADOS

Se han realizado hasta ahora 4 grupos.

Grupo-1: Septiembre-Octubre-Noviembre 2008

Grupo-2: Febrero-Marzo-Abril 2009

Grupo-3: Abril-Mayo Junio 2009

Grupo-4: Febrero-Marzo-Abril 2010

#### ORGANIZACIÓN DEL psicoeducativo:

Número de sesiones: 10

Duración: 1 hora y media

Frecuencia: semanal

Contenido:

- 1 - Normas, información básica de la ansiedad.
- 2 - Factores causales y Pensamiento positivo.
- 3 - Autocuidado e imagen.
- 4 - Relajación de Jacobson.
- 5 - Técnica de resolución de problemas.
- 6 - Otros tipos de Relajación.
- 7 - Tratamiento farmacológico.
- 8 - Relajación de Jacobson.
- 9 - Técnica de utilización del tiempo.
- 10 - Repaso final.

#### ORGANIZACIÓN DE LAS SESIONES:

15 'Información tema del día.

45 'Dinámica de grupo. Compartir experiencias y dudas

15 'Relajación y reflexiones

15 'Comentar evolución sesión diaria por parte de las dos enfermeras.

#### Variables:

Objetivo 1: edad, sexo;

Objetivo 2: grado satisfacción. La valoración de 6 ítems (exposición teórica, discusión generada, comprensión, material entregado, medios audiovisuales, implicación y valoración global) se valoraba con una escala del 1 al 5. Siendo 1 muy deficiente y 5 excelente.

Objetivo 3: Se utilizó la escala de Goldberg (EG) y escala de HADD (EH). Se pasó al inicio EG0 y EH0, 3 meses (EG3 EH3), 6 meses (EG6 EH6) y al año (EG12 EH12).

La escala de Golberg consiste en 4 preguntas relacionadas con ansiedad y 4 relacionadas con la depresión. Puntuación 1 si la respuesta es afirmativa y 0 si es negativa. Si 2 o más respuestas afirmativas se sigue con 5 preguntas más.

La escala de HADD consiste en 14 preguntas: 7 para la ansiedad y 7 para la depresión con puntuaciones del 0 al 3. A más puntuación más nivel de ansiedad i depresión.



Análisis: estadístico mediante SPSS. Se realizó el estudio de frecuencias y descriptivos, la comparación de las variables cuantitativas para muestras aparejadas se utilizó la prueba de T-test. Se considero un nivel de significación del 5%.

#### RESULTADOS:

Participaron 9.7% hombres y 90.3% mujeres (grafico1), la edad media 56 años con una desviación típica  $\pm 14$ (grafico2). La valoración global de la Intervención psicoeducativa fue 4.8, siendo la puntuación más baja los medios audiovisuales 4 sobre 5.

Para la efectividad de la IP se valoró los resultados iniciales de EG-0 y EH-0, se comparó estos con los resultados obtenidos a los 3 meses, 6 meses y al año. Se utilizó la comparación de medias T-student siendo todas ellas estadísticamente significativas  $p < 0.005$ , con un IC del 95%.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

- 1- Borkovec TD, Costello E. Efficacy of applied relaxation therapy and cognitive behavioural therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal Consulting and Clinical Psychology* 1993;61:611-9.
- 2- Guia clinica:
- 3- Robinson J, Biley FC, Dolk H Toque terapéutico para los trastornos de ansiedad (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.).

**AUTORES/AUTHORS:**

MARIA GABY RIVERO DE GUTIÉRREZ, ELIANA LOUZADA PETITO

**TÍTULO/TITLE:**

INFLUENCIA DEL INICIO TEMPRANO O TARDIO DE LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL PÓS MASTECTOMIA EN LA FORMACIÓN DE SEROMA

INFLUENCIA DEL INICIO TEMPRANO O TARDIO DE LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL PÓS MASTECTOMIA EN LA FORMACIÓN DE SEROMA1

Eliana Louzada Petito<sup>2</sup>, Maria Gaby Rivero de Gutiérrez<sup>3</sup>

**INTRODUCCIÓN:** Los beneficios del inicio temprano de un programa de rehabilitación en mujeres sometidas a cirugía por cáncer de mama son ampliamente conocidas, una vez que previenen complicaciones, promueven adecuada recuperación funcional y, consecuentemente, mejoría en la calidad de vida. No obstante, el inicio seguro de los ejercicios es aún un aspecto controvertido, habiendo autores que relacionan la realización de los mismos de forma temprana (1º pós operatorio) al aumento de la formación de seroma. **OBJETIVO:** Verificar la diferencia entre la proporción de mujeres que presentaron seroma en el pos-operatorio (PO) de cirugía oncológica de mama, según el inicio temprano (1º PO) o tardío (8º a 18º PO) de un programa de rehabilitación funcional del miembro homolateral a la cirugía, y verificar la diferencia en el tiempo necesario para la recuperación de la amplitud del movimiento (ADM) entre los dos grupos. **MÉTODOS:** estudio clínico controlado e randomizado, llevado a cabo en el Ambulatorio de Mastología del Hospital São Paulo/ Universidad Federal de São Paulo- Brasil (CEP 0256/09), en el período de enero de 2009 a mayo de 2010, después de atender a todas las normas institucionales del Comité de Ética en Pesquisa. Fueron incluidas 95 mujeres sometidas a mastectomía o cuadrantectomía, con o sin linfadenectomía axilar, siendo 49 del grupo A y 46 del grupo B. El grupo A iniciaba los ejercicios en el 1ºPO, y era orientado a realizarlos en casa, tres veces al día, hasta la próxima evaluación que ocurría entre el 7º y 10ºPO. Después de la retirada del dreno, había progresión gradual de los ejercicios, refuerzo de las orientaciones y estímulo para la continuidad del programa. El grupo B recibía las mismas orientaciones, solamente que después de la retirada del dreno, lo que ocurría, en media, en el 9º día de PO. La evaluación de la formación de seroma era realizada del 1er retorno ambulatorio hasta la retirada del dreno, y en caso positivo, eran acompañados los procedimientos de punción con el equipo médico y mensurado el volumen de líquido drenado. La evaluación de La recuperación de la ADM era realizada por medio de goniometría del hombro, en el 7º, 15º, 45º, 75º e 105º días de PO, y comparada con la medida pre- operatoria. **RESULTADOS:** En el grupo A, cinco pacientes presentaron seroma (10%), y cuatro en el grupo B (9%), no habiendo diferencia estadística significativa ( $p=0,733$ ) entre los grupos. Con relación a la recuperación de la ADM, el grupo A alcanzo la funcionalidad del miembro superior a los 75 días de PO, mientras que el grupo B solo consiguió obtener ese resultado a los 105 días de PO. **DISCUSSÃO:** A pesar de la existencia de estudios que describen que el inicio de ejercicios para rehabilitación de mujeres mastectomizadas, antes de la retirada del dreno favorece la formación de seroma, los resultados de este estudio muestran que el inicio temprano de un programa de rehabilitación funcional para esas mujeres, asociado a una vigilancia continua por parte del equipo de salud, aparte de no mostrar diferencias en la formación de seroma entre ellas y las que lo iniciaron mas tardíamente, permite la recuperación de la funcionalidad del miembro homolateral a la cirugía en menor tiempo. Como implicación para la práctica clínica, destacamos el resultado positivo de esta investigación en el sentido de mostrar que el inicio temprano de la rehabilitación funcional es una práctica segura y benéfica para ese grupo de mujeres.

1. Resultados parciales de la tesis de doctorado "Programa de reabilitação funcional para mulheres submetidas à cirurgia oncológica

de mama”

2. Alumna de Doctorado del Programa de Pos-Grado en Enfermería de la Universidad Federal de São Paulo-Brasil. Becada de la CAPES
3. Profesora Asociada de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de São Paulo-Brasil

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cinar N, Seckin Ü, Keskin D, et al. The effectiveness of early rehabilitation in patients with modified radical mastectomy. *Cancer Nursing* 2008; 31(2):160-165.
2. Kilgour RD, Jones DH, Keyserlingk JR. Effectiveness of a self-administered, home-based exercise rehabilitation program for a women following modified radical mastectomy and axillary node dissection: a preliminary study. *Breast Cancer Res Treat* 2008; 109(2):285-295.
3. Rezende LF, Franco RL, Rezende MF, et al. Two exercises schemes in postoperative breast cancer: comparison of effects on shoulder movement and lymphatic disturbance. *Tumori* 2006; 92(1):55-61.
4. Schultz Schultz I, Barholm M, Gröndal S. Delayed shoulder exercises in reducing seroma frequency after modified radical mastectomy: a prospective randomized study. *Annals of Surgical Oncology*, 1997; 4(4): 293-297.
5. Shamley DR, Barker K, Simonite V, Beardshaw A. Delayed versus immediate exercises following surgery for breast cancer: a systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2005; 90: 263-271.
6. Vitug AF, Newman LA. Complications in breast surgery. *Surg Clin N Am* 2007; 87: 431-451.
7. Agrawal A, Ayantunde AA and Cheung KL. Concepts of seroma formation and prevention in breast cancer surgery. *ANZ J. Surg.* 2006; 76: 1088-1095.
8. Hashemi E, Kaviani A, Najafi M, Ebrahimi M, Hooshmand H, Montazeri A. Seroma formation after surgery for breast cancer. *World Journal of Surgical oncology* 2004; 2: 44-49.
9. Iida S, Furukawa K, Yanagihara K, Iwasaki R, Kurita T, Tsuchiya S et al. Na analysis of factors that influence the duration of suction drainage in breast cancer surgery. *J nippon Med Sch* 2008; 75 (6): 332-336.
10. Silva MPP, Derchain SFM, Rezende L, Cabello C, Martinez EZ. Movimento do ombro após cirurgia por carcinoma invasor da mama: estudo randomizado prospectivo controlado de exercícios livres versus limitados a 90° no pós-operatório. *RBGO* 2004; 26(2): 125-130.
11. Gozzo TO, Almeida AM, Panobianco MS, Brito LGO, Carrara HHA. Estudo comparativo da eficácia da movimentação precoce do braço no controle do seroma pós-linfadenectomia axilar em mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Mastologia*: 2008; 18: 58-62.
12. Petito EI, Gutiérrez MGR. Elaboração e validação de um programa de exercícios para mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. *RBC* 2008; 54(3): 275-287.

**AUTORES/AUTHORS:**

Maria de Fátima Santos Rosado Marques

**TÍTULO/TITLE:**

Viviendo con la depresión - los informes de una transición

**Objetivos:** Comprender la transición salud/enfermedad en personas con depresión; Describir los factores que desencadenan la depresión; Describir los cambios que ocurren en la vida de las personas con depresión; Identificar cómo una persona vive su depresión; Describir las reacciones de las personas con depresión en relación con los demás.

**Método:** El diseño de la investigación es de naturaleza cualitativa y tuvo lugar en diciembre 2007 en la consulta externa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital de Evora en Portugal.

Es un estudio exploratorio y descriptivo, tratando de explorar las dimensiones del fenómeno en cuestión, la forma en que se manifiesta y los factores que se correlacionan con él (Polit y Hungler, 1993), que pueden causar las preguntas de investigación en estudios futuros.

Usé la muestra no probabilística por accesibilidad, mediante la selección de todas las personas a que tuvo acceso durante el mes de Diciembre en pacientes de la consulta, dos veces por semana un total de 5 participantes, de acuerdo con los siguientes criterios:

-Disponer de un diagnóstico médico de depresión unipolar sin patología asociada inscritos en el departamento de pacientes externos mencionado anteriormente; Tener la capacidad cognitiva que permite la recogida de información; Estar de acuerdo en participar en el estudio de forma voluntaria.

Todos los procedimientos éticos fueron respetados.

La recolección de datos se realizó mediante la consulta a los archivos médicos para obtener el diagnóstico médico (criterio de selección) y entrevistas semi-estructuradas, centrándose en la causa de la depresión, los cambios en la vida cotidiana, las relaciones interpersonales y la experiencia de vivir con la depresión .

Las entrevistas fueron grabadas en grabadora de audio y transcritas por mí.

**Análisis de datos:** análisis de contenido temático, según Bardin (1977). Con el desmembramiento del texto en unidades, se construyeron categorías de acuerdo a una reagrupación similar, mediante el uso de un procedimiento exploratorio (Carmo Y Ferreira, 1998).

Cada categoría tuvo su origen en las subcategorías que se derivan de las unidades de registro que figuran en las unidades de contexto, que forman parte del corpus.

**Resultados:** De la análisis de los datos, se obtuvieron tres categorías:

- 1ª- Surgir la depresión, con tres sub-categorías - Modificación de la dinámica de la familia por la pérdida de seres queridos, por desacuerdos con la pareja, por fracasos matrimoniales o incluso por el nacimiento de un hijo no deseado; Relaciones sociales pobres, donde el sujeto no es aceptado por los demás y es discriminado; Trabajo con demasiada demanda y la presión constante que genera inseguridad y el descontento.
- 2ª - Consecuencias de la depresión, con dos sub-categorías - Nueva personalidad que resulta de cambios en el comportamiento y las actitudes hacia la vida, la persona ya no es la misma; La pérdida de competencia se manifiesta en la incapacidad para trabajar y desarrollar actividades sociales
- 3ª - Las respuestas del sujeto, con tres sub-categorías: Hacer frente a la enfermedad de diversas maneras, con coraje, miedo, aislamiento, ideación suicida, y esperanza; La demanda de ayuda para su enfermedad se produce en el inicio de los síntomas o bien muy tarde cuando ya hay consecuencias; Las relaciones interpersonales son pobres e raras, marcadas por una gran desinversión y falta de interés.

**Discusión:** Sabemos que la depresión es probablemente la más antigua y una de las enfermedades psiquiátricas más comunes. En

los textos de Hipócrates es posible encontrar una descripción de las situaciones típicas de depresión, que él llamó melancolía. De hecho, gracias a los psiquiatras alemanes, sólo en el siglo XIX, el término depresión se ha convertido en parte del lenguaje médico. Actualmente se considera la principal causa de discapacidad en el mundo, con altos costos directos e indirectos (Paiva e Silva, 1996). De acuerdo con las predicciones descritas en World Health Report 2001, se espera una tendencia hacia arriba de las enfermedades mentales en los próximos 20 años, se espera que el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres, pasará por un episodio depresivo en un período de 12 meses (Organización Mundial de la Salud, 2001).

La depresión lleva a un marco de sufrimiento global y totalitario que va más allá de la tristeza, cambiando la vida diaria del individuo con un impacto en la familia, en la sociedad y en el trabajo.

El déficit de auto-cuidado, los cambios en las respuestas humanas a la gestión de las actividades de la vida diaria y la adulteración de las relaciones interpersonales hacen que la persona con depresión un foco de interés para la enfermería, en la medida en que estos fenómenos son áreas sensibles de cuidados.

Los proyectos personales y las perspectivas de vida se convierten en insignificantes y el futuro se vuelve más corto o simplemente deja de existir, porque la depresión ocupa todo el espacio de la vida del sujeto, impregna todas sus actividades y introduce profundos cambios en su mundo para que sea limitado, lo que trae como consecuencia nuevos roles.

Para Meleis (1975) el rol es el resultado de la interacción de los individuos en un sistema social. Cuando ocurren las situaciones que impliquen un cambio y la adaptación, debemos adoptar nuevos roles y el sujeto debe incorporar nuevos conocimientos, cambios de comportamiento y redefinir la definición de sí mismo en el contexto social (Meleis, 1975; Poletti, 1980).

La depresión, presupone que el sujeto tenga que rehacer sus planes de vida y con frecuencia redefinir casi todos los objetivos. De acuerdo con Oliveira et al (2005), la rutina doméstica, la vida social y las relaciones con miembros de la familia, el desempeño profesional, la disponibilidad de fondos y los roles familiares, entre otros, se cambian. Hay un movimiento cambiante y dinámico, que se produce en el individuo y la familia, que Zagonel (1999) llama la transición.

Para Chick y Meleis (1986:239), "la transición es un paso o movimiento de un estado, condición o lugar a otro." Según Schumacher et al (1999), una transición es la pasaje entre dos períodos estables de tiempo y de esta manera la persona se mueve de una fase, situación o estado de vida a otra. Las transiciones son procesos que ocurren en el tiempo, su principio y final no se produce de forma simultánea, y tienen un sentido de flujo y movimiento.

Según Murphy (1990), los significados atribuidos a las transiciones varían de persona a persona, dependiendo de sus percepciones, que pueden hacer tales acontecimientos menos previsibles. De acuerdo con Chick y Meleis (1996:241) la transición "es un fenómeno personal, no un fenómeno estructurado", lo que implica que el sujeto debe de conocer los cambios que están sucediendo, y en algunas ocasiones pueden aparecer patrones disfuncionales de respuesta. Durante la transición, la persona experimenta cambios profundos en su mundo interior y la forma en que lo percibe, con importantes repercusiones en la vida y la salud del sujeto.

Para Schumacher y Meleis (1994), la transición es uno de los conceptos centrales de enfermería. La mayoría de las situaciones de cuidado que se producen entre la enfermera y el cliente ocurren durante períodos de inestabilidad, que se desencadenan por cambios en el desarrollo, cambios situacionales o de salud-enfermedad, que pueden producir alteraciones profundas en las vidas de las personas con importantes implicaciones en el bienestar y la salud.

La transición de desarrollo comprende períodos breves de la vida considerados críticos y que implican a todo el ciclo vital desde el nacimiento. La transición situacional, implica la ocurrencia de acontecimientos previstos o no previstos, que se producen en la vida humana, como el embarazo, nacimiento, muerte, los incidentes, entre otros. La transición salud-enfermedad se produce cuando una persona se enfrenta a acontecimientos que cambian el estado de salud y se va a vivir con la enfermedad, dando lugar a sentimientos de inadecuación frente a la nueva situación (Zagonel y Machado, 2003; Zagonel y Maas, 2005).

La transición implica necesidades y las enfermeras necesitan desarrollar maneras de entender y captar la naturaleza de las experiencias vividas por los seres humanos, con el fin de utilizarlas como base para el cuidado de personas (Meleis, 2007).

Si la enfermería consiste en facilitar el proceso de transición, con el objetivo de lograr una sensación de bienestar subjetivo, el

dominio de las nuevas conductas y el bienestar de las relaciones interpersonales, (Meleis y Trangenstein, 1994; Schumacher y Meleis, 1994), entonces tiene sentido entender el proceso para que pueda ayudar al individuo a ayudarse a sí mismo. Para Zagonel (1999:28) estrategias de cuidados realizadas por las enfermeras a un cliente en transición, "caen en la comprensión de esta transición desde la perspectiva de quien la vive", con el fin de identificar las necesidades que guiaran el cuidado. Teniendo en cuenta todo lo mencionado hasta ahora y teniendo en cuenta que la persona con depresión tiene que incorporar nuevos conocimientos, modificar el comportamiento y redefinen a sí misma en un contexto social con el fin de aprender a vivir con la situación, parece que este proceso de cambio o ajuste en realidad, es una transición de salud-enfermedad. Para Zagonel (2003), a través del cuidado de transición, es posible orientar los períodos de anticipación, preparar el sujeto para el cambio de los roles y evitar los efectos negativos sobre el individuo en transición. En este estudio, nos enfrentamos a una transición de salud-enfermedad que parece difícil anticipar cómo cuidado preventivo, porque es resultado de los acontecimientos vitales, también ellos transiciones situacionales. Sin embargo, conociendo las respuestas de los sujetos a la depresión, es posible planificar y desarrollar intervenciones de enfermería que facilitan el proceso de transición. No es posible cambiar los acontecimientos que ya han pasado, pero se puede actuar sobre cómo estos eventos son percibidos por el sujeto y ayudarle a vivir una transición equilibrada.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro – Metodologia da investigação, guia para auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.
- CHICK, N.; MELEIS, A. I. – Transitions: a nursing concern. In: Chinn, P.L. Nursing research methodology. Rockeville: Aspen, 1986
- HARRISON, P.; GEDDES, J.& SHARPE, M. – Guia práctico climepsi de psiquiatria. Lisboa: Climepsi Editores, 2006.
- MAAS, Tânia; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson – Transição de saúde doença do ser adolescente hospitalizado. Cogitare Enfermagem. vol 10nº2 (2005), p.68-75.
- MACHADO, Margareth Voigt P. ;ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson – O processo de cuidar da adolescente que vivência a transição ao papel materno. Cogitare Enfermagem. vol 8 nº3 (2003), p.26-33.
- MELEIS, Afaf – Role insufficiency onde role supplementation; A conceptual framework. Nursing Research. vol 24 nº4 (1975), p. 264-271.
- MELEIS, A. I. & TRANGENSTEIN, P. A. – Facilitating transitions:redefinition of the nursing mission. Nursing Outlook. nº24 (1994), p. 255-259.
- MELEIS, A. I. – Theoretical nursing: development and progress. 4th ed. Philadelphia: L.W.& Wilkins, 2007.
- MURPHY, S. A. – Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. Holistic Nursing Practice. vol 4 nº3 (1990), p.1-7
- OLIVEIRA, A. M. N.; LUNARDI, L.; SILVA, M.R.S. – Repensando o modo de cuidar do ser portador de doença mental e sua família a partir de Heidegger. Cogitare enfermagem. vol 10 nº1 (2005), p.9-15.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Genebra, 2001 – Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.
- PAIVA, F. M.; SILVA, A. – A qualidade de vida, custos e benefícios da terapêutica da depressão. Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos. Lisboa. vol IX nº3 (1996), p.164-171.
- POLETTI, Rosette – Cuidados de Enfermeria. Tendências y conceptos actuales. Barcelona: Ediciones Rol S.A., 1980.
- SCHUMACHER, K. L.; MELEIS, A. I. – Transitions: a central concept in nursing. Image: Journal of Nursing Scholarship. Indianápolis vol 26 nº2 (1994), p.119-127.
- SCHUMACHER, K. L.; JONES, P.S.; MELEIS, A. I. – Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice.

Advances in Gerontological Nursing. New York. n°3 (1999), p.1-26.

TOWNSEND, M. C. – Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002

ZAGONEL, I.P.S. – O cuidado humano transicional na trajetória de Enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. vol 7n°3 (1999), p.25-32.

Versión Provisional - Preliminary version

**Mesa de comunicaciones 5: Práctica Clínica****Concurrent Session 5: Clinical Practice****AUTORES/AUTHORS:**

Sevil Inal, Meral Kelleci

**TÍTULO/TITLE:**

External thermomechanical stimulation and distraction are effective on pain relief of children during blood draw

**INTRODUCTION**

Needle sticks are the most prevalent and major sources of pain in children (3,6,10). Pain causes children to be frightened of needles and this leads children and their parents to be reluctant to procedures such as vaccine administration and blood draw, therefore affects the subsequent experience of treatment and care (9). Among hospitalized children, procedures involving needle sticks had been shown to be a major cause of pain (6). Fear of needles may lead children to refuse treatment and cause necessary examinations to be neglected or delayed (11). Fear of pain has been reported to cause adolescents to delay seeking treatment (12). It is known that fear of needles causes approximately 40% of adults to refuse blood draw. In various parts of the world, parents sometimes choose to dispense with vaccination in order to prevent their children's suffering). Therefore, it is important using a pain reduction method in children during needle sticks. Today local anesthetics are used in reducing the needle pain. These anesthetics reduce or eliminate the needle pain (4, 5). However, local anesthetics are costly (7) and require a long time to be effective after application. Also related to vasoconstriction, it may be problematic entering the vein (1).

**OBJECTIVES**

This study aims to investigate the effects of the sole and combined effects of external thermomechanical stimulation and distraction on pain relief during blood draw. The literature on the effect of external thermomechanical stimulation on reducing the needle pain reveals that it is an effective way for pain reduction in adults during intravenous access (2). In another study conducted with children during intravenous access, the researchers found external thermomechanical stimulation was effective in needle pain reduction (3). We did not come across any studies investigating the effects of combination of external thermomechanical stimulation and distraction.

Methods for reducing children's pain during blood draw are not used in Turkey. The only procedure is having the child's parent stay with them during blood draw. Therefore, this study aims to introduce an effective, easy to use and economic method for pain reduction during blood draw in children.

**METHODS**

This study is a prospective randomized, controlled experimental study. The sample consisted of 218 children aged between 6-12. We collected background information about demographics, medical history recent analgesics, weight, and height through interview and observation form. Inclusion criteria for subjects; choosing with a random method, must be within 6-12 ages, should be informed and consented to participate before the procedure, same nurse practicing blood draw, parents staying with their children during the procedure of blood draw, same needle size for every blood draw (21g), conducting the blood draw procedure with the same method (with vacoteiner) and from the same area. Exclusion criteria for subjects; has pacemaker, infection or break in skin of area where device application, having previous nerve damage effecting extremity and the neck, critical or unstable health status, having a developmental disorder resulting in not being able to answer the pain and anxiety scales (mental retardation or hearing impairment), having taken an analgesic within the last 6 hours, having any illness that causes a sensitivity to cold, history of syncope due to blood draws.

We randomly assigned subjects to four groups. After the assignment, children and their parents moved into rooms for drawing blood. Parent of every child in the sample (N=218) stayed with them during the blood draw procedure. In order to standardize the blood drawing procedure, we informed every child about the procedure and asked them not to look at the area of application. Parents were asked not to distract their children during the procedure.

The first group received no intervention. The second group received external thermomechanical stimulation. The third group received distraction. Finally, the fourth group received both external thermomechanical stimulation and distraction. Pain reducing techniques started to the performed just before the blood draw procedure and continued until the end of the procedure. Before the procedure, children's anxiety levels were assessed by their expression. The anxiety level before the procedure was assessed with the colored visual analog scale. Use of a 10 centimeter colored visual analog scale to rate anxiety (blue) will be explained with a set script prior to



attempted venipuncture.

Immediately after procedure children's pain levels during blood draw were assessed by their own expressions. Children's pain level was assessed through Faces Pain Scale-Revised(8). In addition children's anxiety and pain levels were assessed through their parent's and independent observer expression as well as own expression.

In order to administer the external thermomechanical stimulation, BUZZY® was used. The distraction method was applied with the distraction cards (Flippits®). Both BUZZY® and Flippits® was developed by Ammy Baxter. There is a cold pack on the part of the device where it contacts the skin. The device is placed above 5-10 centimeters of the application area just before blood draw. It is supposed to contact the skin properly. It works with batteries and conducts cold application and vibration on the area. The cold pack stays in a freezer and is mounted on device before the application. Cold application and vibration starts just before the procedure and continues until the end of the procedure. We cleaned the device with 70% alcohol when we switched it to another subject. The cold pack was taken out of the freezer just before each application. The same person employed the pain reduction methods during blood drawing.

The distraction method was applied with the distraction cards/Flippits®. Flippits® are consists of five cards with various pictures and shapes on them. They are approximately 5x8 cm in size. In this method, we ask the child questions about the card during the blood draw procedure. The blood drawing procedure starts when the child starts looking at the cards. Questions are asked about the card until the end of the procedure. For example: "How many ladybugs are there in the picture?" "How many spots do the ladybugs have in total?". "Can you see the elephant in the picture?" etc.

#### RESULTS

Data were analyzed with SPSS 15.00. Percentiles, chi-square tests and one-way analysis of variance were conducted.

There was no significant difference between group ages, sex, BMI, age of mothers and fathers ( $p>0.05$ ).

In the first group mean of anxiety levels before the procedure was  $4.32\pm 2.5$ , 2. It was  $4.32\pm 2.4$  in the second group. It was  $3.92\pm 2.4$  in the third group and  $4.30\pm 2.1$  in the fourth group. There was no significant difference between groups' levels of anxiety before the procedure (Table 1).

The mean of pain levels during the procedure in the first group was  $4.46\pm 2.9$ . It was  $1.38\pm 1.3$  in the second group. It was  $2.43\pm 1.3$  in the third group and  $0.53\pm 0.9$  in the fourth group. There was a significant difference between groups' mean of pain levels during the procedure ( $F=0.46$ ,  $P<0.001$ ). Comparison of the three groups to the control group showed that all three groups had significantly lower levels of pain during the blood draw procedure than the control group ( $F=0.46$ ;  $p<0.001$ ). The lowest mean of pain was measured in the combined condition (device and cards) ( $0.53\pm 0.9$ ). The mean score of the device group ( $1.38\pm 1.3$ ) was lower than the mean score of the distraction group ( $2.43\pm 1.3$ ). There was no difference between groups regarding the success of the blood draw procedure ( $\chi^2=1.25$ ;  $p=.73$ ). We observed no side effects for the techniques used.

#### DISCUSSION

In this study external thermomechanical stimulation was found to be an effective method for pain reduction in children during blood draw. The distraction technique was also found to be effective in this regard. However, the combination of external thermomechanical stimulation and distraction was the most effective method for pain reduction. None of the methods had negative effects on the blood draw procedure.

Results from this study indicate that using external thermomechanical stimulation and the distraction technique together or alone is an easy to use and effective way for pain reduction in children during blood draw. Therefore they can be used in children with diabetes, children and adults during vaccination, patients who need subcutaneous treatment, patients during blood draw or children during cannula placement.

Reducing the pain could reduce reluctance to medical procedures and prevent complications resulting from reluctance. Future research could investigate the duration of application, optimal heat, where to place the device and a wider use of the distraction and external thermomechanical stimulation.

The method for pain reduction during blood draw should be effective, fast, reusable, economic and easy to clean. It should also be easy to tolerate by children. Positive outcomes of this study would contribute to the application of economic nonpharmacological pain reduction methods for painful procedures such as blood draw, venous access and vaccination for children.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY

1. Andrew M, Barker D, Laing R(2002). The use of glyceryl trinitrate ointment with EMLA cream for IV cannulation in children undergoing routine surgery. *Anaesth Intensive Care*. 30(3):321-325.
2. Baxter A L, Leong T, Mathew B (2009)a. Vapocoolant for Adult Venipuncture Pain: Pilot Data on a Novel Device, *The Clinical Journal of Pain*, 25(8):705-710.
3. Baxter AL, Mc Elvery H, Von Baeyer C(2009) b. A randomized Controlled Trial of a vibrating and cold device for pediatric venipuncture pain relief, Platform presentation National Conference and exhibition, American Academy of Pediatrics. Washington DC October.
4. Brown D(2004). Local anesthesia for vein cannulation: a comparison of two solutions. *J Infus Nurs.*;27(2):85-88.
5. Chen BK, Cunningham BB(2001). Topical anesthetics in children: agents and techniques that equally comfort patients, parents, and clinicians. *Curr Opin Pediatr*,13(4):324-330.
6. Cummings EA, Reid GJ, Finley GA, McGrath PJ, Ritchie JA(1996). Prevalence and source of pain in pediatric inpatients, *Pain*, 68(1):25-31.
7. Eichenfield LF, Funk A, Fallon-Friedlander S, Cunningham BB(2002). A clinical study to evaluate the efficacy of ELA-Max(4%liposomal lidocaine) as compared with eutectic mixture of local anesthetics cream for pain reduction of venipuncture in children. *Pediatrics*,109(6):1093-1099.
8. Hicks CL, Baeyer CL, Spafford PA, Korlaar I, Goodenough B(2001). Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement, *Pain*, 93:2:173-183.
9. Meyerhoff AS, Weniger BG, Jacobs RJ(2001). Economic value to parents of reducing the pain and emotional distress of childhood vaccine infections. *Pediatr Infect Dis J*,20(11 Suppl):57-62.
10. Schechter NL, Zempsky WT, Cohen LL, McGrath PJ, McMurtry M, Bright NS(2007). Pain reduction during pediatric immunizations: evidence-based review and recommendations. *Pediatrics*,119:1184-1198.
11. Spielberg F, Branson BM, Goldbaum GM, Lockhart D, Kurth A, Celum CL, Rossini A, Critchlow CW, Wood RW(2003). Overcoming barriers to HIV testing: preferences for new strategies among clients of a needle exchange, a sexually transmitted disease clinic, and sex venues for men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr*,32(3):318-327.
12. Vika M, Raadal M, Skaret E, Kvale G(2006). Dental and medical injections:prevalence of self-reported problems among 18-yr-old subjects in Norway. *Eur J Oral Sci*,114(2):122-127.

**AUTORES/AUTHORS:**

Manuel Cabrera Espinosa, María José Granero Alted

**TÍTULO/TITLE:**

Violencia de género y enfermería: Redescubriendo nuestro papel.

**1.- OBJETIVOS:**

Como objetivos principales nos hemos marcado:

- Conocer, describir y analizar la violencia de género en las relaciones de pareja desde una perspectiva enfermera.
- Identificar y visibilizar el decisivo papel que la enfermería está llamada a realizar ante esta actual problemática.
- Implicar a la ciencia enfermera en el análisis y resolución de problemáticas sociales que inciden directamente en la salud de las personas que conforman ese grupo social.

Los objetivos específicos son:

- Describir y cuantificar la violencia de género en las relaciones de pareja en nuestro país.
- Analizar el discurso del maltratador con respecto a la salud y la enfermedad en referencia a él mismo y a la mujer maltratada.
- Analizar el papel del sistema de salud, y en especial la enfermería, frente a las consecuencias de la violencia de género en la mujer maltratada.
- Clasificar y analizar la presencia de patología en el propio maltratador.
- Analizar el papel de la ciencia enfermera en la rehabilitación y reinserción social del maltratador.

**2.- DEFINICIÓN Y CUANTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE ESTUDIO**

Definiremos la violencia de género como: "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada".

Para la cuantificación del problema utilizaremos tres medidas:

El número de denuncias presentadas: varían desde 43.313 en 2002, a 74.235 en 2009.

El número de mujeres muertas por violencia de pareja: 63 en 2000, 76 en 2008, 55 en 2009.

Los datos existentes de las encuestas realizadas al respecto, fundamentalmente las macroencuestas que sobre violencia de género viene realizando desde 1999 el Instituto de la Mujer: 677.352 en el 2006 habían sido maltratadas por su pareja en el último año.

Partimos de la fenomenología constructivista como paradigma para este trabajo, junto con la teoría feminista y los estudios de género o estudios de las mujeres.

**3.- FUENTES Y METODOLOGÍA**

Tipo de estudio: Cualitativo no probabilístico, consistente en la realización de relatos de vida a 18 hombres que en el momento de la investigación se encontraban en prisión por condena firme por violencia de género en las relaciones de pareja.

Población objeto: Maltratadores de género en prisión con condena firme.

Ámbito: Prisiones de Andalucía.

Aspectos éticos:

Autorización del Ministerio del Interior.

Consentimiento informado de los participantes.

Protección de la intimidad, recogida en el Artículo 18.1 de la Constitución.

Análisis: Análisis de contenido de los discurso generados. Uso de programa de análisis cualitativo asistido por ordenador (CAQDAS), el AtlasTi.

**4.- RESULTADOS.**

#### 4.1.-Alteraciones de salud en la descripción que el maltratador realiza de la mujer a la que ha maltratado.

Estudios previos confirman una gran variedad de alteraciones psíquicas y somáticas, y con una mayor incidencia que en la población general femenina, en las mujeres maltratadas. Comparando la incidencia de estas alteraciones entre mujeres maltratadas y la población femenina de más de 17 años, encontramos un aumento en maltratadas de: ansiedad, tristeza por pensar que no se vale nada, cambios de ánimo, ganas de llorar sin motivo, irritabilidad, inapetencia sexual, insomnio, fatiga permanente, dolores de espalda o articulaciones y los dolores de cabeza. Incluso la incidencia de la gripe está levemente aumentada en las mujeres que sufren maltrato.

En la descripción que el maltratador hace de la pareja a la que maltrató se constata la presencia de una mujer enferma, loca, débil y minusvalorada. En 16 de 18 casos, relatan como la mujer tomaba "pastillas para la cabeza". Esta descripción de su pareja contrasta enormemente con la descripción que realizan de su mujer ideal: "Para mí, la mujer que me gustaría sería cariñosa, atenta con el hombre, sencilla, que le guste la música y el campo y que sea limpia y ordenada como soy yo, lo de guapa me importa menos pero que tuviera un interior bueno". Este contraste entre la idealidad y la realidad ayuda al hombre a justificar su acto de maltrato el cual es convertido en una acción necesaria para reorganizar y estructurar a una mujer mentalmente débil y enferma.

Parece evidente que la mujer maltratada ha acudido a los centros sanitarios donde el tratamiento se ha centrado en una patología individual de la mujer sin indagar otras posibles razones que estén provocando el malestar de la misma. Podemos decir que paradójicamente, las decisiones de salud que toman los profesionales sanitarios para mejorar la salud de la mujer (maltratada), silencian el delito y ayudan al maltratador a justificar el acto de maltrato

#### 4.2.- Clasificación y diagnóstico de los maltratadores.

En este apartado hemos realizado:

En primer lugar, una clasificación de maltratadores a través de escala realizada por Jorge Corsi sobre la base de la clasificación de golpeadores propuesta por Dutton y Golant:

Tipo A: maltratador básico, cíclico de Dutton y Golant

Tipo B: maltratador Psicopático

Tipo C: maltratador Hipercontrolador

Posteriormente, describimos cada tipo-ideal de maltratador a través del discurso de los sujetos más representativos de cada tipología.

También, hemos buscado aquellos trastornos de la personalidad que más se acercan a nuestra descripción de cada uno de los tipos, siguiendo para ello la clásica obra de Theodore Millon: Trastornos de personalidad. Más allá del DSM-IV; y las obras previas de Echeburúa y Corral.

En último lugar, usamos la metodología enfermera para localizar los diagnósticos más prevalentes en cada uno de los tipos, usando la taxonomía NANDA, con la finalidad de poder realizar un plan de cuidados enfermero.

Pasemos a estudiar cada uno de los tipo-ideales de maltratadores que surgen.

##### A) El maltratador tipo A o perfil básico de maltratador de género.

Expresan una infancia dura cuando no de maltrato. Proviene de familias muy masculinizadas. La relación de pareja es más mercantil que amorosa. Se declaran inocentes, dicen que la mujer los provoca. Cordiales en el trato. Apesadumbrados por su paso por prisión. Encontramos un frágil sí-mismo o baja autoestima. Utilización de la ira como método para esconder sentimientos inaceptables para ellos como la fragilidad, el miedo o el rechazo; sentimientos totalmente en desarmonía con su concepción de la virilidad. Muy permeables a la presión social.

Se corresponden con la descripción que Millon hace del patrón inestable de la personalidad y del trastorno por dependencia Diagnósticos enfermeros más importantes. Riesgo de violencia, afrontamiento inefectivo, baja autoestima crónica, ansiedad

##### B) El maltratador tipo B o maltratador psicopático.

Es una persona que ha tenido problemas previos con la justicia. Ausencia de sentimientos, utiliza la agresividad como norma en sus

relaciones. Atribución de culpa a los demás, no hay arrepentimiento. Se creen superiores e independientes. impulsivos, irresponsables, insensibles, desconfiados e indisciplinados.

Se corresponden con la descripción que Millon hace del trastorno antisocial de la personalidad.

En cuanto a los diagnósticos enfermeros más prevalentes en esta tipología tenemos: Riesgo violencia, afrontamiento inefectivo, deterioro de la interacción social, desempeño inefectivo del rol

C) El maltratador tipo C o maltratador hipercontrolador.

Son personas distanciadas de sus sentimientos, predomina la evitación y agresividad pasiva. Tacaños y controladores del dinero, meticulosos, tanto que recuerdan gran cantidad de fechas que suelen relacionar con el santoral. Tienen una gran desconfianza, fundamentalmente económica. Tradicionalistas, con gran necesidad de control. Para ellos es importante la opinión de la sociedad. Describen a la mujer en tono despectivo y desconfiado. Deseo de volver a convivir con la mujer a la que maltrataron cuando salgan de prisión.

Se corresponden con la descripción que Millon hace del trastorno compulsivo de la personalidad y del trastorno paranoico de la personalidad.

Los diagnósticos enfermeros más importantes serían: Riesgo de violencia, ansiedad, conflicto de decisiones, afrontamiento defensivo, desempeño inefectivo del rol

#### 5.- DISCUSIÓN.

1.- La mujer maltratada presenta una alta incidencia en manifestaciones somáticas que le hace acudir con asiduidad a los servicios sanitarios, donde es diagnosticada y medicalizada sin buscar las verdaderas razones sociales que causan su problemática de salud.

2.- Paradójicamente, las decisiones de salud que toman los profesionales sanitarios para mejorar la salud de la mujer (maltratada), especialmente el diagnóstico centrado en los aspectos somáticos de la persona y la sobremedicación, silencian el delito de maltrato y ayudan al maltratador a justificar el acto delictivo.

3.- Esta justificación se produce al estigmatizar a la mujer como enferma, loca y minusvalorada, lo que unido al sesgo machista propio de nuestra sociedad patriarcal otorga al hombre el derecho de control y poder sobre la mujer enferma y desviada.

4.- Desde la ciencia enfermera se puede hacer una clasificación y un diagnóstico de los hombres que ejercen la violencia de género contra sus parejas, apareciendo tres tipologías básicas de los mismos. Con unas características precisas.

5.- La presencia de estas características nos han permitido extraer los diagnósticos enfermeros más prevalentes en cada uno de la tipología de maltratadores.

6.- Una vez obtenidos los diagnósticos enfermeros, la enfermería está capacitada para realizar un plan tendente a actuar para la resolución de los problemas detectados en estos hombres, o lo que es lo mismo, la enfermería tiene un importante papel, junto con otros profesionales, en la rehabilitación y la reinserción del maltratador de género.

7.- La comunidad constituye una fuerza social dinámica, con características demográficas, instituciones, condiciones ambientales y recursos bien definidos que, entre otras cosas, fomentan o impiden la salud y el bienestar de la población que abarca. Por tanto, la enfermería, como elemento central que trabaja en la comunidad para la prevención de la enfermedad, tiene entre sus primordiales funciones la implicación en la resolución de aquellas problemáticas sociales que inciden en la salud de las personas que componen el grupo social en el que nos encontramos inmersos.

8.- Las enfermeras y enfermeros, no somos islas desiertas, debemos sentirnos y actuar como miembros de la sociedad y no como individuos aislados anclados en la técnica y el diagnóstico, para de este modo poder entender y tratar al ser humano en toda su complejidad. Estamos obligados legal y éticamente a prevenir la aparición de "enfermedades sociales" en nuestros miembros más desprotegidos a través de la búsqueda de una sociedad más justa e igualitaria.

9.- En definitiva, queríamos enfatizar con esta investigación tanto la necesidad, como la obligación, que tiene la Ciencia Enfermera en implicarse en el análisis y resolución de problemáticas sociales que inciden directamente en la salud de los individuos que conforman el grupo social con el que trabaja. Problemáticas que están alterando el estado de bienestar tanto físico como mental,

social y de armonía con el medio ambiente de las personas a las que dedicamos nuestros cuidados.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alberdi, I.; Matas, N.: La violencia doméstica: informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Fundación La Caixa. Barcelona, 2002.
- Bericat, E.: La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida. Ariel S.A. Barcelona, 1998, pp. 96-97.
- Dobash, R. E.; Dobash, R.P.: Violence against wives: A case against the patriarchy. Free Press. Nueva York, 1979.
- Dutton, D.G.; Golant, S.K.: El golpeador: un perfil psicológico. Paidós. Barcelona, 1997.
- Fernández-Montalvo, J.; Echeburúa, E.: "Hombres condenados por violencia grave contra la pareja: un estudio psicopatológico". En: Análisis y modificación de conducta, n.º 31. 2005, pp. 451-475.
- Fernández-Montalvo, J.; Echeburúa, E.: "Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja". En: Psicothema, vol. 20, n.º 2. 2008, pp. 193-198.
- García, J.M.: Diario de campo. Colección de cuadernos metodológicos n.º 31, CIS. Madrid, 2000.
- Garrido, V.: Amores que matan. Algar. Valencia, 2001.
- Gelles, R.J.: The violent home: A study of physical aggression between husbands and wives. Sage. Beverly Hills, CA, 1974.
- Latesa, M. (ed.): El pluralismo metodológico en la investigación social: ensayos típicos. Universidad de Granada. Granada, 1991.
- Millon, T.: Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II). National Computer Systems. Mineápolis, 1997.
- Millon, T.: Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Masson S.A. Barcelona, 1999.
- NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación. Elsevier España. Barcelona, 2007.
- Okun, L.: Woman abuse: Facts replacing myths. University of New York. New York, 1986.
- Pujadas, J.J.: El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales. Colección cuadernos metodológicos nº5. CIS. Madrid, 1992.
- Rosenbaum, A.; O'Leary, K.: "Marital violence: Characteristics of Abusive couples". En: Journal of Consulting and Clinical Psychology, n.º 49 (1). 1981, pp. 63-71.
- Taylor, S.J.; Bogdan, R.: Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Paidós. Buenos Aires, 1990.
- Tolman, R. M.: "The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners". En: Violence and Victims, n.º 4. 1989, pp. 159-177.
- Valverde, J.: La cárcel I y sus consecuencias. La intervención sobre la conducta desadaptada. Editorial Popular S.A. Madrid, 1991.
- Walker, L.E.: The battered woman syndrome. Springer. New York, 1984.

**AUTORES/AUTHORS:**

MARIA ASUNCION PICART NOGUE, JOSEFINA PATIÑO MASÓ, CARMEN GRABOLEDA POCH, MARIA DEL CARMEN PUIGVERT VILALTA, CARMEN FARRÉ CARABASA

**TÍTULO/TITLE:**

El informe de alta de enfermería en la unidad de neonatología, elemento esencial para la continuidad de los cuidados en

El informe de alta es un documento profesional autónomo y oficial de la actividad de la/el enfermera/o. En él, el profesional expone libremente los criterios enfermeros: antecedentes personales del paciente, valoración al ingreso, resumen de los cuidados realizados, evolución global de los cuidados, diagnósticos de enfermería pendientes de resolución y necesidades dependientes en el momento del alta, educación sanitaria realizada y comentarios sobre aspectos socio sanitarios si fuera necesario (1).

El informe de alta forma parte de la historia clínica del paciente, este debe de ser firmado de forma legible y exclusiva por el profesional responsable de la asistencia de los cuidados de enfermería prestados durante la hospitalización (2).

**Objetivos**

Garantizar en los neonatos y sus familias la continuidad de los cuidados.

Establecer un circuito de transmisión de información entre la Atención Hospitalaria y la Atención Primaria.

Enseñar y/o reforzar en los padres los conocimientos, habilidades y actitudes adecuados para un óptimo cuidado del recién nacido.

**Métodos**

El Institut Català de la Salut es el mayor proveedor público de servicios sanitarios de Catalunya. En la Región Sanitaria de Girona, gestiona el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta y 26 Zonas Básicas de Salud (ZBS).

El Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona es el hospital de referencia de nivel terciario de la población de la provincia de Girona, con una población asignada de 800.000 habitantes, siendo el centro hospitalario de referencia de 36 ZBS. Como hospital de nivel secundario, es el hospital de referencia de 7 ZBS.

En el año 2005, se estableció un programa de continuidad de cuidados y enlace para los pacientes entre el centro hospitalario y las ZBS. El programa de continuidad asistencial incluye una visita de enfermería entre las 24h y las 48 horas del alta hospitalaria y visitas sucesivas, basadas en las necesidades de los pacientes. Todos los neonatos incluidos en el programa tienen asignada una hoja de continuidad asistencial (informe médico y de enfermería). En ella se comparte la información entre el Hospital y la Atención Primaria de Salud, a través del programa informático de estación clínica de trabajo y la Historia Clínica Compartida. El acceso a la estación clínica de trabajo permite la consulta, a los profesionales de los dos niveles asistenciales, de datos (problemas de salud, estado vacunal y medicación) e informes. En el 2007, se incluyeron en este programa todos los niños recién nacidos de la unidad de maternidad y neonatología del hospital mencionado.

Se estableció que todos los neonatos que son dados de alta del Hospital Dr. Josep Trueta, lo hacen con una visita, programada telefónicamente desde el propio hospital, con las consultas de enfermería pediátrica de su Zona Básica de Salud. La visita se programa para las 48 horas del alta hospitalaria.

A continuación se presenta un estudio descriptivo transversal realizado (de junio de 2007 a diciembre de 2009), mediante la revisión de las historias clínicas informatizadas de los neonatos (n=2886), que han sido dados de alta del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, con una visita programada telefónicamente desde el propio hospital a las consultas de enfermería pediátrica de su Zona Básica de Salud.

La información sobre el neonato que se hace constar en el informe de alta hospitalaria, corresponde básicamente a: peso, talla, constantes vitales, tipo de lactancia, cura del cordón umbilical, características de eliminación y educación sanitaria iniciada con los padres (alimentación, baño, cuidados de piel y mucosas, control de temperatura, cura del ombligo, cuidados de ojos, nariz y uñas). Se incluyen también las recomendaciones específicas que requieren un control más detallado del neonato por parte de los padres en el domicilio (ictericia leve, regurgitaciones, estreñimiento, eritema del pañal y dificultades en la alimentación materna).

La visita de acogida de la enfermera pediátrica de Atención Primaria consta de una valoración integral del niño y de la familia, incluyendo las actividades de: somatometría, test de desarrollo psicomotor, alimentación (lactancia materna o artificial), cuidados de piel y mucosas (curas del cordón umbilical, baño diario, higiene zona genital, protección solar, eritema del pañal, etc.), consumo de tabaco, alcohol y/o drogas en los padres, seguridad y prevención de lesiones (coche, bañera, muerte súbita del lactante), manejo de la enfermedad (cólico del lactante) y control de cuidados específicos iniciados en el hospital (3).

#### Resultados

Se han incluido en el programa 2886 neonatos, de los cuales un 52,35 % eran niños y un 47,64 % niñas. La mayoría (87,59 %) de los participantes en este estudio, pertenece a las 7 ZBS de referencia directa del Hospital Dr. Josep Trueta.

El 67,18% de los neonatos han acudido al Centro de Atención Primaria a la 48 horas del alta hospitalaria. Un 19,75 % lo ha hecho a las 72 horas (entendiendo que estos tenían el alta hospitalaria un viernes y que su visita fue programada para el lunes siguiente). El resto, un 13,07 % o no ha acudido a la cita o ha sido con posterioridad a las 96 horas del alta hospitalaria.

En esta primera visita la enfermera pediátrica de atención primaria inicia y/o refuerza conocimientos, habilidades y actitudes en los padres. La alimentación y los cuidados de piel y mucosas son dos de los temas sobre los que más dudas manifiestan los progenitores

Las dudas que plantean los progenitores se centran en: lactancia materna (cada cuánto se debe dar el pecho, control de peso del niño, cómo se sabe si el niño ha comido suficiente), lactancia artificial (tipos de fórmulas, preparación del biberón, etc.), higiene y cuidado de la piel: cuidados del cordón umbilical (baño diario, ropa más adecuada, etc.), calendario de visitas previstas con el pediatra y con la enfermera de pediatría y calendario vacunal entre otras.

Se incide especialmente en la lactancia materna. El 85,27 % de los niños presenta normopeso en el momento del alta, mientras que un 9,2 % están por debajo del peso según las tablas de desarrollo (percentil 10) y un 5,53 % tienen sobrepeso.

En cuanto a la lactancia materna, se ha analizado el porcentaje de niños asignados y atendidos que la han mantenido durante los seis primeros meses. En diciembre de 2009, el mantenimiento de la lactancia materna durante los 3 primeros meses de vida era en el 77,69 % de los niños incluidos en el programa.

Los resultados muestran un aumento en el mantenimiento de la misma a los 6 meses de edad. En junio de 2007 un 43,42% de los niños mantienen la lactancia materna, mientras que en diciembre del mismo año lo hace un 44,27%. En diciembre de 2008 la siguen un 57,25% y en el mismo mes de 2009 un 56,37% también la continúan.

#### Discusión

La transmisión de información de profesional (enfermera del hospital) a profesional (enfermera de enlace comunitaria), permite una respuesta inmediata dirigida al recién nacido y su familia tras el alta hospitalaria que no depende exclusivamente de que los padres se pongan en contacto con el/la enfermero/a, sino del propio sistema establecido que garantiza la continuidad asistencial (4,5).



La figura de la enfermera comunitaria de enlace gestiona los cuidados domiciliarios de forma coordinada con todos los profesionales de la zona básica de salud y procura la continuidad interniveles de los mismos, como un proceso de anticipación a las necesidades que el paciente y su familia pueden presentar en el domicilio después del alta hospitalaria (6,7). En nuestro caso el objetivo principal de la actuación de este profesional, tiene por objetivo garantizar una atención integral y continuada al neonato y su familia para dar respuesta a las necesidades de cuidados en el domicilio.

Nueve de cada diez neonatos acuden al centro de atención primaria entre las 48-72 horas después del alta hospitalaria para ser visitados por el/la profesional enfermero/a. La OMS (2009), recomienda como estrategia preventiva de la mortalidad neonatal que los recién nacidos deben ser visitados por un profesional de la salud cualificado en los días uno y tres de vida (en nuestro caso estas visitas las realiza el pediatra en el hospital al nacimiento y al alta en el 100% de los casos) y de ser posible debe realizarse también una tercera visita antes de que el neonato cumpla una semana de vida (día siete) (8).

Por otro lado la realización del Informe de Enfermería al Alta garantiza la continuidad de los cuidados del recién nacido iniciados en el hospital. De igual modo permite que las diversas actividades informativas y educativas de carácter general iniciadas en el ámbito hospitalario y dirigidas a los progenitores, tengan continuidad en el domicilio y puedan ser reforzadas e individualizadas, permitiendo de este modo el ajuste a las necesidades de cada familia en particular y aportando cierta flexibilidad a los programas (9,10). Un estudio de Conner y Nelson (1999), propone el uso de cuestionarios de satisfacción de los padres respecto al continuo en la atención neonatal recibida, aspecto que consideramos como actividad futura para poder incrementar y adecuar la atención prestada (11).

La OMS (2009) señala como actividades preventivas principales en las visitas realizadas al neonato durante la primera semana de vida: el fomento de la lactancia materna, el mantenimiento de la temperatura corporal, la higiene umbilical y de la piel, la detección de problemas graves de salud del recién nacido, el fomento de la vacunación oportuna, el tratamiento de la enfermedad y la atención a los neonatos y su familia con necesidades de cuidados adicionales. En el trabajo presentado el contenido de visita que se realiza al recién nacido en el ABS, incluye además de todos ellos, otros parámetros tales como: los cuidados dirigidos a la prevención de la muerte súbita, el control de la evolución madurativa, la prevención de riesgos, seguridad y prevención de lesiones y la prevención de riesgos drogas, tabaco y alcohol en los padres (8).

Se destaca que actualmente la casi totalidad neonatos de nuestro estudio, realizan lactancia materna durante la primera semana de vida y 8 de cada diez la siguen manteniendo a los tres meses mientras que 6 de cada diez la continúan a los seis meses. En relación con este último dato, se detecta un ligero aumento del mantenimiento de lactancia materna a los 6 meses de vida en la población estudiada (en el año 2007, 4 de cada diez bebés mantienen la lactancia materna a los seis meses y 6 de cada diez la siguen durante los años 2008 y 2009). Este incremento se nota especialmente a partir del inicio de las actividades educativas realizadas con los padres

La mayoría de los recién nacidos (8 de cada diez) presenta normopeso en la primera visita realizada sin embargo 2 de cada diez no tienen un peso adecuado.

Para finalizar señalar que la sistematización del Informe mejora a la vez la comunicación entre los profesionales de los distintos niveles de salud, y asegura el seguimiento de los cuidados del neonato y la implicación de los padres.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Lucendo Villarín A J, Noci Belda J. El informe de alta de enfermería, un instrumento para la continuidad de los cuidados. Rev. Enfermería Clínica 2004 ;14:184
2. Feria Lorenzo DJ. Valoración de resultados en la implantación de un protocolo de cuidados al alta. Rev. Enfermería Científica 2003; 252-3, 58-63
3. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica [Recurs electrònic] : [infància amb salut]  
Barcelona : Direcció General de Salut Pública, 2008.[Consultado Junio 2010 ]. Disponible en:  
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2059/edpediatr.pdf>
4. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: A multidisciplinary review. British Medical Journal 2003; 327(7425):1219-1221.
5. Fernández A, García JL, Palmero C, García B, Páez JM, Álvarez M et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. Revista Clínica Española 2007; 207: 510-520.
6. Jódar G, Cadena A, Parellada N, Martínez J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. Atención Primaria 2005; 36: 558-562.
7. Arquerros, F. Et al. Unidad de coordinación asistencial en el hospital Torrecardenas: un servicio a los ciudadanos gestionado por enfermeras. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud 2010. [Consultado 3 de septiembre de 2010]. Disponible en:  
[http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos/Acc.asp?pagina=pr\\_desa\\_Innovacion4](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos/Acc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion4)
8. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Nota descriptiva N° 333 . Agosto de 2009. Reducción de la mortalidad de los recién nacidos. [Consultado 3 de septiembre de 2010]. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/print.html>.
9. Gervás J. La gestión de casos y de enfermedades y la mejora de la coordinación y la atención sanitaria en España. Gac Sanit. 2008;22 Supl1:163-8.
10. Ojeda JJ, Freire JM, Gervás J. La coordinación entre atención primaria y especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? Rev. Adm. Sanit. 2006;4:357-82.
11. Conner, JM. Y Nelson EC. (1999). Neonatal intensive care. Satisfaction measured from a parent's perspective. Pediatrics, 103 (Supl. E). 336-349.

## Mesa de comunicaciones 6: Cuidados a pacientes crónicos y personas mayores

### Concurrent session 6: Chronic and Elderly Care

#### AUTORES/AUTHORS:

Marta Caballero, Victoria Leonor Fernández-García, Luz Arenas-Monreal

#### TÍTULO/TITLE:

La experiencia de padecer "presión alta" en una comunidad rural de México. Un estudio fenomenológico

Objetivo: Conocer la experiencia de padecer hipertensión arterial sistémica en la vida cotidiana de las personas que viven en un contexto que ofrece mayores dificultades para su control. Métodos: Estudio cualitativo de aproximación fenomenológica<sup>1, 2</sup> que se llevó a cabo en una comunidad rural y alto índice de pobreza de Morelos, México en enero 2009. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas (9 mujeres y 5 hombres) y etnografía. Los participantes fueron usuarios del centro de salud de la localidad y los criterios de inclusión fueron: dos años y más de diagnóstico médico, edad entre 30 y 65, años y residir en la localidad. Resultados: El análisis arrojó 4 categorías: a) La hipertensión es una enfermedad que me dijeron que tengo; b) Vivir con la presión alta; c) Tomar las pastillas todos los días, se identificaron comportamientos y sus razones. d) La comida cotidiana y las verduras. Implicaciones para la práctica: Las enfermeras que atienden comunidades rurales y de ingreso bajo, enfrentan mayores dificultades para que los pacientes sigan su tratamiento<sup>3, 4 5</sup>. Conocer en profundidad, la experiencia personas y las dificultades de su contexto, ofrece las bases para una intervención efectiva<sup>6 7, 8</sup>. La mayoría de las personas experimentaron síntomas, como lo han documentado otros autores, y contrario a lo referido en la literatura biomédica. 9 La enfermera debe ser sensible al respecto para mejorar sus intervenciones. 10 11 12

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 Ritzer G. Sociología fenomenológica y etnometodología. Teoría sociológica contemporánea. Madrid, España: McGraw-Hill, 1995; 263-308
- 2 Edwards C, Titchen A. Research into patients' perspectives: relevance and usefulness of phenomenology. J Adv Nurs 2003; 5: 450-60
- 3 White F, Wang L, Jelinek H. Awareness and pharmacotherapy of hypertension in a rural community. Med Princ Pract 2009; 18: 261-265
- 4 Hou X. Urban-rural disparity of overweight, hypertension, undiagnosed hypertension and untreated hypertension in China Asia Pac J Public Health 2008; 20: 159-60
- 5 Jones GN, Howe JT, Brantley PJ. A prospective study of the impact of stress on quality of life: An investigation of low-income individuals with hypertension. Ann Behav Med 2001; 23: 112-119
- 6 Beune E, Haafkens JA, Agyemang Ch, Schuster J S, Willes D L. How ghanaiian, african-surinamese and dutch patients perceive and manage antihypertensive drug treatment: a qualitative study J Hypertens 2008; 26: 648-656
- 7 Benson J, Britten N. Patients' decisions about whether or not take antihypertensive drugs: qualitative study. British Medical Journal 2002; 325: 873
- 8 Rose LE, Kim MT, Dennison CR, Hill MN. The contexts of adherence for african americans with high blood pressure. Journal Advanced Nursing 2000; 32: 587-594
- 9 Kaplan NM. 4. Hipertensión clínica primaria: historia natural, poblaciones especiales y evaluación. Hipertensión clínica. Barcelona, España: Waverly Hispánicas S. A., 1999
- 10 Schlomann P, Schmitke J. Lay beliefs about hypertension: An interpretative synthesis of the qualitative research. Journal American Academy of Nurse Practitioners 2007; 19: 358-367
- 11 Kusuma Y. Perception of hypertension among migrants in Delhi India: A qualitative study. BMC Public Health 2009; 29: 267
- 12 Gascón JJ, Sánchez-Ortuño M, Llor B, Saturno PJ. Why hypertension patients do not comply with treatment. Family Practice 2004; 21: 125-130

**AUTORES/AUTHORS:**

Teresa Kraus, Maria dos Anjos Dixe, Manuel Rodrigues

**TÍTULO/TITLE:**

Sentido de la Vida, Perturbaciones Emocionales y la Autoeficacia sobre el Control del Dolor Crónico

\*Kraus, Teresa; \*\*Rodrigues, Manuel; \*\*\*Dixe, Maria dos Anjos

\* Associate Professor, School of Health Sciences, UIS, Polytechnic Institute of Leiria. Student in the doctoral program in Nursing, Health Sciences, Catholic University. Scholarship from the Foundation for Science and Technology.

\*\* Coordinator Professor Professor, Coordinator with Aggregation, ESEnFC, Scientific Coordinator of UICISA-dE, Chief Editor of the Journal Reference.

\*\*\* Coordinator Professor, School of Health Sciences, Health Research Unit, Polytechnic Institute of Leiria.

**Contexto:**

Más que un síntoma, el dolor crónico, es una enfermedad y la causa más frecuente de graves perturbaciones en las actividades físicas, en el sueño, en la vida sexual, en el humor, resultando en baja autoestima, pensamientos negativos, percepción desesperanzada de la vida, relaciones familiares/ sociales/ laborales conflictivas,... En este contexto, la persona manifiesta la percepción de incapacidad para lidiar con la situación y encontrar razones válidas que den sentido a la vida (WALL, 2002).

Un estudio reciente, realizado en 15 países europeos, sobre la prevalencia, el impacto en el cotidiano y el tratamiento del dolor crónico no oncológico, documentó que, con una intensidad de moderada a grave, ésta se asume como una fuente de sufrimiento de 19% de los adultos, afecta severamente la calidad de vida, muy pocos son orientados por especialistas del dolor, habiendo, casi la mitad de estos, clasificado la gestión de su dolor, de inadecuada (BREIVIK, COLLETT, VENTAFRIDDA, COHEN, & GALLACHER, 2006).

Otro estudio, implementado en 25 países europeos por el Centro de Investigación Británico, The Work Foundation, concluyó que 100 millones de europeos sufren de este dolor, ya que la enfermedad músculo-esquelética crónica, es responsable por el 60% de las situaciones de incapacidad permanente en la Unión Europea (CIÊNCIA PT, 2009).

En Portugal, la enfermedad tiene una prevalencia aproximada de 20-30%, mayormente en el género femenino, en los más ancianos, en las personas con menores rendimientos y menor escolaridad. Ocupan el 2º o 3º lugar de los encargos decurrentes del consumo de fármacos y constituyen la 1ª causa de incapacidad temporaria. Son responsables por el 17% de los casos de encamamiento definitivo, el 26% de las necesidades de utilización de silla de ruedas, el 30% de la movilidad limitada en el domicilio. Son todavía responsables por el 40-60% de las situaciones de incapacidad prolongada para determinadas actividades de la vida diaria, por el 43% de los días de ausentismo laboral por enfermedad y originan el mayor número de jubilaciones anticipadas por enfermedad, o sea, el 35-41% de su totalidad (PORTUGAL, 2004).

Todos los informes presentados son unánimes en clasificar el dolor músculo-esquelético crónico, como un importante problema de salud pública que precisa de ser asumido por los profesionales.

En este contexto importa destacar que el dolor reumático crónico - dolor músculo-esquelético y el sufrimiento sin sentido - angustia existencial, ya fueron constituidos foco de atención de la práctica de Enfermería, integrando la lista de categorías de diagnósticos de

la Asociación Norte-Americana de los Diagnósticos de Enfermería y la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería. Descubiertas sobre la fisiopatología del dolor, han evidenciado la importancia del conocimiento y de su acción terapéutica sobre los pensamientos, las emociones, las actitudes y los comportamientos, procurando contribuir de forma más eficaz para el control del dolor y el bienestar del individuo.

Se sabe que es a partir de la adolescencia que, la persona comienza a interrogarse sobre sus objetivos, sobre aquello que tiene intención de realizar, sobre el significado de su presencia en el mundo: "significado y acción están estrechamente unidos, ambos aliados a la identidad" (Bonino, 2007, p. 42).

Starck (2008), autora de la Teoría del Sentido y Reed (2008), autora de la Teoría de la Auto-Trascendencia, confirmaron que el cuestionamiento existencial se va apurando con el avance de la edad, sin embargo descubrieron que también las experiencias traumáticas, como es la vivencia del dolor crónico, pueden intensificar la procura del sentido. Ambas presentan sus modelos teóricos como aporte para el desarrollo de competencias de enfermería para la promoción del sentido de vida. Ambas reconocen que el sufrimiento inevitable puede llevar a la toma de consciencia de la vulnerabilidad y finitud humanas y despertar el "deseo de sentido válido" para la vida. Ambas descubrieron que esta actitud pro-activa ante las adversidades, refina el carácter humano (realización personal) y confiere la competencia que integra el dolor crónico en el cotidiano individual.

El concepto de Sentido de Vida, variable altamente subjetiva por la confianza resultante de tener valores firmes, consistentes y durables, fue definido por Kraus, Dixe y Rodrigues (2009) como inductor de salud mental positiva y promotor de deseos, compromisos y esperanza, otorgando dignidad a la vida.

#### Objetivos:

- Evaluar la relación entre el índice del sentido de la vida, la perturbación emocional y la percepción de autoeficacia para el control del dolor crónico no oncológico;
- Identificar factores predictivos de la vida con sentido y factores barrera de la percepción de autoeficacia para el control del dolor crónico.

#### Métodos:

Estudio correlativo, en una muestra de 94 participantes (género: femenino 58,5%; masculino 41,5%) con un promedio de edad de 48,9 años (SD=11,7), seguidos en servicios de Reumatología de un Hospital de Lisboa. Después de las autorizaciones y consentimientos, se aplicó entre enero y marzo de 2010, un cuestionario socio-demográfico y clínico con cinco escalas: El Purpose in Life Test, para evaluar el índice del sentido de vida; La Hospital Anxiety and Depression Scale, para identificar perturbaciones emocionales ligeras y la Chronic Pain Self-Efficacy Scale, que garantiza datos relativos a la percepción de la autoeficacia para el control del dolor crónico no oncológico;

#### Resultados:

Al correlacionar el índice del sentido de la vida con la perturbación emocional (ansiedad / depresión), se verificó una relación negativa. Ésta apenas presenta significado estadístico significativo en la dimensión vivencial del sentido de la vida con la ansiedad. Es decir que, a un mayor índice de sentido vivencial, corresponde, un menor índice de ansiedad. Mientras más edad tiene el inquirido, mayor es el índice global del sentido de la vida, así como, el índice del sentido vivencial, siendo esta diferencia, estadísticamente muy significativa ( $p < 0,001$ ). Por otro lado, mientras más edad tiene la persona, menor es el índice global de autoeficacia para el control del dolor crónico ( $p < 0,05$ ), de estrategias de coping y de funcionalidad ( $p < 0,01$ ). Relativamente al tiempo

de vivencia del dolor crónico, frente al sentido de la vida y la percepción de autoeficacia para el control del dolor, solo se verifican diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) con la funcionalidad. En cuanto a la correlación del género con el sentido de la vida y la percepción de autoeficacia para el control del dolor crónico, son los hombres que presentan, en media, un índice global más bajo del sentido de la vida ( $= 3,4$ ;  $SD = 0,77$ ) cuando comparados con los inquiridos del género femenino ( $= 3,8$ ;  $SD = 0,6$ ), siendo esas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Lo mismo se verifica con la dimensión vivencial. Relativamente a la percepción de autoeficacia, son también, los hombres que presentan, en media, un valor más elevado ( $= 80,7$ ;  $SD = 16,5$ ), aquí con diferencias estadísticas muy significativas ( $p = 0,008$ ). La evaluación de la relación entre, el consumo regular de terapéutica analgésica, el índice del sentido de la vida y la percepción de autoeficacia para el control del dolor crónico, revela, con excepción de la dimensión existencial del sentido de la vida, que los inquiridos que no toman regularmente analgésicos, presentan índices de sentido de la vida más elevados ( $= 4,9$ ;  $SD = 1,0$ ) que, quien lo hace ( $= 4,6$ ;  $SD = 0,9$ ). Sin embargo, las diferencias solo son significativas en la dimensión vivencial. Lo mismo se verifica en relación a la percepción de la autoeficacia.

#### Discusión:

Con base en los objetivos definidos, el estudio permite concluir que:

Un mayor índice de sentido de la vida, en su dimensión vivencial, sugiere un menor índice de perturbación emocional, en la forma de ansiedad; un menor consumo de terapéutica analgésica y un mayor índice de percepción de autoeficacia para el control del dolor crónico no oncológico. Estos resultados confirman y refuerzan el efecto terapéutico positivo del variable sentido de vida, propuesto por Starck (2008), Reed (2008) y Kraus, Dixe y Rodrigues (2009).

La edad y el género femenino son presentados como factores predictivos de mayor procura por el sentido de la vida, siendo la edad perentoriamente corroborado por Wall (2002) y Bonino (2007), mientras que, el género femenino, grupo con mayor prevalencia del dolor reumático - contexto desfavorable inevitable, comprobado por Portugal (2004), es, consecuentemente y de acuerdo con Stark (2008) y Red (2008), el grupo con mayor tendencia para buscar un sentido a su situación.

Como factores barrera de la percepción de autoeficacia para el control del dolor crónico, se sugiere el tiempo de vivencia del dolor y la edad, corroboradas por Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher (2006) y Ciência PT (2009).

Paradójicamente la edad es presentada en ambos grupos de factores lo que según Wall (2002), Starck (2008) y Reed (2008), se debe a la gestión inadecuada del dolor, por incapacidad de encontrar sentido en la vida, a pesar del dolor y del sufrimiento.

En el momento en que la Enfermería, consciente de su responsabilidad profesional en el alivio del sufrimiento inevitable asociado al dolor crónico, continúa a invertir en la identificación de recursos más eficaces, concluimos que el concepto "sentido de vida" traduce resultados, actitudes y vivencias, de interés para su referencial científico.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- BONINO, S. (2007). Mil Amarras me Prendem à Vida - (Con)viver com a Doença (1.ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- BREIVIK, H., COLLETT, B., VENTAFRIDDA, V., COHEN, R., & GALLACHER, D. (2006). Survey of Chronic Pain in Europe: Prevalence, Impact on Daily Life, and Treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.
- CIÊNCIAPT (2009). Dores musculares. Acedido a 09 Out., 2009, disponível em [[http://www.cienciapt.net/pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=100193&Itemid=279](http://www.cienciapt.net/pt/index.php?option=com_content&task=view&id=100193&Itemid=279)].
- KRAUS, T., RODRIGUES, M., & DIXE, M. (2009). Meaning of life, health and human development. *REFERÊNCIA*, 10, 77-88.
- PORTUGAL (2004). Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas.
- PORTUGAL (2008). Plano Nacional de Controlo da Dor.

REED, P. G. (2008). Theory of Self-Transcendence. In M. J. SMITH & P. R. LIEHR (Eds.), Middle Range Theory for Nursing. New York: Springer.

STARCK, P. L. (2008). The Human Spirit: The Search For Meaning And Purpose Through Sufering. Humane Medicine, 8(2).

WALL, P. (2002). Dor a Ciência do Sofrimento (2ª ed.). Porto: Ambar.

Version Provisional - Preliminary version

**Mesa de comunicaciones 7: Promoción de la salud****Concurrent session 7: Health Promotion****AUTORES/AUTHORS:**

Conceição Rainho, Teresa Correia, Isabel Barroso, Maria Monteiro, Vitor Rodrigues

**TÍTULO/TITLE:**

Sintomatología depresiva en estudiantes universitarios de la enseñanza politécnica

**1 – Objetivos**

La presente investigación se plantea como objetivos: i) Evaluar sintomatología depresiva presentada por los estudiantes universitarios de la enseñanza politécnica) ii) Identificar factores asociados a sintomatología depresiva.

La sintomatología depresiva se asocia con la aparición de la depresión, que es una de las enfermedades más frecuentes en la población en general, constituido un problema de salud pública.

La depresión se incluye en el grupo de los «trastornos afectivos», dado que una característica de la misma es la alteración de la capacidad afectiva, siendo no sólo la tristeza, sino también la incapacidad de dar afecto o recibirlo de quienes nos rodean.

De acuerdo con (Vasquez & Blanco, 2008) en lo que se refiere a depresión, la prevalencia de vida se estima en alrededor de 16% en la población general, todavía es más elevada en los adolescentes e jóvenes (Kessler & Walters, 1998). La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha estimado que en 2020, la depresión va a ser una de las enfermedades más prevalentes en la población, se considera que es uno de los problemas de salud mental más relevante, que ultrapasa las barreras culturales (Unsal & Ayranci, 2008).

La ocurrencia de depresión en adolescentes y jóvenes ha despertado gran interés entre los investigadores. De hecho, la frecuencia de la educación superior es considerada por muchos estudiantes como un paso positivo en sus vidas, que representa un cambio en el estilo de vida y muchas veces implica su adaptación a un entorno, completamente nuevo, con participación en retos académicos e exigencias psicosociales que predisponen a una mayor vulnerabilidad a la depresión (Campos & Gonçalves, 2004; Vásquez & Blanco, 2008). En Portugal se produjo un aumento de mujeres que asisten a la educación superior, de ahí la importancia de estudiar este tema. La depresión se manifiesta con mayor intensidad en mujeres que en varones lo que nos muestra un estudio en lo cual participaron estudiantes universitarios (Riveros, et al. 2007).

Los estudios se han centrado en determinar su prevalencia, su relación con características sociodemográficas y la identificación de factores de riesgo, con el objetivo de aplicar las estrategias destinadas a la prevención oportuna.

**2. Métodos:** Se ha diseñado un estudio, observacional, descriptivo y transversal, para alcanzar los objetivos planteados. La población diana está formada por estudiantes, matriculados en dos Escuelas de enseñanza politécnica en la región Norte de Portugal, durante el curso 2009-2010, en titulaciones oficiales de primer ciclo (Licenciados en Enfermería, en Farmacia y Análisis Clínica Salud Pública). El tamaño de la muestra fue de 145 estudiantes, ha resultado de muestreo no probabilístico y participación voluntaria, para que todos tuviesen oportunidad de participar. El género de la muestra es femenino en el 82,1%, la media de edades fue de 21,3 años. Se adoptaron procedimientos para mantener la confidencialidad, por razones de veracidad de información y ético-legales. La organización del procedimiento de recogida de datos, se ha encargado a dos profesores de cada escuela. Cuando aplicaron el cuestionario a los alumnos que asistían a clases, les presentaban los objetivos del estudio y os cuestionaron se aceptaban participar, informando que podrían interrumpir a cualquier momento. El trabajo de campo se realizó en segundo semestre de curso académico. Se han utilizado como factores de estudio independientes las variables: sexo, edad, curso, práctica de actividad física semanal, consumo de tabaco, de alcohol, en los últimos 30 días. Para medir la variable dependiente se utilizó: la escala Center for Epidemiologic Studies Depression-CES-D, integra 20 ítems, que evalúan sintomatología depresiva. En toda CES-D, las escalas presentan un rango de respuesta de 0 a 3.

Para la captura y procesamiento de datos se usó la versión 16.0 SPSS®.

La consistencia interna de lo instrumento fue determinada por el coeficiente alfa de Cronbach. El análisis de componentes principales ha permitido comprobar la validez de constructo. Los testes paramétricos fueron utilizados, con atención a la naturaleza de la distribución de los valores o variabilidad de las medidas (distribución normal – Prueba Kolmogorov-Smirnov). El análisis descriptivo se ha realizado con los valores de las frecuencias y su intervalo de confianza al 95%. En las variables categóricas se ha utilizado la prueba Chi cuadrado de Pearson, y como medida de asociación la Odds Ratio (OR). En las variables continuas se aplicó la prueba



de t de Student para la determinación de las diferencias entre dos medias muestrales y para la construcción del intervalo de confianza.

3. Resultados: La fiabilidad que presenta CES-D fue observada a través del coeficiente alpha Cronbach (0,911), el instrumento presenta un consistencia alta. En análisis de CES-D mediante la técnica de componentes principales, se encontraron 4 autovalores superiores a la unidad que explican 58,8% de varianza total, en concordancia con otros estudios.

Los estudiantes relataron que consumieron bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, (60,7%), En sexo masculino, o consumo de bebidas alcohólicas fue significativamente más elevado (OR=5,4;  $p<0,05$ ). O tabaco 24,8%, distes 77,8% son del sexo femenino. Se ha obtenido una puntuación en la CES-D, superior a 16, en (73) 50,3% de los estudiantes, indicando los valores más altos un número superior de síntomas, lo que nos informa acerca de los probables casos de depresión.

Por cada síntoma depresivo fue determinada su presencia en los últimos siete días, de los cuales los tres primeros fueran, "Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo" (87,6%); "No me sentía esperanzado(a) hacia el futuro" (85, 0%); "Dormí mal" (80,7%).

En la comparación en la medida de sintomatología depresiva, se formaron grupos de sujetos a partir de las variables sexo, practica de actividad física. En sexo femenino la sintomatología depresiva fue significativamente más elevada (OR=2,2; IC 95% .1,1-4,9;  $p<0,05$ ). Cuando analizamos la relación entre practica de actividad física y sintomatología depresiva se observó un valor de la media significativamente más baja en los que refirieron practicar actividad física (media =14,1) con relación a los que contestaron negativamente (media =18,1); ( $t= 2,546$ ; g. l. =141;  $p<0,05$ ).

4. Discusión: La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos ha probado su validez y confiabilidad en diferentes poblaciones (Silveira & Roberto, 1998). Cabe hacer notar que los resultados del presente estudio indican que la escala CES mantiene las características psicométricas que la convirtieron en una de las escalas más usadas en el mundo para la valoración de la depresión en estudios poblacionales con adolescentes y personas de edad avanzada.

Los resultados de este estudio muestran un alto consumo de alcohol, lo que es también corroborado en otro estudio, en que 74,1% de los estudiantes también refirieron haber consumido alcohol en los últimos 30 días ( Kerr-Corrêa et al. 2002).

Los resultados del estudio son una manifestación más de las tendencias que envuelven a la depresión. Se confirmó que la frecuencia de cuadros depresivos en estudiantes es elevada .Los resultados obtenidos en otros estudios apuntan que sintomatología depresiva se presenta en la población estudiantil y que por consiguiente puede tener repercusión en el estado de salud mental y física, bien como en el rendimiento académico. Considerando que ir a la universidad como un factor predisponente para la ocurrencia de este problema de salud, plantea a las instituciones la necesidad de adoptar estrategias de prevención para minimizar o evitar. Niveles significativamente superiores de sintomatología depresiva se observaron en sexo femenino, siendo que los resultados siguen la tendencia de lo descrito en otros estudios (Sakae, Padrão & Jornada, 2010; Lin et al., 2008).

En este estudio se encontró que la actividad física se presenta con efecto positivo sobre los síntomas depresivos, en efecto, los resultados de otro estudio son coincidentes en señalar que los sujetos que practicaban actividad física eran menos deprimidos (Vasconcelos-Raposo, Fernandes, Mano & Martins, 2009. Se podría concluir manera provisional que los dos últimos factores pueden representar características de vulnerabilidad al desarrollo de síntomas depresivos. Es aconsejable tomar estas afirmaciones no como conclusiones firmes sino como hipótesis de trabajo para futuras investigaciones.

La salud de los estudiantes es nuestra preocupación como profesores, luego consideramos fundamental producir conocimiento útil con esta investigación, cuya aplicación tiene como objetivo contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de los estudiantes. De hecho, Lima, Domingues y Cerqueira (2006) recomiendan que "las instituciones de educación superior deben reflexionar de manera crítica en este contexto, conocer las características de sus alumnos y los procesos de capacitación, vinculación de las estrategias para ayudarlos estudiantes frente a las dificultades de la vida cotidiana, para mejorar la calidad de vida y reducir la angustia psicológica presentes en esta población. Por ello es crucial para la identificación precoz de los síntomas depresivos en el desarrollo e implementación de programas de prevención y control.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

### Referencias

- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2004). Alguns dados sobre prevalência de sintomatologia depressiva na população universitária portuguesa. In C. Machado, Almeida, L. S., Gonçalves, M., & V. Ramalho (Orgs.), Avaliação psicológica: formas e contextos: X Conferência Internacional (pp.50-53). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Keer-Corrêa, F., Simão, M. O., Dalben, I., Trínca, L. A., Ramos-Cerqueira, A. T. A., Mendes, A. A., Mattos, P. F., Oliveira, S. M., & Penteado, M. A. C. (2002). Possíveis factores de risco para o uso de álcool e drogas em estudantes universitários e colegiais da UNESP. *Jornal Brasileiro de Dependência Química*, 3, 32-41.
- Kessler, R. C., & Walters E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and Anxiety*, 7 (1).
- Lin, H.-C., Tang, T.-C., Yen, J.-Y, Ko, C.-H., Huang, C.-F., Liu, S.-C., & Yen, C.-F. (2008). Depression and its association with self-esteem, family, peer and school factors in a population of 9586 adolescents in southern Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 412-420.
- Riveros, M. Q., Hernández, H. V., & Rivera, J. B. (2007)- Niveles de Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 10 (1).
- Sakae, T. M., Padrão, D. L., & Jornada, L. K. (2010). Sintomas depressivos em estudantes da área da saúde em uma Universidade no Sul de Santa Catarina – UNISUL. *Revista da AMRIGS*, 54 (1), 38-43.
- Silveira, D. X., & Roberto, J. M. (1998). Propriedades psicometricas da escala de rastreamento populacional para depressao CES-D em populacoes clinica e nao-clinica de adolescentes e adultos jovens / Psychometric properties of the epidemiologic screening scale for depression (CES-D) in clinical and non-clinical populations of adolescents and young adults. *Rev. psiquiatr. clín.*, 25 (5): 251-61.
- Unsal, A., & Ayranci, U. (2008). Prevalence of students with symptoms of depression among high school students in a district of wester Turkey: An epidemiological study. *Journal of School Health*, 78 (5)
- Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., Mano, M., & Martins, E. (2009). Relação entre exercício físico, depressão e índice de massa corporal. *Motricidade*, 5 (1). 21-12
- Vázquez, F. L., & Blanco V. (2008). Prevalence of DSM-IV Major Depression among Spanish University Students. *Journal of American College Health*, 57 (2)

## Mesa de comunicaciones 8: Cuidadores

### Concurrent session 8: Caregivers

#### AUTORES/AUTHORS:

Martín David Millán Cobo, Rafael del Pino Casado, M<sup>a</sup> Dolores Cantón Ponce, Valentín Ruiz Nieto, Araceli Alarcón Juárez, Ana Quiles Espinosa, M<sup>a</sup> Luisa Izaguirre Sánchez, Francisco Martínez Castro, M<sup>a</sup> Ángeles Piñar Salcedo

#### TÍTULO/TITLE:

EL CUIDADO FAMILIAR DE MAYORES DEPENDIENTES: DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA IMPLICACIÓN EN EL CUIDADO

#### INTRODUCCION.

El aumento de la esperanza de vida en países industrializados provoca altos niveles de discapacidad en personas mayores e incrementa como nunca se había visto las demandas de cuidados de larga duración<sup>1</sup>. En estos países, la mayoría del cuidado prestado a las personas mayores proviene del entorno familiar, y más concretamente, de las mujeres de la familia. Si bien existen diferencias cuantitativas entre países en la participación femenina en el cuidado informal<sup>2</sup>, incluso en aquellos países con menos diferencias de género en este aspecto, como es el caso de EEUU (razón de feminidad de 1,5)<sup>3</sup>, dichas diferencias aumentan cuando nos centramos sólo en personas cuidadoras de alta dedicación. España posee una de las cifras más altas de participación femenina en el cuidado informal<sup>4</sup>. Según la encuesta sobre el Apoyo Informal a las Personas Mayores de 2004 del IMSERSO<sup>5</sup>, el 83,6% de las personas cuidadoras eran mujeres, habiendo aumentado dicho porcentaje casi un punto desde 1994.

El cuidado de mayores dependientes es por tanto familiar y femenino. Por otro lado, la provisión de cuidado informal a personas mayores dependientes se ha demostrado estresante<sup>6</sup> y perjudicial para la salud de las personas cuidadoras<sup>7</sup>. Por todo ello, la mayor dedicación femenina al cuidado informal constituye una forma de desigualdad de género. Además, una revisión sistemática<sup>8</sup> y otra narrativa<sup>9</sup> han puesto de manifiesto una mayor implicación de la mujer cuidadora tanto en dedicación como en complejidad del cuidado prestado. Ello supone otra forma de desigualdad de género, ya que existe suficiente evidencia para relacionar la carga objetiva con las consecuencias negativas del cuidado<sup>10</sup>. No obstante, en las dos revisiones anteriores no hay estudios españoles. Además, los resultados de los escasos estudios españoles existentes no son coincidentes, ya que, si bien la tendencia es la de no haber diferencias de género<sup>5,11</sup>, existen estudios discrepantes<sup>12</sup> que encuentran diferencias de género en la implicación en el cuidado, poniendo de manifiesto una mayor implicación femenina. Por todo ello se hace necesaria más investigación sobre este aspecto.

#### OBJETIVOS.

Analizar la existencia de diferencias de género en la implicación en el cuidado (carga objetiva y antigüedad) en personas cuidadoras familiares (PCF) de mayores dependientes.

#### MÉTODOS.

Diseño.

Estudio descriptivo transversal.

Población.

PCF principales de mayores dependientes del Distrito Jaén-Norte. Muestreo aleatorio sistemático (marco de muestreo: censos de cuidadoras/es). Tamaño muestral: 204 (seguridad: 95%, potencia: 80%, diferencia mínima de medias a detectar: 10% del valor máximo de cada variable cuantitativa; cálculos con EpiDat 3.1).

Variables.

a) Género (masculino / femenino).

b) Carga objetiva: dedicación al cuidado (nº de horas semanales), complejidad (nº de actividades básicas de la vida diaria –ABVD- y actividades instrumentales –AIVD- atendidas, tomando como referencia los índices de Barthel y Lawton y Brody, respectivamente) y necesidad de cuidados medida mediante el Índice de Barthel, el Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings y el test de Pfeiffer.

c) Antigüedad en la labor cuidadora (en años).

Recogida de datos.

La recogida de datos ha sido realizada mediante entrevista por personas con alta cualificación (enfermeras de enlace con al menos 3 años de experiencia o enfermeras de familia con al menos 10 años de experiencia en la atención a cuidadoras de mayores dependientes, con experiencia también en la aplicación de los cuestionarios utilizados) y con adiestramiento específico sobre la recogida de datos (sesión de formación de 5 horas), para garantizar la calidad y uniformidad de la recogida de datos. Todos los

anteriores cuestionarios estandarizados han sido heteroadministrados para favorecer la explicación comprensión de dichas herramientas en cada caso particular. Todos han sido preguntados a la persona cuidadora, salvo los de Pfeiffer y Barthel, que siempre que se ha podido se han preguntado a la persona cuidada, para mejorar la validez y precisión de la medida.

Análisis estadístico.

- a) Descriptivo: porcentajes, medias y desviaciones típicas e intervalos de confianza al 95% de porcentajes y medias.
- b) Bivariante: Test t de Student para grupos independientes, con confirmación previa de la normalidad (Test de Kolmogorov-Smirnov) y homocedasticidad (Test de Levene). Nivel de significación estadística: 0,05.

RESULTADOS.

La muestra estudiada está compuesta por 177 mujeres (85,1%) y 31 hombres (14,9%). No se han encontrado diferencias de género estadísticamente significativas en dedicación ( $p=0,488$ ), nº de ABVD ( $p=0,622$ ), nº de AIVD ( $p=0,423$ ), Barthel ( $p=0,884$ ), Cummings ( $p=0,924$ ), Pfeiffer ( $p=0,492$ ) y antigüedad ( $p=0,989$ ). En la tabla 1 se detallan estos resultados.

	Medias (y desviaciones típicas)	Valor de p	
	Mujeres	Hombres	
Dedicación (horas semanales)	58,7 (42,1)	64,4 (35,8)	0,488
Nº de ABVD	7,71 (2,75)	7,97 (2,52)	0,622
Nº de AIVD	7,01 (1,71)	6,74 (1,78)	0,423
Barthel	38,2 (29,5)	39,03 (27,5)	0,884
Cummings	7,45 (10,41)	7,65 (10,01)	0,924
Pfeiffer	5,15 (3,77)	4,65 (3,58)	0,492
Antigüedad (meses)	56,0 (60,45)	55,9 (41,38)	0,989

Tabla 1. Diferencias de género en dedicación, complejidad, necesidad de cuidados y antigüedad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en la dedicación, complejidad y antigüedad del cuidado.

En relación con la dedicación, nuestros resultados coinciden con el meta-análisis de Miller y Caffaso<sup>13</sup> y con el estudio español conducido por Crespo y López<sup>11</sup> (estos autores encuentran que no hay diferencias de género en el número de horas dedicadas al cuidado), mientras que discrepan con la revisión sistemática de Pinquart y Sorensen<sup>8</sup> y la revisión narrativa de Yee y Schulz<sup>9</sup>. Estos autores informan de un mayor tiempo de dedicación de la mujer, si bien existe alta heterogeneidad en la revisión sistemática y estudios discrepantes en la revisión narrativa. También discrepan con los resultados encontrados por Larrañaga y cols.<sup>12</sup>, que ponen de manifiesto mayor elevada dedicación al cuidado (definida como cuidado permanente de personas con discapacidad grave o moderada) en las cuidadoras.

En lo que respecta a la complejidad del cuidado prestado, nuestros resultados difieren de los encontrados por Pinquart y Sorensen<sup>8</sup>, Yee y Schulz<sup>9</sup>, Miller y Caffaso<sup>13</sup> y Crespo y López<sup>11</sup>, que apuntan a una mayor dedicación al cuidado personal por parte de las cuidadoras.

Nuestros resultados sobre dedicación y complejidad apoyan la hipótesis de que en España no existen diferencias de género en la

implicación en el cuidado en PCF de mayores dependientes. Ello, lejos de ser positivo, corrobora la prioridad de las familias españolas para elegir PCF, basada en un criterio de género (primero la mujer) y de institucionalización como último recurso, aspecto éste que se ha puesto de manifiesto de forma reiterada en distintas encuestas del IMSERSO5. Ello hace que los hombres que llegan a cuidadores principales asuman la misma carga que las mujeres cuidadoras principales. Este aspecto puede ser tenido en cuenta a la hora de definir perfiles de riesgo en PCF.

Esta hipótesis tiene como casos discrepantes los resultados anteriormente mencionados de Crespo y López<sup>11</sup> para la complejidad en el cuidado y de Larrañaga y cols.<sup>12</sup> para la dedicación. No obstante, dichos resultados deben ser tenidos en cuenta con cautela debido a que el primer estudio se realiza sobre una muestra no probabilística (posible sesgo de selección) y en el segundo se mide dedicación (frecuencia del cuidado: permanente y no permanente) y dependencia de forma conjunta, con lo que existe un posible sesgo de clasificación, ya que un nivel alto de dependencia no implica necesariamente un alto tiempo dedicado. Además, en el estudio de Larrañaga y cols., aunque las personas cuidadoras conviven de forma permanente con la persona cuidada, no se especifica si son principales.

En lo referente a la antigüedad, nuestros resultados coinciden con los de la revisión sistemática de Pinquart y Sorensen<sup>8</sup>, apoyando la no existencia de diferencias de género en este aspecto. Esta coincidencia de resultados adquiere mayor importancia teniendo en cuenta que en la anterior revisión apenas hay estudios europeos del ámbito del mediterráneo.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. OECD. The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand. París: OECD; 2009.
2. OECD. Long-term care for older people. París: OECD; 2005.
3. National Alliance for Caregiving and AARP. Caregiving in the U.S.: National Alliance for Caregiving; 2004.
4. Jenson J, Jacobzone S. Care allowances for the frail elderly and their impact on women care-givers. Labour Market and Social Policy. Occasional papers no. 41. París: OECD; 2000.
5. IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar: IMSERSO; 2005.
6. Aneshensel CS, Pearlin LI, Mullan JT, Zarit SH, Whitlatch CJ. Profiles in Caregiving. San Diego: Academic Press; 1995.
7. Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*. 2003;18:250-67.
8. Pinquart M, Sorensen S. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2006;61(1):33-45.
9. Yee JL, Schulz R. Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *Gerontologist*. 2000;40(2):147-64.
10. Pinquart M, Sorensen S. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003;58(2):112-28.
11. Crespo M, López J. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre el envejecimiento*. 2008(35):1-33.
12. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanitaria*. 2008;22(5):443-50.
13. Miller B, Cafasso L. Gender differences in caregiving: fact or artifact? *Gerontologist*. 1992;32(4):498-507.

**AUTORES/AUTHORS:**

Victoria Delicado Useros, Carmen Ortega Martínez, Antonio Alcarria Rozalén, Antonia Alfaro Espín, Francisco García Alcaraz, Eduardo Candel Parra, Teresa Copete González

**TÍTULO/TITLE:**

EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA GRUPAL DE ENFERMERIA SOBRE LA SITUACIÓN PSICOSOCIAL DE CUIDADORAS PRINCIPALES

**ANTECEDENTES:**

Desde hace varios años se conoce el peso tan importante que soportan los hogares españoles por atender a familiares enfermos y/o dependientes, muchos de ellos ancianos con patologías diversas (demencias, ictus, etc.) (1). En el Libro Blanco de la Dependencia (2), quedó constancia de la escasez de servicios de apoyo a las personas dependientes y sus familias. Este déficit estructural de la protección social española, en relación a otros países europeos, ha sido puesto de manifiesto en diversos estudios (3) y se reclama, entre otros servicios, una mayor implicación de los profesionales sanitarios, un desarrollo de la atención domiciliaria y programas específicos de atención de enfermería a las familias que cuidan (4).

Por otro lado, numerosos estudios revelan la falta de apoyos percibidos por los cuidadores. Una gran mayoría no se siente cuidado por los sanitarios y son escasos los que reciben atención domiciliaria de un profesional o disponen de otros recursos (servicios de ayuda a domicilio, centros de día, servicios de respiro, etc.). A su vez, tanto enfermeras como cuidadoras son conscientes de las necesidades de formación, apoyo psicológico y capacitación en el autocuidado que precisan las personas que cuidan (5).

Las estrategias de apoyo a cuidadores son de diverso tipo. García Calvente diferencia tres niveles: políticas de bienestar, planificación y organización de servicios y práctica profesional (6). Las intervenciones desde la práctica profesional se dirigen a ofrecer información sobre el problema, cuidados requeridos y recursos de apoyo disponibles, formación en habilidades de cuidado y estrategias para aumentar la capacidad de afrontamiento y apoyo social, como técnicas de relajación, resolución de problemas, habilidades de comunicación y recursos sociales (7,8). En general, las intervenciones deberían abarcar tres ejes fundamentales: salud física, salud psíquica y salud social de la díada cuidador-persona cuidada.

La evaluación de la efectividad de estas intervenciones en nuestro medio está poco desarrollada (6), aunque ya se dispone de información en otros contextos. No obstante, los resultados de los trabajos que han evaluado las evidencias en los últimos años no son concluyentes. Los meta-análisis de Bull (9) y de Acton-Kang (10) concluyen que apenas hay evidencias de la eficacia de algunas de las medidas evaluadas, se apela a las deficiencias teóricas y metodológicas de este nuevo campo de investigación y se apuesta por proseguir con estudios más afinados antes de llegar a conclusiones definitivas.

**OBJETIVOS:** General: Evaluar la efectividad de las intervenciones de Enfermería con cuidadores/as de personas dependientes.

Objetivos específicos:

1. Determinar si aparecen cambios en calidad de vida del cuidador/a como respuesta a la intervención de Enfermería
2. Establecer si la intervención enfermera mejora la autoestima
3. Identificar si se incrementa el apoyo familiar

**MÉTODO:** Diseño: Investigación cuasi-experimental con medidas antes-después de una intervención enfermera psicoeducativa

grupal.

Sujetos de estudio: Población diana: Personas cuidadoras informales de familiares dependientes atendidos en su domicilio en el área de salud de Albacete. Se excluyeron los mayores de 80 años, cuidadores retribuidos y profesionales sanitarios.

Muestra: 27 cuidadores para el grupo experimental (GE) y 35 para el grupo control (GC). La selección de estos se realizó mediante muestreo por conglomerados polietápico entre las zonas básicas de salud. La asignación inicial al GE o GC se realizó al azar.

Posteriormente, a los sujetos seleccionados se les ofertó la posibilidad de asistir a la sesión educativa o contestar a los cuestionarios. La alta proporción de cuidadoras-es que rechazan la asistencia a las sesiones impidió la aleatorización final en GE y GC.

Variables: Independientes: Intervención enfermera. Se realizó una intervención psicoeducativa grupal a lo largo de nueve sesiones semanales en las que se conjuga la formación en cuidados, el apoyo psicológico, la escucha, la expresión emocional y el refuerzo del grupo de iguales. Se fomentó la participación activa de los participantes y la adecuación de los contenidos a sus necesidades y situaciones personales. Las sesiones incluyeron cuidados a la persona dependiente, recursos de apoyo a cuidadores y familias, autoestima de la persona cuidadora, comunicación, organización de tareas, control emocional y manejo del estrés, técnica de resolución de problemas, expresión de demandas y acceso a recursos profesionales y asociativos.

Dependientes: Calidad de vida, apoyo familiar y percepción de autoestima. Variables interdependientes: sociodemográficas del cuidador-a, la familia, la persona cuidada y de las características del cuidado.

Fuentes de información: Escala de apoyo social Apgar familiar; láminas COOP-Wonca para medir calidad de vida (índice CV); Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) y cuestionario de elaboración propia sobre datos sociodemográficos del cuidador.

Estrategia de análisis de datos: Estadística descriptiva de los sujetos estudiados y de las variables principales. Se evalúa la comparabilidad de los grupos de intervención y control. Descripción de la situación basal de ambos grupos respecto a las variables dependientes. Estimación de la existencia y magnitud del efecto, comparando las diferencias observadas entre grupos, en las variables dependientes, en dos momentos: antes y después de la intervención.

RESULTADOS: Los grupos experimental y control son comparables respecto a las variables: edad (GE=55 y GC=53), sexo (92,3% mujeres en GE y 93,3 en GC), ocupación (más de un 60% de amas de casa en ambos grupos) y dedicación al cuidado (60% de cuidadoras principales y únicas y un 40% de rotatorios). Se aprecian algunas diferencias en otras variables (aunque no alcanzan la significación estadística) como en el nivel de estudios (un 46,2% del GE no tiene estudios frente a un 13,3% del GC), años de dedicación al cuidado (media de 8,55 en el GE frente a 5,86 del GC) e intensidad del cuidado (18h de dedicación media diaria de la persona cuidadora principal en el GE y 20h en el GC). La convivencia es permanente en la mayoría de casos (66% en GC y 46% en GE), aunque la convivencia temporal y en viviendas separadas se da en más de la mitad del GE y en un tercio del GC. La relación de parentesco que une a cuidador-a es ser hija de la persona cuidada (más de la mitad de casos en ambos grupos) seguida de cónyuge, madre, nuera, nieta y hermana. En algunos casos se identifican cuidadores secundarios (31% GE y 40% GC) con una dedicación media semanal de 12 a 14h).

La situación basal inicial de ambos grupos respecto a las principales variables dependientes es similar en autoestima y apoyo y funcionalidad familiar. En CVRS se aprecia una peor CV en el Grupo experimental que en el GC y esta diferencia de medias alcanza la significación estadística:

Autoestima: GE: 32,08 (6,1) GC: 36,7 (4,2) Diferencias NS

APGAR familiar: GE: 9,1 (1,4) GC: 8,9 (2,1) Dif.NS

Calidad de vida: GE: 24,0 (5,4) GC: 18,7(5,4) Dif Sig.  $p = 0,01$

Diferencias en las medidas post-intervención y pre-intervención:

Tras concluir las intervenciones previstas, realizar las mediciones y descartar a los sujetos con una asistencia insuficiente a las sesiones psicoeducativas grupales (60% al menos) nos encontramos con que las pérdidas de sujetos han sido muchas, concluyendo el estudio un total de 28 cuidadoras (13 del GE y 15 del GC). Esta es una importante limitación del estudio respecto a la evaluación de la eficacia de la intervención enfermera.

Autoestima: GE= -1,2 (5,4); GC= -0,7 (2,9) Dif. NS

Funcionalidad familiar: GE= -0,85 (1,5); GC= -0,86 (1) Dif. NS

Calidad de vida: GE= -1,5 (7,5); GC= 2,2 (2,9); p= 0,06

**DISCUSIÓN:** La intervención educativa de enfermería mejora la calidad de vida del grupo experimental (disminuye la puntuación del ICV, mientras en el GC se aprecia un incremento de la puntuación, es decir, un ligero empeoramiento). Las diferencias entre las medias de CV en ambos grupos están en el límite de significación estadística (p=0,06). No se comprueba estadísticamente la eficacia de la intervención de enfermería en las otras dos variables estudiadas: autoestima y apoyo familiar.

La mejora en la variable dependiente calidad de vida tiene relevancia como para pensar que la intervención de enfermería es beneficiosa para la persona cuidadora. Es sabido que según crece la duración del cuidado los cuidadores pierden calidad de vida (11), lo que podría explicar las diferencias en CV del GE con más años de duración en el cuidado (8,5 años) respecto a los cuidadores del GC (5,8 años). Respecto a los valores de CV de la población estudiada en relación a otras investigaciones encontramos que los valores del grupo experimental son ligeramente más altos que la población de cuidadores del ámbito de AP estudiados en Albacete en 2003 (con valores medios de ICV de 22,2) (5), que la de pacientes de AP estudiados en Alicante (ICV medio de 20,5), cuidadores de Alzheimer (ICV = 20,4) (12). El valor medio del ICV del grupo control es similar al de acompañantes de pacientes de AP (ICV = 19,8).

Podría justificarse la ausencia de cambios significativos en apoyo familiar y autoestima del cuidador porque en el momento inicial la población estudiada tenía altos valores en estas medidas. Aunque la intervención psicoeducativa incide en autoestima y apoyo familiar, estas variables dependen del entorno tanto o más que la capacidad y actitud del cuidador. Por otro lado, la limitación fundamental de este estudio ha sido el escaso número de participantes y las pérdidas de sujetos, tanto del grupo experimental como control, debido a cambio de situaciones de cuidador y persona dependiente, asistencia insuficiente a las sesiones psicoeducativas, dificultades para las entrevistas, etc. Todo ello nos ha llevado a disponer de un número escaso de sujetos en cada grupo que limita la potencia estadística de las pruebas de significación y la cuantificación de las diferencias.

Las conclusiones más relevantes que se desprenden del estudio son: la eficacia limitada de la intervención enfermera para mejorar la situación psicosocial de las cuidadoras de personas dependientes, con una mejora de la calidad de vida, y la necesidad de establecer de manera sistemática una intervención enfermera de apoyo a las personas cuidadoras en la cartera de servicios de Atención Primaria. Para futuras investigaciones pensamos que las intervenciones deben estar más focalizadas a modificar algunos aspectos (sobrecarga, descarga emocional, y autocuidado) y realizarse desde la red de servicios de salud para mejorar la captación de sujetos y garantizar la continuidad de los mismos.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Durán MA. Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ICTUS. Informe ISIEDIC. Madrid: MSD, 2004
2. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco



de la Dependencia, Madrid: 2004

3. Navarro V. Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Sobre lo que no se habla en nuestro país. Barcelona: Anagrama, 2002
4. Martín, FJ. El sentido del decreto de Cartera de Servicios. Enfermería Comunitaria 2006; 2(1):5-10
5. Delicado MV. Familia y cuidados de salud. Calidad de vida en cuidadores y repercusiones sociofamiliares de la dependencia. Tesis doctoral. Universidad de Alicante, 2003.
6. García-Calvente MM. Mateo-Rodríguez I. Eguifuren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac Sanit 2004; 18(Supl 1):132-9
7. Dunkin JJ & Anderson-Hanley C., Dementia caregiver burden. A review of the literature and guidelines for assessment and interventions. Neurology 1998; 51 (Supl. 1): 53-60
8. Ruiz MA, Muñoz MD, Maza MA y Martínez MN. Educación para la salud a cuidadores informales. Enfermería Clínica 1998; 8(4):171-177
9. Bull MJ. Interventions for women as family caregivers. Annual Review Nursing Research. 2001; 19: 125-42
10. Acton GJ. Kang J. Interventions to reduce the burden of caregiving for an Adult with dementia: a meta-analysis. Research in Nursing and Health, 2001, 24: 349-360
11. Muñoz Cobos, F. Calidad de vida en cuidadores de pacientes incapacitados. Tesis doctoral. Universidad de Málaga: Facultad de Medicina, 1996
12. Lizán Tudela L, Reig Ferrer A, Richart Martínez M, Cabrero García J. Evaluación de la Calidad de Vida relacionada con la salud mediante láminas COOP/WONCA. Medicina Clínica (Barc) 2000; 114 (Supl. 3): 76-80

**AUTORES/AUTHORS:**

Juana Robledo Martín, Cristina Martín-Crespo Blanco, Ana Belen Salamanca Castro, M<sup>a</sup> Estela Maeso Fernández

**TÍTULO/TITLE:**

La contratación de una mujer latinoamericana para cuidar a ancianos como estrategia familiar.

**Objetivo:**

- Explorar en que circunstancias se desarrolla la estrategia de la contratación de mujeres inmigrantes latinoamericanas para cuidar a ancianos
- Determinar quien decide la contratación
- Explorar que cuidados son transferidos a la cuidadora y cuales realizan los familiares.

**Metodología:**

Los resultados expuestos en esta comunicación forman parte de una investigación más amplia que aborda la transferencia de cuidados entre hogares dentro de las cadenas globales de cuidados y desarrollado en base una aproximación etnográfica basada en observación participante y entrevistas en profundidad. Los resultados expuestos en esta comunicación se obtienen del análisis de los datos obtenidos de las entrevistas en profundidad, se han realizado un total de 35 entrevistas, distribuidas 15 a familiares de ancianos cuidados por mujeres latinoamericanas y 20 a mujeres inmigrantes que trabajaban cuidando a ancianos.

Para seleccionar la muestra se contacto con asociaciones, servicios sociales, centros de día y organizaciones del tercer sector de ámbito comunitario en la provincia de Ávila diversificando los puntos de contacto para poder tener cuidadoras y familiares de ancianos de ámbito rural y urbano.

Las variables a tener en cuenta eran: en el caso de los familiares que hubiesen intervenido directamente en la contratación de la cuidadora y en el caso de las mujeres que llevasen más de 6 meses trabajando como cuidadoras de ancianos. Las entrevistas fueron analizadas discursivamente de forma inductiva desarrollándose códigos y categorías de análisis cerrándose su número cuando los investigadores consideraron que se había conseguido un proceso de saturación del discurso al no aportar nuevas categorías de análisis.

**Resultados:**

La decisión de contratar a una mujer para que cuide al anciano, es tomada de forma mayoritaria por los hijos y comunicado después a los padres, ello no siempre es aceptado por las personas mayores produciendo en algunos casos reticencias

El grado de dependencia del anciano unido al hecho de que viva sólo o no y también al contexto rural o urbano en el que reside determina la contratación de una cuidadora y su modalidad. Las personas mayores que viven en municipios pequeños, la contratación se produce cuando se tiene un mayor grado de dependencia y la primera contratación es en la modalidad de Internas.

Los cuidados que son transferidos a la cuidadora contratada se centran en las actividades directas de cuidados y va a depender de la capacidad de la persona mayor para realizar por si sola las actividades de la vida diaria, los familiares realizan un control del cuidado que se da manteniendo actividades de gestión de los cuidados.

**Discusión**

La externalización del cuidado se establece como estrategia familiar para mantener la independencia del anciano en su contexto habitual a mayor grado de dependencia mayores son las actividades de cuidados que se transfieren y mayor el control y gestión que desarrollan los familiares, la posibilidad de ello está determinado por la distancia física existente entre familiares y ancianos. Es

necesario que las enfermeras consideren las diferentes actividades que los cuidadores desarrollan favoreciendo ello la coordinación y mejorando la calidad global de los cuidados.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Versión Provisional - Preliminary version

**AUTORES/AUTHORS:**

Carme Ferré-Grau, Virtudes Roderó-Sánchez, M.Rosa Aparicio-Casals, Maria Sevilla-Casado, Montse Boqué-Cavalle, Mar LLeixà-Fortuño, Amparo Valdivieso, Dolores Cid-Buera, Carme Vives-Relats

**TÍTULO/TITLE:**

Ensayo clínico comunitario de intervención dirigido a cuidadoras familiares de pacientes crónicos

**Introducción:**

En el clásico sobre Cuidados y Cuidadores en el Sistema Informal de Salud (García-Galvante et al, 1999) se observa que las mujeres cuidadoras familiares muestran un alto nivel de sobrecarga objetiva y subjetiva, consecuencia del proceso de cuidar. Estos resultados coinciden con la mayoría de los estudios que se han interesado por la relación entre estas variables (Zarit 1980; Zabalegui 2004, Crespo 2007). El impacto negativo sobre la esfera psicológica en la población de cuidadoras es el doble del impacto negativo sobre la dimensión física del cuidado.

En el proceso de cuidado un familiar dependiente consecuencia de enfermedades crónicas y/o degenerativas las mujeres cuidadoras, deben enfrentarse a múltiples problemas. Cuando las estrategias de afrontamiento ordinarias en la resolución de los problemas fracasan, aparece un sentimiento creciente de indefensión que dificulta la búsqueda de nuevas soluciones disminuyendo la posibilidad de alivio emocional y aumentando los síntomas de ansiedad y/o depresión. Siendo que, en el programa ATDOM la atención al cuidador esta integrada en la atención al paciente, el papel de las enfermeras de Atención Primaria es fundamental para proporcionar formación y ayuda en las estrategias de afrontamiento a estas mujeres cuidadoras en la resolución de los problemas que se les plantean en el proceso de cuidar, con el objetivo de reducir la carga de los cuidadores y aumentar la calidad de vida de los pacientes atendidos en el entorno familiar (Ferré-Grau et al 2008).

En muchas ocasiones, la mujer cuidadora principal, aun siendo consciente de las situaciones de estrés por las que está pasando y experimentando el malestar subjetivo subyacente, no sabe que hacer para poder mejorar dicha situación y resolver los problemas que se le plantean en el proceso de cuidar. Por ello, si la enfermera de AP le enseña la TRP de manera organizada y sistemática (apoyo instrumental) y le ayuda en el proceso de su aplicación (apoyo socio-emocional), durante su visita domiciliaria, facilitará el proceso de encontrar una respuesta más eficaz al problema planteado, disminuyendo los síntomas de ansiedad y/o depresión y aumentando su salud emocional percibida. Creemos que merece la pena demostrar la eficacia de programas de soporte a la función que realiza el cuidador familiar de enfermos crónicos, por su función insustituible en el cuidado de los pacientes. Se trata de un estudio de Ensayo clínico comunitario de intervención.

La muestra se obtuvo mediante muestreo sistemático en los Centros de Salud de Tarragona. Cada cuidadora de la muestra fue informada a título individual del objetivo del estudio y se le pidió su conformidad mediante el documento de consentimiento informado, asegurándole previamente la confidencialidad de los datos y el carácter voluntario de la participación.

**Fase de pre-test:**

A las cuidadoras de la muestra se les aplico tres escalas estandarizadas y validadas: Escala de ansiedad y depresión de Goldberg, y la de percepción de la salud emocional del cuidador (NOC). Para el ensayo clínico realizado se seleccionaron las cuidadoras con alguna de las tres escalas positivas.

#### Fase de Intervención experimental

Según criterios de aleatorización por enmascaramiento simple mediante sobre cerrado, se asigno las cuidadoras al grupo control y al grupo de intervención.

La intervención experimental con relación a la técnica de resolución de problemas consistió en cuatro sesiones de 30 minutos, en la que se trabajo la TRP mediante una entrevista cara a cara con la cuidadora principal (previa formación entreno de las enfermeras-entrevistadoras) según los ocho pasos descritos y teniendo en cuenta los aspectos básicos de relación enfermera-paciente que enmarcan en el proceso de cuidado. Teniendo en cuenta que se trata de cuidadoras de pacientes en ATDOM se realizo la entrevista en el domicilio, para evitar el desplazamiento hasta el Centro de Salud.

En cada una de las sesiones se trabajaron dos pasos de la técnica, según material didáctico diseñado para la investigación, y al finalizar la entrevista domiciliaria de intervención, la enfermera fue registrando de manera sistemática los aspectos relativos a la utilización de cada uno de los pasos de la técnica, tiempo utilizado, incidencias, observaciones en su aplicación, en una hoja de registro diseñada para la investigación. Para facilitar la adhesión a la técnica y disminuir la pérdida de sujetos en la fase de intervención, el día anterior a la visita domiciliaria, la enfermera llamaba a la cuidadora para recordarle su visita y concertar una hora de mutuo acuerdo.

Durante la fase de intervención las enfermeras tuvieron la posibilidad de ser asesoradas por dos enfermeras expertas en TRP, en aquellos aspectos que les fueran surgiendo en el proceso de aplicación de la técnica en el grupo experimental, mediante contacto telefónico o utilizando el correo electrónico.

Cada enfermera que participo en la investigación atendió a cuidadoras del grupo experimental y del grupo control para evitar el sesgo personal de la enfermera en los resultados de la investigación según fueran asignadas mediante enmascaramiento simple a cada uno de los grupos.

En el grupo control la enfermera realizaba a las cuidadoras la asistencia y atención habitual en estos casos.

Proceso final de los dos grupos experimentales ( Fase post-test):

Al mes de acabar la intervención, se les pasara al grupo experimental de la muestra (intervención y control) nuevamente las dos escalas estandarizadas: a) La escala hetero-administrada de ansiedad y depresión de Goldberg. b) La escala auto administrada de salud emocional percibida del cuidador principal de NOC.

Para minimizar el efecto del investigador en la aplicación de las escalas en las dos fases (pre y post) fueron administrados por el mismo investigador.

Análisis de los datos:

Se realizó un análisis descriptivo del perfil de la muestra. Para las variables cualitativas se calcularon las frecuencias y los porcentajes, mientras para la variables cuantitativas se hallaron el rango, la media y la desviación estándar. Se analizaron las posibles diferencias entre cuidadoras, atendiendo a las variables independientes, y en relación a los resultados obtenidos en las escalas de medición de ansiedad, depresión y bienestar emocional.

La concordancia fue medida por la diferencia en las puntuaciones obtenidas en las de tres escalas estandarizadas de investigación. Se aplicó la T de Student para muestras independientes en caso de las variables cuantitativas. Para la precisión de los resultados se utilizó el intervalo de confianza con un rango de significación del 95% y el nivel de significación estadística establecido fue de 0.05

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

#### Resultados:

Los participantes en el estudio son 52 cuidadoras. La edad media de las cuidadoras es de 62,67 años y mayoritariamente su relación de parentesco con la persona a la que cuidan es la de cónyuges 26,9% o hijas 63,5%. La relación de cuidado se prolonga durante más de cinco años en el 68,6 % de los casos, teniendo diversos tipos de apoyo por parte de los servicios sociales un 59,6%. En todo caso, la valoración de los recursos necesarios para el cuidado aparece como insuficiente para el 57,7% de los encuestados.

El 75% de las cuidadoras presentan criterios de ansiedad y un 67,3% lo hacen en relación a la depresión. En cuanto al nivel de bienestar emocional destaca el elevado porcentaje de cuidadoras cuyo bienestar emocional está comprometido 98,1 %, si bien sólo el 13,4% se sitúa en los niveles que indican mayor compromiso emocional.

En relación al número de escalas con criterio positivo que cada persona presenta, señalaríamos el destacable porcentaje de cuidadoras cuyo valor se muestra positivo para la totalidad de las escalas de medición, 53,8%

Si relacionamos el nivel de bienestar emocional con la ansiedad observamos que en las cuidadoras cuyo valor se sitúa en los grados de alto compromiso emocional presentan ansiedad positiva en un 85,7% y una depresión positiva en un 71,40% . Por otra parte, las cuidadoras que tienen criterios de ansiedad y/o depresión positivos muestran un compromiso emocional en unos porcentajes del 97,5% y 97,2% respectivamente.

A partir de la descripción de la muestra total de cuidadoras se analizan los resultados obtenidos en una muestra preliminar de 52 cuidadoras del grupo de Intervención con la aplicación de la Técnica de Resolución de Problemas por cuatro enfermeras de Atención Primaria los resultados obtenidos en la fase pre y post son los siguientes:

Escala de ansiedad positivas: Fase Pre-Intervención: 39(75%); Fase Post-Intervención: 26 (50%). Diferencia estadísticamente significativa p: 0.001

Escala de depresión positivas: Fase Pre-Intervención: 35(67,3 %) Fase Post-Intervención: 25 ( 48,1%). Diferencia estadísticamente significativa p: 0.019

Escala de salud emocional del cuidador: Fase Pre-Intervención salud emocional comprometida: 51 (98,1%); Fase Post-Intervención salud emocional comprometida: 34 (66,7%). Diferencia no estadísticamente significativa. P:0.079

#### Conclusiones

La aplicación de la TRP en atención domiciliar es una técnica útil para disminuir los síntomas de ansiedad y depresión a las

cuidadoras familiares de enfermos crónicos. En cambio en relación a la salud emocional del cuidador no se detecta en la intervención una modificación estadísticamente significativa

Financiación: Los datos de este estudio corresponden a un proyecto de investigación financiado por el Instituto de Salud Carlos III, mediante beca FIS: exp PI070489 y fondos FEDER

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

##### Bibliografía:

- Camòs Llovet L, Casas Tantiña C, Rovira Font M. Ansiedad de los cuidadores principales de personas mayores. *Enfermería Clínica* 2005; 15(5):251-6
- Campo MJ. Apoyo informal a las personas y el papel de la mujer cuidadora. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2000
- Crespo- Lopez M, Lopez Martinez J. El estrés en cuidadores de mayores dependientes: Cuidarse para cuidar. Madrid: Piramide; 2007
- Ferre-Grau C; Rodero-V; Vives- C, Cid-Buera D. El mundo del cuidador familiar: Una visión teórica y un modelo práctico para el cuidado. Tarragona: Silva editorial ; 2008 .
- Garcia Calvante Mª M, Mateo Rodriguez, Gutierrez Cuadra P, Cuidados y cuidadores en el Sistema Informal de Salud: Investigación Cuantitativa. Granada: Escuela Andaluza de Salud Publica; 1999
- Gort A, March J, Gomez X, et al. Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Medicina Clínica* 2005;124(17): 651-3
- Gort A, Mazarico S, Ballesté et al. Uso de la escala de Zarit en la valoración de la claudicación en cuidados paliativos. *Medicina Clínica* 2003;121(4): 132-3
- Johnson M., Maas M., Moorhead S., Proyecto de Resultados de IOWA Clasificación de Resultados de Enfermería Nursing Outcomes Classification (NOC) Harcourt ; 2002
- Regueiro Martinez A, Perez-Vazquez A Gómara Villabona S. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Atención Primaria*, 2007; 39 (4) 185-8
- Zabalegui A, Juando C et al Recursos y Consecuencias de cuidar a personas mayores de 65 años: Una revisión sistemática . *Gerokomos* 2004; 15 (4): 199-208.
- Zarit SH , Rebel KE, Bach-Peterson J. Relatives of the imparied elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist* 1980; 20: 649-55.
- Zarit SH , Tood PA, .Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal Satudy. *Gerontologist* 1986 26: 260-66.

**Mesa de comunicaciones 9: Práctica clínica****Concurrent session 9: Clinical Practice****AUTORES/AUTHORS:**

Niina Eklöf, Maija Hupli, Helena Leino-Kilpi

**TÍTULO/TITLE:**

Immigrant patients and the use of interpreters in primary health care

**1. Objectives**

The number of immigrants in Europe is increasing and more linguistic challenges are faced in health care. According to previous studies the use of interpreter improves communication between the nurse and patient, and has a positive effect on patients' satisfaction, quality of care, and outcomes (Flores 2005, Karliner 2006). Inadequate use of interpreter can have serious consequences for patients (Maltby 1999).

The aim of this study was to describe the factors related to the nurse, patient and interpreter, which can have either positive or negative effects on the collaboration between nurse, patient and interpreter.

**2. Methods**

Eight public health nurses took part in the study. They all worked in a clinic in a southern Finnish city and they had experience in using an interpreter.

The data was collected by unstructured interviews. The themes of the interviews were factors related to the interpreter, to the nurse and the health care organization and to the patient and his culture. The data was analysed by content analysis.

**3. Results**

Interpreter-related factors included the skills of the interpreter, the role of the interpreter and the personal character of the interpreter. These factors were seen to have a great significance in the situation of interpretation when it comes to atmosphere and confidentiality.

Nurse-related factors included elements related to the practical work, both in planning and realization of the reception. The importance of education in the practical work was mentioned. Working with interpreters requires knowledge and skills that would be good to learn through education.

Patient-related factors included the difficulties of the patient to understand the role of the interpreter, the lack of confidence towards the interpreter and the patient's hopes concerning the interpreter. Children were mentioned as a special group, with whom working with interpreters was considered very challenging. Ethical problems were recognized in patients' privacy, equality and autonomy.

**4. Discussion and implication for clinical practice**

According to these results, the use of interpreter can be seen as a multiple phenomenon. On one hand it helps the communication between the nurse and the patient, but on the other hand it increases the amount of work of the nurses, it can make the relation between the nurse and the patient more complicated and it can create ethical problems. The recognition of the factors related to using interpreter helps to improve the health care of immigrants by reducing language barriers and ethical problems and increasing patient satisfaction.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Flores, G. 2005. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research and Review* 62, 255—299.

Karliner, L., Jacobs, E., Chen, A. & Mutha, S. 2006. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Service Research* 42(2), 727—754.

Maltby, H. 1999. Interpreters: A double-edged sword in nursing practice. *Journal of Transcultural Nursing* 10(3), 248—254.



**AUTORES/AUTHORS:**

Raimunda Montejano Lozoya, Gonzalo Clemente Marín, Rosa María Ferrer Diego, José María Sanz Juan

**TÍTULO/TITLE:**

Riesgo nutricional y factores asociados en adultos mayores no institucionalizados en la ciudad de Valencia.

Numerosos estudios a nivel mundial manifiestan que las personas mayores son uno de los colectivos con más riesgo nutricional. Esta situación no es exclusiva de los países pobres sino que se encuentra también en los países desarrollados, convirtiéndose en un serio problema actual y también futuro, debido al progresivo envejecimiento poblacional (1).

La desnutrición en este grupo de personas es debida a cambios fisiológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos, y aunque en muchas ocasiones no es detectada y pasa desapercibida, es una situación común y grave que se asocia con morbi-mortalidad, discapacidad y una menor calidad de vida. Una detección temprana de la desnutrición y la puesta en marcha de una intervención nutricional adecuada, reduciría sus complicaciones, así como el gasto socio-sanitario que todo ello conlleva (2-5).

Para medir el riesgo nutricional se han elaborado multitud de escalas. De entre todas ellas, el MNA (Mini-Nutritional Assesment), ha demostrado su idoneidad respecto a las demás para detectar la desnutrición en adultos mayores en todos sus ámbitos (domicilio, institución u hospital). Este instrumento validado en 1994, ha sido traducido a varios idiomas y se ha utilizado en numerosos estudios demostrando una alta sensibilidad y especificidad. El MNA es una herramienta económica y no nociva que permite de una forma rápida, sencilla y práctica, determinar el estado nutricional en las personas mayores (6).

Diversos autores señalan que la prevalencia de la malnutrición en el adulto mayor y el riesgo de padecerla, depende del grado de autonomía y del lugar donde vive. Se considera que afecta entre un 3 a un 25% de los ancianos que viven en su domicilio, entre un 30 a un 60% de los ingresados en instituciones, y a más del 50% de hospitalizados (3,4,6-8).

En España no existen muchos estudios sobre valoración nutricional, aunque los datos obtenidos en ellos parecen similares a los mencionados anteriormente (9-11). Después de revisar la bibliografía existente, observamos que el colectivo de mayores no institucionalizados es el menor estudiado de todos, con lo cual es el más desconocido en este tema. La última investigación realizada a este grupo de personas es de ámbito nacional, en ella, se obtienen datos que determinan la prevalencia de malnutrición en un 4,3% y el riesgo de malnutrición en un 25,4%, no existiendo prácticamente diferencias entre las distintas zonas geográficas del país (12).

En la ciudad de Valencia, no hay suficiente información sobre el riesgo nutricional de los ancianos que viven en el domicilio. Teniendo en cuenta la magnitud de este colectivo y lo importante que es el control de la desnutrición en ellos, nos planteamos este estudio para detectar y ayudar en la medida de lo posible a su prevención.

**Objetivos**

- Determinar el riesgo nutricional en los adultos mayores, no institucionalizados, en la ciudad de Valencia, mediante la escala Mini-Nutricional Assesment (MNA).
- Identificar posibles factores asociados al riesgo nutricional en este grupo poblacional.

**Método**

Estudio descriptivo transversal llevado a cabo durante el año 2009. Los datos corresponden a un muestreo aleatorio realizado en 5 Centros de actividades para personas mayores, localizados en distintas zonas geográficas de la ciudad de Valencia. El tamaño de la muestra (con un nivel de confianza del 95%) es de 255 personas de ambos sexos, de 65 años o más, que viven en sus domicilios, residen en la ciudad de Valencia y acuden periódicamente a estos centros seleccionados.

Previo al estudio, se solicitaron por escrito los permisos oportunos para tener acceso a los centros, detallando en ellos los objetivos

del estudio, su justificación y pidiendo la colaboración para llevar a cabo dicho estudio. Los datos se obtuvieron mediante una entrevista personalizada, realizada en salas habilitadas para tal fin dentro de los propios centros, creando un ambiente agradable y de privacidad en la recogida de datos. Todos los componentes de la muestra eran voluntarios que tras información verbal o por escrito sobre los objetivos del estudio, accedían a colaborar. Las entrevistas fueron realizadas por una enfermera cualificada, la cual fue preparada y adiestrada para la obtención de las mismas.

Se utilizó la escala MNA (puntuación total posible obtenida de 30 puntos) clasificando a las personas en tres categorías: buen estado nutricional ( $>23,5$ ), riesgo de malnutrición (17-23,5) y malnutrición ( $<17$ ) (6-10).

Se realizaron las mediciones antropométricas necesarias y se recogieron datos relacionados con factores socio-económicos, psicológicos, fisiológicos y médicos en una encuesta de factores asociados.

Como variable dependiente consideramos el diagnóstico obtenido con el MNA y como posibles variables explicativas del estado nutricional, las recogidas en la encuesta de factores asociados. El análisis estadístico se realizó con el programa Dyane v. 4. Como prueba de contraste de hipótesis para variables categóricas se utilizó  $\chi^2$ , con un nivel de significación de  $p < 0,05$ .

#### Resultados

La edad media de los participantes ha sido de  $75,77 \pm 6,58$  años; siendo un 51,4% mujeres y un 48,6% hombres.

Según los resultados obtenidos con la escala MNA el 29,4 % de la muestra estaban en riesgo de malnutrición y el 0,4% estaban mal nutridos.

Al contrastar el riesgo nutricional con las distintas variables estudiadas con un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$ , se observó en los resultados que se muestran que están mal nutridas o en riesgo de malnutrición las personas con las siguientes características: las mujeres presentan mayor riesgo (35,1%) que los hombres (23,4%); con respecto al IMC, el 100% de casos con peso insuficiente y el 31,8% de los que tenían obesidad presentan riesgo; las personas que viven solas (40,8%), las que se sienten solas (43,4%); las que presentan problemas bucales: pérdida de piezas dentales (63,2%) prótesis extraíbles (71,1%) y con mala adaptación de las mismas (45%); dificultad para la deglución (53,3%), vómitos a menudo (69,2%), un apetito escaso (57,2%); haber tenido enfermedades agudas en el último año (49%), padecer enfermedades crónicas digestivas (50%), o del sistema locomotor (61,8%), o enfermedades mentales leves (10,5%). Finalmente Los que son sedentarios o poco activos tienen un riesgo del 46,2%.

#### Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio, concuerdan con otros estudios realizados por diversos autores tanto a nivel nacional como internacional (3,6,10,12). En este trabajo, además de conocer la prevalencia de desnutrición, se aporta información adicional sobre factores que se asocian al riesgo nutricional, pudiendo así, enmarcar de algún modo el perfil de las personas mayores no institucionalizadas que se encuentran en riesgo o están mal nutridas.

Detectar el riesgo nutricional con una escala validada, económica, rápida y sencilla, como el MNA, y conocer los factores que se asocian a él, nos permitirá dirigir una búsqueda activa y focalizada hacia las personas con más probabilidad de riesgo. Sólo así, podremos realizar una intervención individualizada rápida y eficaz, basada principalmente en unas recomendaciones dietéticas adecuadas, cuyo seguimiento y control contribuirá a mejorar el estado de salud y la calidad de vida de las personas mayores. Por ello, creemos que sería pertinente integrar de forma sistemática en el trabajo enfermero en atención primaria, programas específicos para la valoración del riesgo nutricional en los adultos mayores.

Este estudio forma parte de la Tesis Doctoral llevada a cabo por la primera autora en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1.-Visvanathan R.Under-nutrition in older people: a serious and growing global problem. J postgrad Med 2003; 49(4):352-60.
- 2.- Rangel PA, Lozano LR, et al. Factores de riesgo asociados a la desnutrición de personas de la tercera edad. Respin. Ed. Especial. 2006; n°4-nty.
- 3.- Soini H, Routasalo P, Lauri S. Nutrition in patients receiving home care in Finland: tackling the multifactorial problem. J Gerontol Nurs. 2006; 32(4):12-17.
- 4.- Tena Dávila MC, Serrano Garijo P. Malnutrición en el anciano. En: salgado Alba, coordinador. Manual de Geriatria. 3ª edición. Barcelona: Masson. 2007; 731-740
- 5.- Mercé Planas. Valoración nutricional en el anciano. Recomendaciones prácticas de los expertos en geriatría y nutrición. [Monografía en Internet]. SENPE (Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral) y SEGG (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología); 2007 [acceso 13 de septiembre de 2010]. Disponible en [http://www.gerontogeriatria.org.ar/pdf/valoracion\\_nutricional\\_anciano.pdf](http://www.gerontogeriatria.org.ar/pdf/valoracion_nutricional_anciano.pdf)
- 6.-Juergen M. Bauer, Matthias J. Kaiser, Patricia Anthony, Yves Guigoz and Cornel C. Sieber. The Mini Nutritional Assessment® Its history, Today's Practice, and Future Perspectives. Nutr Clin Pract. 2008; 23:388.
- 7.- Cowan D.T. Roberts J.D., Fitzpatrick J.M., Wile A.E., Baldwin J. Nutritional status of older people in long term care settings: current status and future directions. Int J Nurs Stud. 2004; 41:225-37.
- 8.- Bleda, Bolívar, Parés y Salvá. Reliability of the mini Nutritional Assessment (MNA) in institucionalizad elderly people. The Journal of Nutrition, Health and Aging. 2002.
9. Ramon J. M. Subira C. y grupo Español de investigación en gerontología, Prevalencia de la malnutrición en la población anciana española. Med Clín. 2001; 117:766-770.
- 10- Morillas Ruiz J. Detección del riesgo de desnutrición en ancianos no institucionalizados. Nutrición hospitalaria: Órgano oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral. 2006; 21(6):650-656.
- 11-Jürschik Jiménez P, Torres Puig-gros J, Solá Martí R, Ruin Órreo C, Botigué Satorra T. Estado Nutricional de la población mayor de Cataluña de diferentes niveles asistenciales. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 2009; 59 (1).
- 12-Cuervo M, García A, Ansorena D, Sánchez –Villegas A, Martínez-González MA, Astiasarán I, Martínez JA. Nutritional assessment interpretation on 22007 Spanish community-dwelling elders through the Mini Nutritional Assessment test. Public Health Nutrition 2008; 12(1): 82-90.

**Mesa de comunicaciones 10: Profesión / Gestión****Concurrent session 10: Profession / Management****AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>ra</sup>Carmen Malagon Aguilera, Dolors Juvinyà i Canals, Anna Bonmati i Tomas, Roser Fernandez Peña, Cristina Bosch i Farré

**TÍTULO/TITLE:**

SENTIDO DE COHERENCIA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOC-13.

**INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS:**

El modelo de Salutogénesis, en el marco de la Promoción de la Salud y liderado por Antonovsky(1) es el marco teórico donde se apoya esta investigación. Este modelo se centra en capacitar a la población, ofreciendo recursos, para conseguir que se responsabilicen de su Salud. El modelo se concreta en la definición del constructo del Sentido de Coherencia (SOC) y a la práctica en el instrumento que lo mide.

El SOC se define como “una orientación global que expresa la medida en que una persona tiene un sentimiento de confianza interiorizado, permanente y al mismo tiempo dinámico. Este sentimiento de confianza es previsible y da una alta probabilidad de que los acontecimientos salgan bien”(1). Las personas con un SOC alto tienen una mejor capacidad para evitar las situaciones de peligro, son más propensos a incorporar conductas promotoras de Salud y rechazar aquellas perjudiciales. En cambio, las personas con un SOC bajo no tienen ni la motivación ni la base cognitiva para un afrontamiento activo(1).

Anstonovsky1elaboró el instrumento que mide el SOC. El cuestionario está traducido y validado en 33 lenguas y 32 países, entre ellos España(2,3). Es un instrumento transcultural, utilizado en todo el mundo.

En el colectivo de profesionales de enfermería, aquellos que se dedican a Atención Primaria, cuidan de personas en condiciones de dependencia. La profesión de enfermería es una de las disciplinas con más riesgo de sufrir el llamado burnout o síndrome del quemado. El Sentido de la Coherencia es un buen factor protector frente a este problema de salud, que cabe considerar. Para medir el Sentido de la Coherencia en la población de enfermeras de Atención Primaria, se comprobará que el instrumento traducido y validado para un colectivo de personas mayores, es válido para medir este concepto dentro de este colectivo.

Los objetivos de la presente investigación son:

1. Describir el grado de SOC de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de la ciudad de Girona.
2. Validar el cuestionario SOC-13 para el colectivo de enfermería en Atención Primaria.

**METODOS.**

El estudio observacional, descriptivo y transversal. La población de estudio son los profesionales de enfermería de las cuatro Áreas Básicas de Salud (ABS) de Girona ciudad, no se ha utilizado ninguna técnica de muestreo. La población total de profesionales de enfermería es de 83 y manifestaron su consentimiento verbal. La población final es de 55. El porcentaje de respuesta general considerando unas pérdidas del 6% por incapacidad laboral transitoria y vacaciones ha sido del 66,2%.

El cuestionario abreviado de 13 ítems del Sentido de la Coherencia de Antonovsky, traducido y validado por Virués-Ortega et al.2 ha sido el instrumento utilizado en esta investigación. El cuestionario es auto administrado y consta de 13 ítems con una escala de respuesta tipo likert del 1 al 7. El valor mínimo del cuestionario es 13 y el máximo. Se amplió el mencionado cuestionario con datos sociodemográficos extraídos de la literatura publicada.

Se ha realizado el análisis estadístico mediante el paquete spss versión 15.0. El análisis descriptivo de la población estudiada, se ha obtenido, mediante las variables socio demográficas recogidas. Para las variables cuantitativas se han calculado la media y la desviación típica (DT) y para las variables cualitativas se han estimado proporciones.

En el análisis estadístico de la validez del cuestionario para el colectivo de enfermeras de AP se estudian las propiedades métricas de la escala mediante técnicas de análisis multivariante, en las áreas que se comentan a continuación, según la literatura específica, la estructura factorial del cuestionario mediante el análisis factorial con rotación varimax i el análisis de consistencia interna mediante el alfa de Crombach.

Se ha realizado el análisis factorial de componentes principales señalando los tres factores de los dominios teóricos definidos por Antonovsky1 y estudiados por diversos autores(4), se ha identificado la estructura factorial, el porcentaje de variancia explicada y los ítems con cargas factoriales superiores a 0,30 en los diferentes factores.

Se ha realizado el análisis de consistencia interna mediante el alfa de Crombach para el cuestionario total y para cada uno de los 3

factores del modelo propuesto.

Las limitaciones de este estudio está relacionada con el vacío en la literatura publicada de una puntuación de corte que determine en qué momento el SOC se considera bajo, moderado o alto. Esta limitación provoca que no se conozca en qué momento el SOC deja de funcionar como factor protector del estrés emocional.

La segunda limitación está relacionada con la falta de consenso sobre la estructura factorial del constructo SOC que dificulta la interpretación del análisis factorial.

#### RESULTADOS.

Respecto a la estructura factorial el estadístico Kaiser-Meyer-Olkin ha sido superior a 0.5 (KMO=0.668) se aproxima a un ajuste medio y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ( $X^2=232,971$ ;  $p<0.001$ ) lo que sugiere que los datos son adecuados para realizar el análisis. Se extrajeron los tres factores teóricos definidos por el autor(1) que explican el 57,75% de la variancia total del cuestionario. Los ítems quedaron bien distribuidos en los factores, solo el ítem 10 tiene cargas factoriales repartidas entre los tres factores, pesando más en el factor 3. Se puede afirmar de los ítems del cuestionario que recogen los tres dominios teóricos definidos por el autor quedan repartidos de la siguiente manera, Manejabilidad corresponde al factor 1 (ítems 5,6,12,13) Significación corresponde al factor 2 (1,2,3,7) y Comprensibilidad corresponde al factor 3 (ítems 4,8,9,10,11).

La fiabilidad del cuestionario, estimada con el alfa de Cronbach es del 0.75 para el total del cuestionario. Por dominios la fiabilidad es aceptable (Manejabilidad=0.78; Significación=0.72; Comprensibilidad=0.64).

El grado medio de SOC de los profesionales de enfermería estudiados es del 67,49 (DT=8,66). Los valores medios del grado de SOC por ABS no son estadísticamente significativos.

Respecto a la asociación de las variables socio demográficas con el grado de SOC, no se han encontrado diferencias significativas. Tampoco existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables socio demográficas y los dominios del cuestionario.

#### DISCUSIÓN.

La respuesta al cuestionario ha sido relativamente baja (66,2%) en comparación a otros estudios en población similar que obtienen una tasa de respuesta del 83%(5), 77%(6) y más similar a la nuestra un 62,9%(7).

Antonovsky(1) defiende la estructura unifactorial del cuestionario y define tres dominios teóricos que lo componen. Aunque no hay suficiente evidencia para defender un único modelo factorial del cuestionario, este se aproxima a un concepto más multidimensional que unidimensional(4). El análisis factorial apuntando los tres dominios teóricos que el autor define, estima unas cargas factoriales aceptables para los ítems. Hay otros autores que han definido este modelo(8), pero estos consideran que los 3 factores están representados por ítems diferentes a los hallados en este análisis. Así pues Tzuh et al.(8) identifican los ítems 3, 5, 10 y, 13 para Manejabilidad, 2, 6, 8, 9 y 11 para Comprensibilidad y 1, 4, 7, y 12 para Significación. Este modelo propuesto lo analiza Virués-Ortega et al(2) en su estudio obteniendo unas alfa de Cronbach moderadamente bajas sobre todo para el dominio de Comprensibilidad (0.57). La fiabilidad interna de los 3 factores propuestos en esta investigación son aceptables (Manejabilidad=0.78; Significación=0.72; Comprensibilidad=0.64).

La consistencia interna del cuestionario SOC-13 se encuentra en un rango entre 0.74 y 0.93 según la revisión de estudios que han utilizado la escala realizada por Antonovsky(9). La consistencia interna total del cuestionario, medida en esta investigación se encuentra en este rango (0.75). Según Erikson y col.(3) en la revisión sistemática donde se incluyen los estudios publicados hasta el 2003 este rango oscila de 0.70 a 0.92.

El grado medio de SOC de los profesionales es moderado alto (67,69) respecto a los descritos en otras muestras de profesionales de enfermería estudiadas, profesionales especialistas en Salud Mental (SOC=61)(3) profesionales en asistencia en servicios de Medicina Interna (SOC=63.6)(10), enfermeros/as educadores (SOC=66.9)(3) y profesionales en desempleo (DOC=60)(11). Según Erikson y col.(3) afirman que el grado de SOC medido con el cuestionario de 13 ítems oscila entre el 35.93 el más bajo descrito y 77.60 el más alto para cualquier población estudiada.

Con todo ello, se puede concluir el cuestionario SOC-13 es válido para medir el Sentido de Coherencia de los profesionales de

enfermería de Atención Primaria. Este cuestionario está compuesto por tres dominios teóricos Manejabilidad, Comprensibilidad y Significación.

El grado de SOC en dicho colectivo se describe como moderadamente alto respecto a la graduación del cuestionario y alto respecto a otros estudios realizados en el colectivo de profesionales de enfermería.

Conociendo el grado de Sentido de Coherencia del que disfrutaban los profesionales de enfermería, es posible iniciar un campo de investigación y conocimiento que puede llevar a identificar el proceso salutogénico y los factores que intervienen en este, que hace posible que los profesionales de enfermería de AP no sufran estrés emocional a pesar de los factores estresantes con los que conviven cada día en su ámbito laboral.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1988.
2. Virués-Ortega J, Martínez-Martín P, Barrio JL, Lozano LM y el Grupo Español de Estudios Epidemiológicos sobre Envejecimiento. Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. Med Clin.2007; 128(13):486-492.
3. Moreno B, Alonso M, Álvarez E. Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. Revista de Psicología de la Salud.1997; 9(2):115-138.
4. Erikssón M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. J Epidemiol Community Health.2005; 59:460-466.
5. Bernard M, Shiu A. Perceived stress and sense of coherence among critical care nurses in Hong Kong: a pilot study. Journal of Clinical Nursing.2003;12:144-146.
6. Shiu A. The Significance of Sense of Coherence for the Perceptions of Task Characteristics and Stress during Interruptions amongst a Sample of Public Health Nurses in Hong Kong: Implications for Nursing Management. Public Health Nursing.1998; 15(4):273-280.
7. Palssón M, Hallberg I, Norberg A, Björvell H. Burnout, Empathy and Sense of Coherence among Swedish District Nurses before and after Systematic Clinical Supervision. Scand J Caring Sci.1996; 10:19-26.
8. Tzuh S, Dixon J. Instrument Translation and Evaluation of Equivalence and Psychometric Properties: The Chinese Sense of Coherence Scale. Journal of Nursing Measurement.2002; 10(1):59-75.
9. Antonovsky. The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc. Sci. Med.1993;6(36):725-733.
10. Tselebis A, Moulou A, Ilias I. Burnout versus depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff. Nursing and Health Sciences.2001; 3:69-71.
11. Leino-Loisón D, Gien LT, Katajisto J, Välimäki M. Sense of coherence among unemployed nurses. Journal of advanced Nursing.2004; 48(4):413-422.

**AUTORES/AUTHORS:**

Tomás Sebastian Viana, María Rosa García Martín, Fernando Núñez Crespo, Eva Velayos Rodríguez, Gema Martín Merino, José Miguel González Ruiz, Isabel Lema Lorenzo, Carmen Gloria Nogueira Quintas

**TÍTULO/TITLE:**

¿Cuál es la incidencia de caídas reales en un Hospital?

**1. Objetivo(s);**

- Conocer la incidencia de caídas en un hospital de agudos de nivel 2.
- Comparar la incidencia de caídas encontrada en el estudio observacional con las caídas notificadas.

**2. Métodos;**

En el desarrollo del proyecto FIS PIO70873, se ha realizado un estudio observacional prospectivo siguiendo a una serie de pacientes durante su ingreso en las unidades de hospitalización médico quirúrgicas del hospital. El seguimiento se realizó de diciembre de 2008 a marzo de 2009.

El estudio se ha realizado en el hospital Universitario de Fuenlabrada. Este es un hospital de nivel 2 con 406 instaladas y que en el año 2009 tuvo un promedio de 289,4 camas funcionantes de media y 15.592 altas hospitalarias

Para realizar el estudio, se estimó un tamaño muestral de 951 pacientes, considerando una prevalencia de caídas de un 2% una sensibilidad del registro frente al patrón de referencia (la observación diaria por un observador externo) del 95%, un nivel de confianza del 95% y una precisión relativa del 10%.

Para realizar el estudio observacional, una enfermera visitaba los días laborables a los pacientes ingresados en las unidades que se estaban estudiando y les preguntaba y revisaba con el paciente, si desde su anterior visita habían tenido algún tipo de incidente, registrando en una base de datos elaborado ad-hoc para el estudio si había sufrido una caída y sus consecuencias. La observadora no accedía a la historia clínica y tenía instrucciones de no comentar las situaciones clínicas de los pacientes con el personal de la unidad.

Por otra parte, otro miembro del equipo investigador, a estos mismos pacientes que se les había hecho el estudio observacional, revisó si el personal de la unidad había notificado alguna caída en el sistema de registro de caídas que tiene el hospital durante su estancia hospitalaria y en el periodo de seguimiento, para evaluar la concordancia y la validez del registro.

Los resultados se presentan en el caso de variables cualitativas con su distribución de frecuencias y en las cuantitativas con su mediana y rango intercuartílico.

Se ha calculado la incidencia acumulada de caídas tanto según la información obtenida con el estudio observacional, como por la obtenida a través del registro de caídas del hospital. Se ha evaluado la asociación entre variables cualitativas con el test de Chi cuadrado. Se ha medido la concordancia entre la notificación de caídas y las caídas encontradas en el estudio observacional mediante el índice Kappa, así como la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y valores predictivos negativos del sistema de notificación de caídas con respecto al patrón de referencia de la observación diaria de los pacientes por un observador externo

En todos los contrastes de hipótesis se ha rechazado la hipótesis nula con un error de tipo I o error alfa menor a 0.05 y los resultados se presentan con sus intervalos de confianza al 95%

**3. Resultados;**

Se ha completado un seguimiento a 1001 pacientes en el periodo de estudio, habiendo completado un total de 10048 estancias diarias de paciente de seguimiento

Se encontraron en el estudio observacional un total de 18 caídas en 16 pacientes. Con una incidencia acumulada de un 1,8% de

caídas, en un 1,60% de los pacientes seguidos con un intervalo de confianza al 95% de (0,77; 2,43). Las características sociodemográficas de los pacientes con caída y sin caída estudiados han sido:

- Edad media de los pacientes sin caída 64,1 años rango intercuartílico (46,2; 78,9) y los pacientes con caída 78,6 años rango intercuartílico (53,6; 85,1) en la comparación de los grupos se ha obtenido una  $p=0,106$ .
- Estancia media de los pacientes sin caída 6 días rango intercuartílico (3; 11) pacientes con caída 9,5 días rango intercuartílico (6; 18,75) en la comparación de los grupos se ha obtenido una  $p=0,034$
- La distribución por sexos ha sido: hombres que no se han caído 490 hombres (98,6%) hombres que se han caído 7 hombres (1,4%), mujeres que no se han caído 495 mujeres (98,2%) mujeres que se han caído 9 mujeres (1,8%). En la comparación de los grupos distribuidos por sexo se ha obtenido una  $p$  de 0,634

De los pacientes seguidos, tenían realizado un registro de notificación de caídas en 9 casos, lo cual supone una incidencia acumulada de 0,899% con un intervalo de confianza al 95% (0,264; 1,534) de los cuales coincidían con el estudio observacional 3 pacientes.

La diferencia de proporciones encontrada ha sido de -0,699 con un intervalo de confianza del 95% de (-1,421; 0,249) con un  $p$  exacta de 0,1671

La concordancia entre las dos observaciones ha sido baja con un Kappa de 0,2419 con un intervalo de confianza del 95% de (-1,421; 0,249). Destacar que de las no coincidencias ninguna tuvo consecuencias físicas importantes, lo más relevante fue un hematoma de dimensiones reducidas, una herida en el labio que requirió sutura.

En cuanto a la validez del registro con respecto a la observación directa tenemos una sensibilidad del registro específico de caídas del 18,75 % con un IC (0,0-41,00), una Especificidad del 99,39% (98,85-99,93), un valor predictivo positivo del 33,33% (0-69,69) y un valor predictivo negativo del 98,69% (97,93-99,45)

#### 4. Discusión. Que deberá incluir cuales son las implicaciones para la práctica clínica

En este estudio se ha observado que la incidencia de caídas prácticamente se duplica si la recogida de datos se hace de forma observacional frente al sistema de notificación que tiene implantado el hospital. Si bien la  $p$  entre ambos no ha sido significativa, el que esta no haya sido significativa es debida a la baja incidencia del problema y al número de casos estudiado, sin embargo la repercusión clínica es claramente relevante. Sorprende en el estudio el escaso valor predictivo y la baja sensibilidad que ha tenido el registro de notificación, que será necesario analizar con nuevas estrategias y analizar con detalle este hallazgo. No se han encontrado estudios similares en nuestro medio para saber si este es un hecho anecdótico de nuestro hospital o bien una realidad en los hospitales.

No es descartable que esta misma situación en la que el número de caídas notificadas es inferior al de caídas que se producen, se este produciendo en el resto de hospitales ya que la incidencia de caídas que se notifica en nuestro hospital es similar e incluso en muchos casos superior a la que se notifica en otros hospitales(1-5), habiendo estudios que han constatado que dependiendo de la fuente: Historia clínica, encuesta a pacientes, sistema de información del hospital, existen diferencias sustanciales en el porcentaje de caídas acaecido durante la estancia hospitalaria(6,7).

Destacar que aunque las caídas que se han producido no han tenido, en general, una repercusión clínica relevante en los pacientes, no podemos obviar que cuando se produce una caída esta suele provocar autolimitaciones en la actividad posterior que realizan los pacientes, sobre todo en las personas de edad avanzada, con las repercusiones que esto tiene para ellos. Dependiendo de los autores, el porcentaje de pacientes que evitan actividades por miedo a que se vuelva a producir una caída, está en alrededor del 25-30%(8-9)

Cuantificar realmente el problema y sobre todo unificar y estandarizar la forma de medirlo parece relevante a la vista de los datos encontrados. Se deberían realizar estudios de mayor amplitud que nos den las limitaciones que tienen las diferentes maneras de cuantificar el problema y nos permitan evaluar mejor los cuidados que se dispensan.



Entendemos a la vista de este estudio, hay que interpretar con cautela la información existente sobre las caídas en hospitales de agudos y que, no solo es importante conocer la frecuencia de caídas, sino también el método que se ha utilizado para obtenerlas dadas las diferencias en los datos que se están encontrando entre las diferentes formas de medirlo.

#### Financiación

El estudio es parte del proyecto con nº de expediente PI070873 "Incidentes y eventos adversos relacionados con cuidados. Validación de un instrumento de medida y eficacia de la implantación de guías en la historia de salud electrónica", subvencionado por el Instituto de Salud Carlos III en la convocatoria de ayudas del programa de promoción de la investigación biomédica y en ciencias de la salud del Ministerio de Sanidad y Consumo para la realización de proyectos en el marco del plan nacional de I+D+I 2004-2007, durante el año 2007. Resolución de 15 de Octubre de 2007

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Urruela, M ; Gómez Ahedo, E; Iglesias Astorga, C; Valtierra, M; González, Y; Escobar, A; Caídas en un hospital de agudos: características del paciente. Rev Mult Gerontol 2002;12(1):14-18
2. Isasi C, Bousso B. Perfil de pacientes con caídas en unidades de hospitalización. Rev Calidad Asistencial 1999;14:747-55.
3. Ambrosio Pescador Valero, A.; Lizán García, M; Salas Saiz, MA; Romero González, A.; Córcoles Jiménez , P. Registro de caídas en el complejo hospitalario de Albacete durante el año 2.000 Revista de enfermería 2001 ; 13: 5-10
4. Calvo Mesa, M.; Riu Camps, M.; Villares García, M.J. Las caídas intrahospitalarias : una realidad Revista Rol de Enfermería 2001 ; 24(1) : 25-30
5. Rodríguez Rieiro, C.; Velasco Gago, M.C.; Chacón García, A.; Izquierdo Membrilla, I.; Sanchidrián de Blas, C.; Rodríguez Pérez, P. Caídas en el hospital: registro del año 2005 Revista: Revista de Calidad Asistencial 2007 ; 22(3) : 128-132
6. Emilio Ignacio García. Desarrollo del proyecto Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto SENECA Disponible en: [http://www.slideshare.net/sanidadyconsumo/desarrollo-del-proyecto-estndares-de-calidad-de-cuidados-para-la-seguridad-del-pacient e-en-los-hospitales-del-sistema-nacional-de-salud-proyecto-seneca](http://www.slideshare.net/sanidadyconsumo/desarrollo-del-proyecto-estndares-de-calidad-de-cuidados-para-la-seguridad-del-pacient-e-en-los-hospitales-del-sistema-nacional-de-salud-proyecto-seneca) visitado el (1-9-10)
7. La seguridad en los cuidados de los pacientes hospitalizados. Proyecto SENECA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
8. Juvé Udina, ME et al. Riesgo de caída en adultos hospitalizados. Enferm Clínica 1999 9(6):257-263
9. Alcalde Tirado, P.; Miedo a caerse. Revista Española de Geriátria y Gerontología 2010 ; 45(1) : 38-44

**AUTORES/AUTHORS:**

MARIA JUAN I PORCAR, ANA MARÍA SANTOS HERRERO

**TÍTULO/TITLE:**

Análisis de las comunicaciones orales del XXVI Congreso de Enfermería de Salud Mental

**OBJETIVO**

Analizar comunicaciones orales presentadas XXVI Congreso Enfermería Salud Mental

**MÉTODOS**

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Unidad de análisis: comunicaciones orales (CO) presentadas en el XXVI Congreso de Enfermería de Salud Mental. N=117 CO publicadas en libro de ponencias (1). Excluidas: ponencias a mesas redondas plenarias y pósters. Congreso anual organizado por la Asociación Nacional Enfermería Salud Mental (ANESM)(1). Variables: temática de la CO, categoría laboral de los autores, número de autores, lugar de trabajo de los autores, provincia de los autores, financiación, población estudiada, ámbito, diseño, técnicas de recogida de datos, soporte informático, tratamiento y análisis de datos, resultados, gráficas y tablas, uso de terminología enfermera, número de citas bibliográficas y, estilo Vancouver. Las variables deben poder ser identificadas a lo largo del texto de la CO, en caso contrario las investigadoras consensuan considerar que no existen datos. Procedimiento para obtención datos: hoja de recogida de datos en soporte informático Excel®. Uso técnica de revisión por pares para examinar 117 CO. Las revisoras, tras revisión individual, realizan 9 reuniones conjuntas para puesta en común y consenso de discrepancias. Actúan como revisoras las autoras de esta investigación. Análisis de los datos: hoja de cálculo Excel® y SPSS® versión 17.0.

**RESULTADOS**

Contenido temático: 68(58,1%)función asistencial,25(21,4%)gestora,14(12,0%) investigadora y 10 (8,5%)docente. Categoría laboral de los autores:sólo aparece en una de ellas. Número de autores:46(39,3%)seis autores,23(19,7%)cinco,20(17,1%)dos,10(8,5%)tres,10 (8,5%)cuatro y 8(6,8%)uno. Lugar de trabajo de los autores:55(47,0%)ámbito hospitalario, 24(20,5%)comunitario,13 (11,1%)universitario,1(0,9%)penitenciario. Se encuentran 6(5,1%)en las cuales no hay datos y 18(15,4%)en que los autores son de dos o más lugares de trabajo. Provincia geográfica del Estado español de los autores:datos agrupados por comunidades autónomas(CCAA). Cataluña 27(23,0%). Madrid 19 (16,2%). Andalucía 18(15,3%). Comunidad Valenciana 9(7,7%). Murcia 7(6,0%). Castilla-La Mancha 5(4,3%). Galicia 5(4,3%). Castilla-León 4(3,4%). País Vasco 3(2,6%). Islas Baleares 3(2,6%). Navarra 3(2,6%). Cantabria 2(1,7%). Extremadura 2(1,7%). Aragón 1(0,9%). Desconocidas 5(4,3%). No hay representación de: Asturias, Islas Canarias y La Rioja, ni Ceuta y Melilla. Presentadas por más de una CCAA: 4(3,4%). Financiación:3(2,6%) financiadas:Instituto de Salud Carlos III (CIBERSAM y FIS), Ministerio de Industria, Turismo y Comercio y Caja Vital Kutxa. El resto de comunicaciones, 114(97,4%),no se explicita. Población estudiada:78(66,7%) pacientes,13 (11,2%) profesionales, 7(6,0%) estudiantes, 5 (4,3%) familiares, 1(0,9%) docentes. Otras poblaciones 9(7,7%):4(3,4%) recursos, 3(2,6%) documentos,1(0,9%) sistemas de información y 1(0,9%) toda la población. Más de un tipo de población estudiada: 4 (3,4%). Ámbito de estudio:46(39,3%) hospitalario, 39(33,3%) comunitario, 6(5,1%) universitario, 3(2,6%) penitenciario y 1(0,9%) otros (EIR, Enfermera Interno Residente). No hay datos 13(11,1%). Combina diversos ámbitos 9(7,7%). Diseño:66(56,4%) no hay datos, 36(30,8%) descriptivo, 5(3,4%) transversal o de prevalencia ,4(3,4 %) cuasi-experimental, 3(2,6%) experimental, 2(1,7%) cualitativo y 1(0,9%) otros (mixto). No se ha encontrado ningún diseño de cohortes ni de casos y controles. Técnica de recogida de datos:29(24,8%) escalas y cuestionarios, 14(12,0%) hojas de registro, 4(3,4%) entrevistas, 1(0,9%) observaciones. Otros 9(5,9%).No hay datos 48(41,0%).Utilizan dos o más técnicas:12(10,3 %). Soporte informático:14(12,0%) sí, 103(88,0%) no. Soportes informáticos usados:13(11,1%) SPSS® y 1 (0,9%) Excel®. Tratamiento y análisis de datos:76(65,0%) no presentan datos y

41(35,04%) sí. En las 41 comunicaciones que presentan datos, 128(100%) herramientas han sido utilizadas para el tratamiento y análisis de los datos: cuantitativas 125(97,65%) y cualitativas 3(2,34%). Del total de las cuantitativas 125(100%): univariadas 93(74,40%), bivariadas 26(20,80%) y otras 6(4,80%). Las pruebas univariadas más utilizadas son porcentajes 31(24,80% del total de las 128 herramientas) y medidas de tendencia central (media y moda) 17(13,60% del total de las 128 herramientas). Las pruebas bivariadas: contraste de hipótesis incluye chi cuadrado 7(5,60% del total de las 128 herramientas) y t de Student 6(4,80% del total de las 128 herramientas); coeficiente de correlación 3(2,40% del total de las 128 herramientas); análisis de varianza 6(4,80% del total de las 128 herramientas) y pruebas no paramétricas 4(3,20% del total de las 128 herramientas). Herramientas cualitativas: 3(2,34% del total de las 128 herramientas). Del total de las cualitativas 3(100%): análisis de contenido 2(66,66%) y niveles de evidencia 1(33,33%). Resultados: 40(34,2%) sí presentan y 77(65,8%) no presentan. Gráficas y tablas: 23(19,7%) sí adjuntan y 94(80,3%) no las adjuntan. Terminología enfermera: 29(24,8%) sí la contemplan en el texto y 88(75,2%) no. Número de referencias bibliográfica: 100(85,5%) aportan bibliografía y 17(14,5%) no. Aportan bibliografía 100(85,5%) comunicaciones: 18 (15,4%) se ajustan al estilo Vancouver y 82(70,1%) no se ajustan.

## DISCUSIÓN

Lo más frecuente en las CO analizadas es: grupo de 5 ó 6 personas que trabaja en el hospital, que investiga temáticas relacionadas con la función asistencial, población de estudio pacientes en ámbito hospitalario, diseños descriptivos, información obtenida con escalas y cuestionarios y analizada con estadística descriptiva. Esta información define el perfil de CO más habitual. Si se comparara este perfil con el perfil de congresista (datos no disponibles), se vería que muchas congresistas trabajan en hospital. Las Unidades Hospitalización Psiquiátrica Breve (UHPB) son los dispositivos que engloban la ratio enfermera/paciente más elevada en salud mental(2).

El contenido temático más abordado está relacionado con la función asistencial. En otro estudio (3) en el ámbito de la enfermería comunitaria, que analizó el contenido de una publicación periódica, el orden de áreas temáticas es afín: el primer lugar la profesión y el desarrollo profesional (42%), en segundo lugar la gestión de servicios enfermeros (16%) y en las posiciones de cola la investigación (3%).

Sobre la autoría no hay información. Interesante medir el índice de colaboraciones de la propia disciplina y de otras disciplinas (3); y la participación de estudiantes de pregrado y EIR.

El lugar de trabajo de los autores corrobora que existen iniciativas de trabajo interdisciplinarios, lo mismo ocurre con la variable ámbito de estudio. Comienza a hacerse realidad una visión de trabajo investigador en red; hecho importante al tratarse de dispositivos similares donde algunas prácticas clínicas se asemejan lo que permitiría optimizar la investigación.

Las 4 CCAA más representadas son: Cataluña, Madrid, Andalucía y Comunitat Valenciana. Al comparar con población (4) y dispositivos de salud mental hospitalarios (UHPB) y comunitarios (USM) (5): Andalucía con 8.302.923 habitantes, UHPB 19, USM 72; Cataluña con 7.475.420 habitantes, UHPB 17, USM 69; Madrid con 6.386.932 habitantes, 16 UHPB, 36 USM; Comunitat Valenciana con 5.094.675 habitantes, 18 UHPB, 58 USM. Las CCAA con mayor participación científica también son las más pobladas y dotadas de mayor número de UHPB pero no de USM(5). Murcia con 1.446.520 habitantes, 6 UHPB y 14 USM, difiere. Existen aportaciones fruto de colaboraciones entre diferentes CCAA. Espejo Matorrales et al. (3) coinciden con las 3 CCAA más productivas.

Tres comunicaciones informan sobre financiación. No se puede afirmar que el resto de comunicaciones no hayan optado a alguna beca, premio, etc. puesto que no lo mencionan. Se considera importante reflejar si se ha solicitado algún tipo de ayuda. Hoy son muchas las oportunidades que se ofrecen en materia de ayudas económicas (6) respecto años atrás.

Los datos sobre la población investigada coinciden con los que presenta Icart et al. (7) y los presentados por Espejo Matorrales et al. (3). Apenas se investiga a familiares o docentes; población a tener en cuenta por ser piezas claves en las intervenciones enfermeras, unos por cuidadores principales y otros por formadores de futuros profesionales. Aparece la investigación de documentos para definir

su nivel de evidencia científica; la evidencia científica mejora la práctica clínica.

En metodología se ha analizado: diseño, recogida de datos, soporte informático y tratamiento de los datos. Entre 41% y 65% de CO no hay información de estas variables. Algunas CO ofrecen una narración teórica o reflexión vinculada a temáticas de la práctica habitual que, en ocasiones, hablan de su aplicación a la práctica clínica. Otras CO describen intervenciones enfermeras o propuestas de intervención. En muchas CO estas intervenciones planificadas no ofrecen detalles metodológicos (diseño, recogida de datos, etc.). Las investigadoras consensuan contabilizar la variable cuando la CO lo explicita. Se han detectado incoherencias metodológicas entre objetivos, diseño, técnica de recogida y tratamiento de los datos.

Los tres diseños más utilizados coinciden con Cabrero y Richart (1992) (8). En nuestro estudio aparece tímidamente algún diseño cualitativo y un diseño mixto que no aparece en las investigaciones de Icart et al. (7) y de Cabrero y Richart (8). Aquí se detecta una ampliación de metodología de investigación, aportando riqueza en la perspectiva investigadora al aparecer estudios cualitativos. La mejora de la práctica clínica enfermera necesita tanto de la perspectiva cuantitativa como de la cualitativa, ambas se complementan. Las dos técnicas de recogida de los datos más utilizadas coinciden con González et al. (9) en su estudio sobre evolución de los artículos publicados en seis revistas españolas de atención primaria de salud durante diez años. Estos autores tampoco encuentran datos sobre instrumentos en más del 60% de los artículos revisados.

Considerando el mercado actual de aplicaciones informáticas hay un escaso uso o no se cita.

Respecto al tratamiento y análisis de los datos en el trabajo de Icart et al. (7) en las pruebas univariadas encuentran que los porcentajes ascienden al 50% y las medidas de tendencia central al 17%. Entre las bivariadas: chi cuadrado 12%, t de Student 7%, coeficiente de correlación 4%. Para Zellner et al. (10) las pruebas univariadas representan el 63%; pruebas bivariadas: chi cuadrado 26,8%, t de Student 29,1%, coeficiente de correlación 25,6%, análisis de varianza 23,5% y pruebas no paramétricas 5%. Estos dos estudios coinciden con los datos obtenidos, las pruebas univariadas son las más utilizadas.

Respecto a los resultados y la forma de presentación, tan sólo 25% de las CO ofrecen resultados. Existe un grupo de estudios que no se ajustan a las normas de elaboración de presentación de comunicaciones o son estudios, citados anteriormente teóricos, que se quedan en la exposición de un proyecto de actuación para la práctica clínica preparado para desarrollar. Un elevado porcentaje de comunicaciones tampoco presenta gráficas o tablas, hecho relacionado con el elevado porcentaje de comunicaciones sin resultados (75%).

## CONCLUSIONES

I. Carencias en metodología de investigación (11) no solo en salud mental; necesaria formación, para mejorar práctica clínica y aumentar conocimiento enfermero.

II. Esta investigación descriptiva, ejercicio pedagógico en metodología investigadora; desvela la dirección de la investigación en enfermería de salud mental.

III. En el proceso de investigación, tan importante comunicar los hallazgos como la metodología (12). Claridad en la transmisión del proceso investigador para facilitar la toma de decisiones en la práctica clínica; reto para las enfermeras investigadoras, comité científico y revisores.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) XXVI Congreso de Enfermería de Salud Mental. Valencia; 1-3 de Abril 2009. Valencia: CECOVA; 2009.

(2) García Laborda A (coord.) Situación de la Enfermería de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud. Un estudio descriptivo. Madrid, AEN, 2009

(3) Espejo Matorrales F, Abad Bassols A, Villalvilla Soria DJ, Monleon Just M, Jerónima Miralles X, Santamaría García JM. Análisis de contenidos e iniciativas científicas en la Revista Enfermería Comunitaria 2008 ó 2009 [acceso 6 de julio de 2010] Disponible en:

- <http://www.faecap.com/VICongresoFAECAP-SEAPA/PONENCIAS/MESA%206%20FLORA%20ESPEJO%20MATORRALES.pdf>
- (4) Instituto Nacional de Estadística (INE). Demografía y Población. Cifras de población y censos demográficos [acceso 5 de julio de 2010]. Disponible en: [http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_cifraspob.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm)
- (5) Observatorio Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) [acceso 5 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.observatorio-aen.es/cuestionario-observatorio/index.php>
- (6) Unidad de Doordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii) [acceso 1 de septiembre de 2010]. Disponible en: [http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/promocion\\_recursosvias.jsp](http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/promocion_recursosvias.jsp)
- (7) Icart MT, Pedreny R, García L, López R, Casa C, Girbau R et al. La investigación en enfermería a través de los artículos publicados en las revistas ROL (1982-90) y Enfermería Científica (1984-90). *Enfermería Científica* 1991; 116:33-42
- (8) Cabrero J, Richart M. Análisis de la literatura empírica de la investigación enfermera española. *Enfermería Científica* 1992;122:27-39
- (9) González M, Risco C, Freixas MJ. Evolución de las publicaciones de salud pública y enfermería comunitaria en 6 revistas españolas durante diez años. *Enfermería Clínica* 1997; 7:217-224.
- (10) Zellner K, Boerst CJ, Tab W. Statistics Used in current nursing research. *J Nurs Ed* 2007; 46(2):55-59
- (11) Normas de elaboración. Presentación comunicaciones 2009. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental [online] [acceso 30 noviembre 2009]. Disponible en: <http://www.anesm.net/anesm/descargas/PROGRAMA%2026%20CONGRESO.pdf>.
- (12) Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ªEd. Madrid: McGrawHill Interamericana, 2003

## Mesa de comunicaciones 11: Cuidados materno-infantiles

### Concurrent session 11: Mother and Infant Care

#### AUTORES/AUTHORS:

Gülçin Bozkurt, Suzan Yildiz

#### TÍTULO/TITLE:

The Effect of Asthma Management Training on the Clinical Condition of Children with Asthma

Introduction: It is predicted that one out of every ten children in Turkey has asthma (1).

Although preventive treatment is needed in the treatment of asthma, health professionals more often come into play in attack treatment and emergency care in case of attacks. However, in asthma, treatments are expensive and dangerous (1-3).

Studies show that asthma management training reduces clinical symptoms, hospitalization, and referral to emergency services and increase quality of life and treatment success in children with asthma. Nurses can help improving the clinical condition of children by teaching how to live with asthma to the patients and their parents (3-5).

Purpose: Determining the effect of asthma management training among school children with asthma on the clinical condition of children.

Method: This is a descriptive, analytical, and semi-experimental study which took place in the Allergy-Immunology Polyclinic of an education and research hospital in Istanbul. 46 children who were attending this polyclinic participated in the study. The universe of the study was 2500 children with asthma who attended this polyclinic and the sample consisted of 46 children. We gathered data with "The Information Sheet for Children with Asthma" and "The Follow-up Sheet for Children with Asthma" which were developed by the researcher. Children in the study group received an hour of asthma management training within groups of 10 participants along with their mothers and were given a self-help booklet named "Living with Asthma". Children in the study group were evaluated again six months later. Data was evaluated with SPSS and percentiles, means, chi-square and Wilcoxon tests were conducted.

Results: 65.2% of the study group consisted of boys. 65.2% of the group was aged between 7-10. Mean age was  $9.2 \pm 2.2$  years. 52.2% of children had asthma in their family history.

Tests conducted pre- and post-treatment revealed no significant differences in clinical symptoms such as coughing, sputum, stertorous respiration, and anhelation ( $p > 0.05$ ).

50% of children experienced less than one asthma symptom in one week before the training and 73.9% experienced less than one asthma symptom in one week after the training. There was a statistically significant difference between those ( $Z: -2.624$ ,  $p: 0.009$ ).

65.2% of children woke with asthma symptoms during the last month before the training and 45.7% woke with asthma symptoms during the last month after the training. There was a statistically significant difference ( $Z: -2.400$ ,  $p: 0.016$ ). 78.2% of children had an asthma attack during exercise before the training and 69.5% had an asthma attack during exercise after the training. There was a statistically significant difference ( $-3.050$ ,  $p: 0.002$ ). Irregular attendance to school due to the use of preventive medicine ( $\chi^2: 3.784$ ;  $p: 0.05$ ) and asthma within one semester reduced significantly ( $Z = -2.22$ ,  $p = 0.02$ ). After the training, children noticed their asthma attacks more in a statistically significant rate. ( $X: 18.58$ ,  $p: 0.00$ ).

The school absence of children with asthma arising from their illness was determined as  $3.00 \pm 1.68$  days average per semester after the training, whereas it was  $4.73 \pm 5.67$  days average beforehand. School absence decreased significantly after training ( $Z = -2.22$ ,  $p = 0.02$ ).

In the 6 month follow up period after the training, among the children in the study group, 69.6% had no attacks, 21.8% had one, 4.3% had two, and 4.3% had three.

While the percentage of children who presented at the ER once in the follow up period was 4.3%, that of those who did twice was 2.2% and that of those who didn't ever was 93.5%.

Discussion: It is known that the attacks of children with asthma mostly increase in the night and that the complaints seriously trouble the children (6,7). In the clinical evaluation performed 6 months after the training; it was found that the rate of occurrence of asthma symptoms less than once a week had significantly increased, and the rate of symptoms occurring at night and the rate of waking up because of asthma symptoms in the last month had significantly decreased. It was determined that the number of children who had a decrease in daily activity and those who had attacks triggered by exercise decreased after the training. The training may have changed the false knowledge and beliefs of the families and children, thus changing their attitudes against their disease and teaching them to live with the disease.

The symptoms are expected to alleviate in children who learn to live with the disease. It has been reported that asthma symptoms decrease via small group training and individual training programs (8-10). In the day of the interview after the training, it was found that the day and night coughing, breathing, anhelation, and myx complaints of the children in the study group hadn't decreased significantly compared to the period before training. Madge et al. (11) determined in their study that training in children with asthma significantly decreased day and night symptoms.

It was found that training in asthma management decreases school absence. In this study, the school absence of children as found to significantly decrease after training ( $p=0.02$ ). Similarly, Shah et al. (10) and Krishna et al. (12) found that school absence significantly decreased in the group that received training.

Studies show that as the children's skills in asthma management improve, referral to health institutions and ER's decrease (13, 14). In the follow up period after the training, 69.6% of the children never had an asthma attack, and 93.5% never presented in a health institution. Krishna et al. (12), Madge et al. (11), and Kelly et al. (15) determined that asthma management training causes a decrease in ER and hospital presentations.

Conclusion: It was seen that improvement in clinical conditions, decrease in medicine usage and school absence could be achieved via asthma management training.

As a result of the study, it can be suggested that asthma management training should be given to children in units where children with asthma are attended to.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bozkurt G, Yildiz S, The effects of education given to the school children with astmatic about management of the disease for their quality of life. *Hemsirelik Dergisi*.2004;13 (53):101-113.
2. Kemp JP, Kemp JA. Management of astma in children. *American Family Physician* 2001; 63: 1341-1348.\_\_\_\_<http://proquest/pgdweb>. 16.5.2001.
3. Stadler AC, Tronick EZ, Brazelton TB. The touchpoints pediatric asthma program. *Pediatric Nursing* 2001;27 (5):469-470.
4. Abadoglu Ö, Yalazkisa S, Ülger G, Pasaoglu Gülden, Misirligil Z. The role of education by a well-trained nurse on correct utilization of inhalation devices. *T Klin Allerji-Astim*. 2003;5:11-15
5. Dolinska C, Zietkowski Z, Bodzenta-Lukaszyk A. Knowledge of risk factors and guidelines for the management of asthma the educational role of the nurse
6. Yildiz B, Aydılek R. Bronsial astim (çocuk ve eriskin) klinik ve tedavi. *Aktüel Tip Dergisi Solunum Hastaliklari Özel Sayisi*. 2002;7:20-26.
7. Mansour ME, Lanphear BP, Dewitt TG. Barriers to asthma care in urban children: parent perspective. *Pediatrics* 2000;106 (3) :512: [www.Academic search elite/](http://www.Academic search elite/) 14.10.2002.
8. Robinson LD. Pediatric asthma self-management: Current consepts, *Journal of the National Medical Association* 1999; 91:40-48\_\_\_\_[http:// Prqu.../pqdweb](http://Prqu.../pqdweb). 16.5.2001
9. Shah S, Peat JK, Mazurski EJ, Wong H,et al. Effect of peer led programme for asthma education in adolescents: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2001;322 (7286):<http://Ebscohost> (1-9 ),14.10.2002.
10. Madge P, Mccoll J, Paton S. Impact of a nurse- led home management training programme in children admitted to hospital with acute asthma: a randomised controlled study. *Thorax* 1997;52:223-228.
11. Krishna S, Francisco B, Boren SA, Balas EA. Evalution of web. Based interactive multimedia pediatric asthma education program.\_<http://Ebsco/academic search elite>.15.10.2002.
12. Calabrese BJ, Nanda JP. Asthma knowledge, roles, functions and educational needs of school nurses. *Journal of School Health* .1999; 69:233-239\_\_\_\_ <http://Ebscohost>.(1-8).15.11.2002.

13. Petersen C. The villain behind childhood asthma attacks is all around us, *Managed Healthcare* 2000; 10: 42-44. \_\_\_\_\_proquest/  
podweb. 15.11.2002.

Versión Provisional - Preliminary version



**AUTORES/AUTHORS:**

OYA KAVLAK, EMINE SEN, SEZER ER, EMRE YANIKKEREM UÇUM, AYTÜL HADIMLI, AHSEN SIRIN, AYNUR SARUHAN

**TÍTULO/TITLE:**

TO DETERMINATE OF INFORMATION REQUIREMENTS RELATED TO PREGNANCY AND HEALTH PRACTICES OF YOUNG PREGNANT WOMEN

Objective: Health practices in pregnancy can be defined as activities that affect pregnancy outcome including women's health, the fetus and newborn health. Health practices which to be important for pregnancy outcomes have been diagnosed and must be won during prenatal care.

This study had been planned as a descriptive on the purpose of determines health practices of young pregnant women.

Method: Research universe have formed young pregnant who applied for routine antenatal visit pregnant policlinics of state hospitals which placed in Izmir, Aydin and Manisa provinces in the and clinics to pregnant young women who applied for routine antenatal visits. Sample of the study had been composed 156 pregnant women who came to pregnant policlinics between March 2008 and-March 2009, agreed to participate in the study, between the ages of 13-21, selected with a simple random sampling technique. The data of the study were collected with The Individual Identification Form "and" Health Practice Questionnaire (HPQ).

Result: The young pregnant women included in the research have stated that 79% of the 15-19 years age group, 77% of the 20-24 age group, % 71.8 's primary school graduates, 19.9% civil marriage is not, 51.9% less than one year time married, % 84.6 housewives, 53.2% have a large family-type, 68.6% of husband primary school graduates, 41.0% of the family's monthly income of 550-900 TL; 52.7% have monthly income are less than the expenses. It is determined that 71.2% of pregnant women first pregnancy, 71.2% did not use contraception before pregnancy and 71.2% of pregnancies to be the plan were determined. Pregnancy week average of  $28.32 \pm 8.79$ , 33.4% of 1-3 times, 34.6% of 4-6 times go to the antenatal care, 85.3% is not visit at home by medical personnel; 4.5% of violence exposure by husband in this pregnancy. Topics which request to receive information of pregnant women respectively as determined, "Pregnancy-related problems and coping", "Antenatal care," "Pregnancy tests", "Pregnancy and nutrition", " Sexual life in pregnancy " , " Individual care in pregnancy" , " Violence in pregnancy" , "Sleep and rest during pregnancy", "Exercise in Pregnancy " , " hair coloring, computer use, mobile phones damages during pregnancy".

The HPQ mean score of pregnant women was found as  $107.53 \pm 12.70$ . It was found statistically significant difference between age group, educational status, marital status, husband's educational status, husband's working status, family type, perceived income status, pregnancy planning status, antenatal follow-up going number, visit status at home by health professional, situation exposure to violence during pregnancy.

Discussion: Adolescent girls and their communities need program to enable them to learn about and practice self-care, and access to maternal and child health services. Nurses in their working institutions have more communication than other health care professional with patient or healthy individuals and pregnant women, especially with pregnant who come to the control communicate before and during examine. Nurses can use her educator role taking into account cultural and individual characteristics of pregnant women by providing information about childbirth and postnatal care.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

References:

1. Imir GA, Çetin M, Balta Ö, Büyükayhan D, Çetin A. Perinatal Outcomes of Adolescent Pregnancies at a University Hospital in Turkey, J Turkish-German Gynecol Assoc, 9(2); 2008:71-74

2. Treffers PE, Olukoyab AA, Ferguson BJ, Liljestrand J, Care for adolescent pregnancy and childbirth. *Int J Gynecol Obstet.* 2001; 75:111-121.
3. World Health Organization (2004a). Incidence of adolescent pregnancies. *Adolescent Pregnancy, Issues in Adolescent Health and Development*, Department of Child and Adolescent Health and Development, Geneva.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591455\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591455_eng.pdf), erisim: 13.04.2010.
4. World Health Organization (2009). *Maternal and Child and Adolescent Health, Eighth Meeting of Ministers of Health for The Pacific Island Countries*,  
<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/5CA2EF4C-9651-4663-ABC7-96AA73D063E0/0/item8MaternalandChildandadolescenthealth.pdf>, erisim: 13.04.2010.
5. ... Canadian Pediatric Society (2006). Adolescent Pregnancy, *Paediatr Child Health*, April, 11(4):243-246.
6. World Health Organization (2004b). Social Background. *Issues in adolescent health and development: Adolescent Pregnancy*, WHO Discussion Papers On Adolescence, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591455\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591455_eng.pdf), erisim: 13.04.2010.
7. World Health Organization (2007). Adolescents' health-care-seeking behaviour during pregnancy, delivery and the postpartum period, *Adolescent pregnancy [electronic resource] : unmet needs and undone deeds: a review of the literature and programmes*, Geneva. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595650\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595650_eng.pdf), erisim tarihi: 13.04.2010. ("Key determinants of pregnant adolescents' health-seeking behaviour" bölümü de kullanılmış)
8. Singh S, Darroch J. Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. *Family Planning Perspectives*, 2000, 32:14-23.
9. Otterblad O et al. Teenage childbearing and long-term socioeconomic consequences: a case study in Sweden. *Family Planning Perspectives*, 2001, 33:70-74.
10. Scholl TO, Hediger ML, Belsky DH. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. *J Adolesc Health* 1994;15:444\_456.
11. Edirne T, Can M, Kulusari A, Yildizhan R, Adali R, Akdag B. Trends, characteristics, and outcomes of adolescent pregnancy in eastern Turkey. 2010; 110(2):105-8.

**AUTORES/AUTHORS:**

Ernestina M<sup>a</sup> Silva, Daniel Silva, Suzana André

**TÍTULO/TITLE:**

HUMANIZATION OF PREMATURE CARE – AN ETHICAL PERSPECTIVE

**INTRODUCTION:** In Portugal, of the approximately 100 000 births that occur annually, 1.5% correspond to premature babies (Martins, 2004). These newly borns occupy on average a hospital bed for 45 days and may reach 180 days or more in the NICU (Neto, 2003). This period may be of great difficulties for either the baby or to her parents and "all have as much or more right to respect the more they are in a state of weakness..." (Biscaia, 2003:96). To address these difficulties, both the premature and the parents need care directed to physiological, psychosocial, environmental and family problems (Vila and Rossi, 2002). And it is this perspective of totality and individuality that characterizes the humanization of care. It is important to note that ethics is not only concerned with how things are, but how things can be and especially how they should be, from the identification of conflicts (Backes [et al.], 2006).

**OBJECTIVES** To reflect on the humanization of care in NICU, and raise awareness of the consolidation of a culture of respect for human values and ethical principles necessary for the docking of humanization as an expression of ethics.

**METHODS** This qualitative study focusing on interviews with 14 nurses of the NICU of the Central Region of Portugal. They were audio recorded and transcribed into text. To facilitate the process of categorizing and analyzing the data we used the QSR NUD\*IST.

**RESULTS** Of the abundant reflective description of the discourses emerged the following categories and sub-categories: 1 - care for the parent - professional relationship, integration projects and supports 2 - care for the premature - parents partners, kangaroo technique, playing and talking and working relationship; 3 - the environment - the comfort of the unit and rooms for mothers; 4 - support to children / households after discharge - consultation and support at home; 5 – caregivers in relation to work - the risk of burnout.

**DISCUSSION** Please note that the humanization of care permeates all professional activities and work procedures in the NICU. We emphasize not only the steps in providing care directed at relief of pain and suffering and the control of external stimuli (light and noise reduction, concentration of manipulations) but also the willingness, courage and sensitivity to the other (parents and premature) that underlies the professional relationship. Coupled with the duty of care, in response to the call of another who is visibly frail and vulnerable, is a recognized solicitude. In fact, apart from the obligation to provide care we mostly praise solicitude (Vieira, 2002). We also note that the care after discharge from the hospital are a shortage area, and they have accepted the need for greater investment in the continuity of the same, since as mentioned Neto [et al.] (2002) the responsibility of the health team does not end the patient is discharged. The support of families in mourning was not given prominence. We also point out that the risk of burnout was not a dominant concern of respondents, suggesting a high resilience.

It was concluded that nurses have consciousness of moral obligation and ethical rules that bind to this profession as an eminently humanistic, but items stand out for reflection to improve certain practices.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

BACKES, Dirce S. [et al.] – A humanização hospitalar como expressão da ética. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Vol. 14, nº1 (Jan./Fev. 2006), p. 132-135.

BISCAIA, Jorge – Capítulo II – Consentimento. In Direitos do homem e biomedicina – Actas da Oficina sobre a Convenção para a Protecção do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e Medicina. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2003. p. 95-103.

MARTINS, Valdemar – Aumentaram os partos prematuros em Portugal. [Em linha]. [Consult. 2004-09-02]. Disponível em

<<http://www.auniao.com/lef.php?id=58> >.

NETO, M<sup>a</sup> Teresa [et al.] – Política nacional de saúde perinatal. In PEIXOTO, José Carlos [et al.] (Grupo RN MBP) - Nascer prematuro em Portugal. Estudo multicêntrico nacional 1996-2000. sl: Fundação Bial, 2002. p. 15-27.

NETO, Maria Teresa – Nascer prematuro em Portugal – uma história de sucesso. Revista Ordem dos Médicos. Ano 19, nº38 (Setembro 2003), p. 44-45.

VIEIRA, Margarida M<sup>a</sup> S – A vulnerabilidade e o respeito no cuidado ao outro. Dissertação apresentada para obtenção do grau de doutor em filosofia. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2002.

VILA, Vanessa S. C. ; ROSSI Lúcia A. – O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “Muito falado e pouco vivido”. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Vol.10, nº2 (Mar./Abr. 2002), p. 137-144.

Version - Preliminary version

**AUTORES/AUTHORS:**

OYA KAVLAK, SENAY UNSAL ATAN, AHSEN SIRIN, EMINE SEN, SEZER ER, HANDE YAGCAN

**TÍTULO/TITLE:**

THE EFFECTS OF ANXIETY ON HEALTHY LIFESTYLE PROFILE OF LOW INCOME PREGNANT WOMEN

**OBJECTIVES:** To determine anxiety and healthy lifestyle behaviors in low-income pregnant women.

**METHODS:** This study was planned as a descriptive. After obtaining permission from Ege University School of Nursing and the Aegean Maternity Hospital Research Ethics Committees, study was performed in the Aegean Maternity Pregnancy Clinic to the pregnant women who come there to be controlled and not have any risk pregnancy between 17th of March and 18th of June, 2008. The data were collected to determine the demographic and other variables by using a questionnaire which is developed by other researchers, the Spielberg State and Trait Anxiety Inventory (STAI) and the Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP) scales from voluntary 195 pregnant women who are compatible with the research inclusion criteria.

**RESULTS:** The mean age of the women who were included in the research was  $26.46 \pm 5.09$  and 35.9% of the women have 600 TL and below (400 \$ and below), 40.5% of them have 601-900 TL (401-600 \$) monthly income were found. Average of pregnant women's state and trait anxiety and HPLP scores were determined  $40.67 \pm 9.48$ ,  $46.40 \pm 8.09$  and  $2.57 \pm 0.42$ . HPLP subscale scores which are self-realization ( $2.76 \pm 0.51$ ), health responsibility ( $2.33 \pm 0.57$ ), exercise ( $1.66 \pm 0.60$ ), nutrition ( $2.96 \pm 0.54$ ), interpersonal support ( $2.95 \pm 0.53$ ) and stress management ( $2.51 \pm 0.55$ ) respectively were found.

Pregnant women who have secondary school education and less training and less educated level of spouse and are unemployed had low score of HPLP, and higher scores of the state and trait anxiety inventory. Pregnant women who have better income, planned pregnancy, husband and environmental support, pregnancy-related fear and prenatal education had higher HPLP points and low trait anxiety scores. According to stepwise linear regression analysis results from the investigated variables; trait anxiety, continuous following pattern of the prenatal care, prenatal monitoring system, state anxiety, environmental support, place of residence and family type have effects on healthy lifestyle behaviors was found statistically significant ( $p < 0.05$ ).

**DISCUSSION:** In this study of low-income pregnant women, state anxiety and trait anxiety scores with average scores between HPLP moderate negative relationship was found. Also, among all sub-scales of the HPLP with state anxiety, between all subscales of trait anxiety except health responsibility has negative correlation been determined.

**Implications for clinic practice:** Especially in low income countries, to provide coping with anxiety and enhancing healthy lifestyle behaviors of the pregnant women, primary health care team have important duties. Carrying out regular home visits by nurses and by the support of the Health Ministry and civil society organizations for free primary health services with the establishment of birth preparation classes to benefit from these services can be provided for pregnant women.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:****REFERENCES:**

- 1- Acton G, Malathum P (2000) Basic need status and health-promoting self-care behavior in adults. *Western Journal of Nursing Research* 22(7), 796-811.
- 2- Arslan C, Ceviz D (2007) Ev hanimi ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Firat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 21(5), 211-220.
- 3- Austin MP, Tully L, Parker G (2007) Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of Affective Disorders* 101, 169-174.
- 4- Bailey AB, Byrom AR (2007) Factors predicting birth weight in a low-risk sample: the role of modifiable pregnancy health behaviors.

Maternal and Child Health Journal 11, 173–179.

5- Brinkley R (2004) The correlation perceived stress and health promoting self-care behaviors in high-risk third trimester pregnancies. Medical College of Ohio, Thesis Master of Sciences in Nursing.

6- Brouwers EPM, Van Baar AL, Pop VJM (2001) Does the Edinburgh postnatal depression scale measure anxiety? Journal of Psychosomatic Research 51, 659–663.

7- Campagne DM (2004) The obstetrician and depression during pregnancy. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 116, 125–130.

8- Cantwell R, Cox JL (2003) Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. Current Obstetrics and Gynaecology 13, 7–13.

9- Clauson M (1996) Uncertainty and stress in women hospitalized with high-risk pregnancy. Clinical Nursing Research 5(3), 309-326.

10- Cury AF, Menezes PR (2007) Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. Archives of Women's Mental Health 10, 25–32.

11- DaCosta D, Brender W & Larouche J (1998) A prospective study of the impact of psychosocial and lifestyle variables on pregnancy complications. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology 19(1), 28–37.

12- Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, McMahon MJ, Buekens P (2003) Maternal stress and preterm birth. American Journal of Epidemiology 157, 14-24.

13- Dominguez TP, Schetter CD, Mancuso R, Rini CM, Hobel CH (2005) Stress in African American pregnancies: Testing the roles of various stress concepts in prediction of birth outcomes. Annals Behavioral Medicine 29(1), 12–21.

14- Fatoye FO, Adeyemi AB, Oladimeji BY (2004) Emotional distress and its correlates among Nigerian women in late pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynaecology 24(5), 504–509.

**Mesa de comunicaciones 12: Práctica Clínica****Concurrent session 12: Clinical Practice****AUTORES/AUTHORS:**

Judith Cenit García, Manuel Eduardo Ruiz García

**TÍTULO/TITLE:**

PRESCRIPCIÓN ENFERMERA: PERCEPCIÓN DE PARTICIPACIÓN, REPRESENTACIÓN Y NECESIDADES FORMATIVAS

**Introducción:**

Los cambios en la regulación jurídica del contexto profesional de enfermería en nuestro país, los beneficios obtenidos gracias a la implantación de la prescripción enfermera en otros países y la adquisición de nuevas posibilidades formativas que genera el espacio europeo de educación superior, han favorecido que se aprobase la modificación de la Ley de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios que autoriza la prescripción de enfermería.

La medida, ya impulsada por la OMS en 2002, "no hace sino regularizar algo que en la práctica diaria ocurre mediante mecanismos informales para evitar trasladar a los usuarios la inflexibilidad del sistema en el acceso a ciertos fármacos y productos sanitarios" lo que contribuiría, como ha ocurrido en contextos similares como Reino Unido y otros países, a solucionar problemas de accesibilidad y discontinuidad a pacientes y cuidadoras. La adquisición de esta nueva competencia para enfermería, está íntimamente ligada a la seguridad y la gestión de riesgos en el uso de fármacos y productos sanitarios.

Experiencias previas en el contexto anglosajón nos adelantan algunas problemáticas como la insatisfacción de las necesidades educativas de los profesionales de enfermería, la preocupación por la adecuación de sus conocimientos farmacológicos o la confusión que genera la implantación simultánea de varias fórmulas de prescripción.

Una buena práctica, una enfermería excelente, pasa por observar la percepción de los profesionales en cuanto a la participación y representación de los profesionales en la adquisición de competencias así como estimar sus necesidades informativas, formativa y de evaluación de la praxis actual y futura para una puesta en marcha responsable, reflexiva y coherente de los recursos, tiempo y medios que den oportunidad a los profesionales, especialmente a los enfermeros en activo que no pertenecen a los nuevos planes de estudio ya adaptados a la prescripción enfermera, de disponer de autonomía, control y responsabilidad sobre su campo de actuación y sobre el método que utilizan para llevar a cabo su tarea, incluida su modificación, necesarios para poder "contraer voluntariamente una responsabilidad como producto de la convicción íntima de que, así, se cumple con la finalidad profesional".

**Objetivos:**

Analizar percepción de participación y representación de enfermería. Identificar necesidades en cuanto a grado, estructura y contenidos formativos así como la necesidad de evaluación del proceso de implantación de la nueva competencia.

**Metodología:**

Estudio descriptivo transversal realizado a enfermería hospitalaria (N=1087, n=152 muestreo aleatorio simple). Variables dependientes: percepción de participación, de representación, de información; necesidad/deseo de formación, estructura, contenido formativo y evaluación. Datos obtenidos mediante encuesta anónima autoadministrada elaborada ad hoc (a partir de bibliografía, consulta y grupos focales; pilotaje: 25 encuestas). Análisis estadístico descriptivo con SPSS 14.0.

**Resultados:**

La tasa de respuesta- participación global: 57.25%. El 69,1% fueron mujeres frente a un 30,9% de hombres con una media de edad de 46,21 años ( $\pm 9,386$ ); en grupos de edad: un 6% tiene entre 21 y 30 años, 20,8% entre 31 y 40, 34,9% entre 41 y 50, 32,8% entre

51 y 60 años, y un 5,4% tiene entre 61 y 65 años. El 89,9% no posee otras titulaciones universitarias y el 84,6% carece de títulos de postgrado. Un 6,7% realizó máster universitario, 5,4% experto y un 3,4% estudios de doctorado.

En cuanto al tipo de contrato, el 69,1% tienen plaza, el 17,4% son eventuales o sustitutos y el 12,8% interinos. En cuanto al tiempo trabajado en su categoría, la media es de 21,325 años ( $\pm 9,6$ ). El 19,5%, a lo largo de su vida laboral, ha trabajado tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria (AH), el 39,6% ha trabajado predominantemente en AH mientras que un 40,9% ha prestado sus servicios únicamente en AH.

Un 70,2% de los encuestados percibían falta de participación en la implantación de la prescripción enfermera; al 35,1% le preocupaban las implicaciones de esta falta de participación. El 50% se sienten representados en el proceso de implantación de la prescripción de enfermería.

El 89,2% de los enfermeros hospitalarios consideran insuficiente la información recibida sobre el proceso y un 85,1% cree que enfermería necesita formación para prescribir. La mayoría de ellos (72,3%) desearía informarse y formarse en prescripción de enfermería; mientras que a un 12,2% le es indiferente y el 7,4% lo hará si es obligatorio.

Respecto a estructura o grado de formación complementaria necesario, el 46,7% de los profesionales de enfermería proponen un curso de formación continuada, el 18,3% se inclinan por nuevos planes de estudio, un 13,6% integraría la formación en las especialidades de enfermería (EIR), y un 10,1% incorporaría la formación mediante un periodo de experiencia en un servicio. Con menos frecuencia se destaca como formación preferente en prescripción el grado de máster/ experto (5,4%) y sólo un 3,9% escogería introducir los contenidos en estudios de doctorado.

En cuanto a los contenidos formativos, el 23,2% necesitaría formación básica para acreditarse, un 44,4% requiere contenidos sobre el proceso de implantación, farmacología básica y clínica orientada prescripción enfermera, el 24,2% añadiría a ésta un módulo de prescripción frecuente en su servicio. El 93,1% considera necesario el seguimiento y evaluación continua del proceso de implantación.

Discusión: La mitad de los enfermeros se sienten representados en el proceso de implantación de la prescripción de enfermería y la mayoría siente que falta participación del colectivo implicado en el proceso. Los datos de este estudio, apuntan paralelismos con estudios sobre prescripción enfermera en contextos similares al español. Estas investigaciones revelan insatisfacción de las necesidades educativas, preocupación por la adecuación de conocimientos farmacológicos o confusión por la implantación simultánea de varias fórmulas de prescripción<sup>5,6</sup>. Los resultados de este estudio, en correlato con los anteriores, muestran que los profesionales de enfermería consideran insuficiente la información recibida y perciben falta de participación/representación; necesitan y desean formarse en prescripción enfermera, especialmente en contenidos relativos al proceso de implantación y en contenidos de farmacología aplicada a su práctica clínica. La mayoría apoya la incorporación de mecanismos de evaluación continua para detectar problemas, evaluar impacto y planificar intervenciones.

Como implicación práctica, consideramos imprescindible la inclusión de la prescripción enfermera en los planes formativos hospitalarios, integrando en los mismos las necesidades y expectativas del profesional, insistiendo en el seguimiento y la evaluación continua. Estrategias de participación y representación de enfermería vinculadas a la identificación de las áreas de conocimiento preferente contribuirían a crear programas que garanticen la calidad de los cuidados y la satisfacción del profesional en la adquisición de nuevas competencias.



Para el futuro, proponemos investigaciones de impacto, evolución y eficacia de la prescripción de enfermería.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. OMS. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Promoción del Uso racional de medicamentos: componentes centrales. 2002, Nº 5. Disponible en: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4874s/5.html>> [Consultado el 4.8.2009]
2. Morales Asencio JM, Martín Santos FJ, Contreras Fernández E, Morilla Herrera JC. Prescripción de medicamentos y productos sanitarios por Enfermeras Comunitarias. Enfermería Comunitaria (edición digital) 2006, 2(1):8-16. Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a49-57.php>> [Consultado el 20.8.2009]
3. Servicio Cántabro de Salud. Prescripción enfermera. 2006.
4. OMS Informe de la Secretaría. Seguridad del paciente. 59ª Asamblea mundial de la salud A59/22. Punto 11.16 del orden del día provisional 4 de mayo de 2006 Disponible en: <[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA59/A59\\_22-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf)> [Consultado el 20.8.2009]
5. Latter S, Courtenay M. Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing 2003;13(1):26-32. Disponible en: <<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118794467/HTMLSTART>> [Consultado el 20.8.2009]
6. Courtenay M, Carey N. A review of the impact and effectiveness of nurse-led care in dermatology. Journal of Clinical Nursing 2007; 16(1):122-128. Disponible en: <<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118513632/HTMLSTART>> [Consultado el 20.8.2009]
7. Cuxart i Ainaud, N.: La prescripción enfermera: una situación indispensable para la mejora del sistema de salud. Acta de las Jornadas La prescripción farmacológica enfermera: análisis de la situación y futuro. 2006 jun;2-19. Donostia. Colegio oficial de enfermería de Barcelona. Disponible en: <[http://www.coib.cat/uploadsBO/Article/Documents/CONF%20NCUXART%20606%20CAST\\_MAQUETAT.PDF](http://www.coib.cat/uploadsBO/Article/Documents/CONF%20NCUXART%20606%20CAST_MAQUETAT.PDF)> [Consultado el 20.8.2009]
8. OMS. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Ginebra, 2008 Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Disponible en: <[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)> [Consultado el 20.8.2009]
9. Alberdi Castell, R. La formación superior como instrumento para el desarrollo de la Enfermería. ROL de Enfermería, 2000; 23(2): 99-103.

**AUTORES/AUTHORS:**

Josep Adolf Guirao-Goris, Julio Cabrero-García, Raimunda Montejano Lozoya, Esperanza Ferrer Ferrandis, Ángela Olmedo Salas

**TÍTULO/TITLE:**

Fiabilidad y validez de la versión autoadministrada del cuestionario rápido (RAPA) de valoración de la actividad física.

La actividad física se ha mostrado como un hábito de vida que se relaciona con una menor incidencia de la morbimortalidad y un beneficio para la salud (1,2). La prevalencia del sedentarismo es alta en la Unión Europea(3).

Para determinar los patrones de actividad además de los caros métodos de estimación directa también se han desarrollado métodos como los acelerómetros triaxiales. Este tipo de acelerómetros valora el movimiento en tres dimensiones, y permiten realizar una estimación del gasto calórico. Para cuantificar la actividad este dispositivo portátil se coloca sujeto en la cintura del paciente, y mide la actividad durante todo el tiempo que el sujeto lo lleve colocado. Este método se ha mostrado muy válido y fiable con respecto a los métodos de estimación directa. (4,5)

Otros métodos más sencillos son los cuestionarios que valoran la actividad física de la persona. Estos cuestionarios se han orientado hacia la detección de la predisposición al cambio de conducta, la detección del tipo de actividad, y a la cuantificación de la intensidad, frecuencia, duración y cantidad total de actividad física desarrollada. El resultado de estos cuestionarios puede ser una clasificación global de sujetos (activo-inactivo), un índice (unidades de ejercicio), o una variable continua MET/min (6).

En una reciente revisión de la literatura de los últimos cinco años se han identificado cerca de 40 instrumentos que miden diferentes aspectos de la actividad física. Algunos de estos instrumentos, que fueron diseñados con una finalidad epidemiológica, no son aplicables en los entornos clínicos porque su tiempo de administración suele ser muy alto.

En general, los cuestionarios que tienen unas normas de aplicabilidad adecuadas para los entornos clínicos y propiedades psicométricas aceptables, han sido desarrollados en poblaciones y entornos culturales diferentes y son necesarios estudios en población española.(7)

Dentro de los cuestionarios que se han desarrollado para cuantificar el tipo e intensidad de la actividad física se encuentra el Cuestionario de Valoración Rápida de Actividad Física (RAPA). Este cuestionario desarrollado en la Universidad de Washington y auspiciado por el CDC de Atlanta se trata de un instrumento válido, fácil de utilizar en la práctica clínica, que permite identificar el nivel de actividad física (8). Consta de 9 ítems verdadero - Falso que da como resultado una categoría de actividad física en 5 niveles desde sedentario a activo. El cálculo de la categorización es fácil de realizar y el tiempo medio de aplicación son 2 minutos, estando el rango entre 1 y 5 minutos. La escala permite también la conversión del nivel de actividad semanal en una estimación del gasto calórico semanal del sujeto. La escala es autoadministrada o heteroadministrada pudiendo ser aplicada en la práctica clínica de forma habitual.

Respecto a las propiedades psicométricas del cuestionario, se ha visto que muestra validez convergente con otros cuestionarios que son fiables, válidos y sensibles al cambio tras una intervención. Con el cuestionario PACE ( $r_s=0,56; p<0,001$ ), con el cuestionario BRFS ( $r_s=0,59; p<0,001$ ) y el cuestionario CHAMPS ( $r_s=0,54; p<0,001$ ). También muestra validez discriminante para el gasto calórico medio semanal ( $t=4,81; p<0,001$ ). Sin embargo no se ha estudiado su correlación con medidas de desempeño objetivo o con métodos de estimación indirecta como el acelerómetro ni la fiabilidad del mismo.

La Batería EPESE es una medida de desempeño funcional objetivo que se utiliza para la medición objetiva de las limitaciones funcionales y como un instrumento útil para la detección del deterioro funcional preclínico en personas mayores. Consta de tres test objetivos: equilibrio, marcha y levantarse y sentarse de una silla. Estas medidas se han mostrado fiables en población mayor española que es atendida en atención primaria (9)

Versión Pre-Submetida

#### Objetivos

Identificar la fiabilidad test-retest de la versión autoadministrada del cuestionario RAPA en español.

Estudiar la validez de criterio y convergente del cuestionario RAPA autoadministrado.

#### Método

Estudio transversal con componentes analíticos realizado en población general. Se seleccionaron sujetos mayores de 50 años que tuviesen estudios primarios completados y participasen de forma voluntaria, ello obligó a seleccionar sujetos en dos ámbitos: en una consulta de enfermería de atención primaria de salud y entre los trabajadores de una empresa de administración general dado que en atención primaria no se conseguía alcanzar un suficiente número de sujetos con estudios secundarios y superiores. El tamaño muestral fueron 66 sujetos, que permitía identificar la fiabilidad test-retest y realizar un estudio piloto sobre la validez del cuestionario. El equipo investigador realizó un proceso de traducción y retrotraducción del cuestionario RAPA en colaboración con el equipo desarrollador de la Universidad de Washington. La versión española del cuestionario utilizada se testó en un grupo de sujetos para determinar la aplicabilidad, comprensión, y la validez de contenido de esta versión.

Para medir fiabilidad la test-retest se realizó una segunda medición del cuestionario RAPA a la semana de la primera administración, en dicha semana los sujetos seleccionados portaron un acelerómetro triaxial que permite medir la actividad física realizada.

Se elaboró una encuesta con variables sociodemográficas, e incluía los resultados de escalas validadas de medida de desempeño físico objetivo (EPESE), forma física subjetiva (función física de SF31), estado de adopción de ejercicio, nivel de actividad física medido mediante el acelerómetro triaxial validado RT3(10) y el cuestionario RAPA.

Para el análisis de los datos se elaboró una base de datos en SPSS con las variables de estudio. Se calculó la fiabilidad test-retest mediante el Coeficiente de Correlación Intraclase. La validez de criterio y convergente del cuestionario RAPA se estudió mediante el estadístico  $r$  de Pearson.

#### Resultados

La muestra estudiada la compusieron un 34,8 % de hombres y un 65,2 % de mujeres. Respecto al nivel de estudios, un 28,8 % tenían estudios primarios, el 16,7 % estudios secundarios y el resto educación superior. El tiempo medio de administración del cuestionario son  $321 \pm 61$  segundos. La fiabilidad test-retest fue  $CCI=0,931$ ;  $p=0,000$ . Las puntuaciones obtenidas en el cuestionario RAPA se correlacionaron de forma positiva con la actividad física medida con acelerómetro  $r=0,373$ ;  $p=0,000$ , con el desempeño físico objetivo (EPESE)  $r=0,397$ ;  $p=0,001$ ; función física subjetiva  $r=0,296$ ;  $p=0,016$ , y el estado de adopción de ejercicio físico  $r=0,302$ ,  $p=0,014$ .

#### Discusión

La versión española autoadministrada del cuestionario RAPA es un instrumento que se cumplimenta en aproximadamente cinco minutos. Según los resultados muestras una buena fiabilidad test-retest y muestra validez de criterio con una medida objetiva de actividad física obtenida con un acelerómetro validado. También muestra validez convergente con medidas objetiva de desempeño como la medida de desempeño físico de la batería EPESE y con medidas subjetivas de desempeño. Al igual que en el estudio original del cuestionario RAPA, muestra validez convergente con una medida del estado de adopción de ejercicio físico.

Con los resultados obtenidos se puede afirmar que la versión autoadministrada parece un instrumento rápido, válido y fiable para medir la actividad física en personas mayores de 50 años con estudios primarios o superiores completados y que puede ser utilizado en la práctica clínica para valorar de forma rápida la actividad física en este segmento de población. Este estudio aporta nueva información sobre propiedades psicométricas hasta ahora no estudiadas como la fiabilidad test-retest y validez convergente con medidas objetivas de desempeño o un acelerómetro.

#### Agradecimientos

Proyecto cofinanciado por el FEDER y el Plan Nacional I+D+I 2008-2011. Expte: PI08/90926

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1.— Kesaniemi YK, Danforth EJ, Jensen MD, Kopelman PG, Lefebvre P, Reeder BA. Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. *Med Sci Sports Exerc* 2001;33(6 Suppl):S351-S8.
- 2.— U S Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.
- 3.— Varo J, Martínez-González M, Irala-Estévez J, Kearney J, Gibney M, Martínez J. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *Int J Epidemiol* 2003;32:138-46.
- 4.— Fehling, Patricia C.; Smith, Denise L.; Warner, Sarah E.; Dalsky, Gail P. (1999). Comparison of accelerometers with oxygen consumption in older adults during exercise. *Med Sci Sports Exerc*, 31:171-5.
- 5.— Jakicic, John M.; Winters, C.; Lagally, Kristen; Ho, Joyce; Robertson, Robert J.; Wing, Rena R. (1999). The accuracy of the TriTrac-R3D accelerometer to estimate energy expenditure. *Med Sci Sports Exerc*, 31(5):747-54.
- 6.— Shephard RJ. Limits to the measurement of habitual physical activity by questionnaires. *Br J Sports Med* 2003;37:197-206.
- 7.— Guirao-Goris JA, Cabrero-García J, Moreno Pina JP, Muñoz-Mendoza C. Revisión estructurada de los cuestionarios y escalas que miden actividad física en adultos mayores y ancianos. *Gac Sanitaria*, 23(4): 334.e51-334.e67.
- 8.— Topolski, T. D., LoGerfo, J., Patrick, D. L., Williams, B., Walwick, J., & Patrick, M. B. (2006). The Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA) Among Older Adults. *Prev Chronic Dis* [En línea], 3(4), A118. Disponible en <http://www.pubmedcentral.nih.gov/>. Consultado 16/4/2007.
- 9.— Cabrero-García J, Reig-Ferrer A, Muñoz-Mendoza C. et al. Reproducibilidad de la batería EPESE de desempeño físico en atención primaria. *Análisis y modificación de la conducta* 2007;33(147):68-83.
- 10.— Rowlands AV, Thomas PW, Eston RG, Topping R. Validation of the RT3 triaxial accelerometer for the assessment of physical activity. *Med Sci Sports Exerc*. 2004 Mar;36(3):518-24.

**AUTORES/AUTHORS:**

MARIA EUGENIA ACOSTA MOSQUERA, MARIA LUISA UNDABEYTIA LOPEZ, MACARENA CASADO MUÑIZ, LIDIA MARTINEZ GAMERO, TERESA LOBO RODRIGUEZ, MARIA ANTONIA DE EUGENIO PIZARRO, ANA MARIA PINEDA SORIANO, ANNA BOCCHINO, ROCIO MORANO BAEZ

**TÍTULO/TITLE:**

Opiniones de la población inmigrante sobre la atención recibida en el Servicio de Urgencias Hospitalario

**Objetivos:**

1. Explorar la experiencia de la población inmigrante atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen Macarena.
2. Identificar las barreras y facilitadores para la atención sanitaria adecuada a la diversidad cultural.

**Metodología**

1) Diseño: Estudio descriptivo mediante técnicas cualitativas.

2) Sujetos: Población inmigrante atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, que cumplía los criterios de inclusión de acceder a participar libremente en el estudio, firmar el consentimiento informado, y no presentar déficit cognitivos. Fueron reclutados mediante un muestreo teórico, a través de la fundación CIMME (Centro Internacional Médico para Migrantes y Extranjeros).

3) Contexto de estudio: Se seleccionó el Hospital Universitario Virgen Macarena debido a la elevada densidad de población inmigrante concentrada en su área de influencia. Asimismo, el servicio de Urgencias Hospitalarias constituye el servicio sanitario más demandado por la población inmigrante, tal y como han reflejado numerosos estudios (Baraza Cano y cols., 2004; Andrés y cols, 2007; 3er Plan Andaluz de Salud 2003-2008; 2º Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2006-2009).

4) Recogida de información: Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas. Los entrevistadores, miembros del equipo de investigación y colaboradores de la Fundación CIMME, tenían conocimiento del idioma de origen del entrevistado así como sobre las técnicas de entrevista. El guión estaba basado en la literatura y recogía información sobre cuestiones generales relacionadas con la experiencia migratoria (país de origen, años en España, nivel de estudios, nivel de español...); cuestiones relacionadas con el conocimiento y uso del sistema sanitario; sobre las barreras y facilitadores en el sistema sanitario para atender a la población inmigrante; y sobre líneas de mejora. Las entrevistas tenían una duración aproximada de 35-45 minutos. Fueron grabadas en audio y transcritas para su posterior análisis. La recogida de información finalizó al alcanzar el criterio de saturación teórica.

5) Análisis de datos: El análisis de contenido de las entrevistas fue realizado mediante el programa informático Atlas-ti, que facilita el análisis cualitativo de grandes volúmenes de datos textuales. La secuencia de análisis que se siguió se estructura en los siguientes pasos: a) Lectura de las entrevistas individuales para obtener un sentido global; b) Segunda lectura para poder seleccionar las "unidades de significado" (fragmentos del texto que revelan algo importante respecto al objeto de estudio); c) Examen de estas unidades para seleccionar aquellas que transformamos en "enunciados de significados"; d) Los enunciados obtenidos se agrupan en "temas comunes"; y e) finalmente se redacta una descripción general que capte la opinión de los participantes y en la que estarán expuestas explícitamente todos los enunciados de significado y los temas comunes.

Para garantizar la fiabilidad de los resultados obtenidos, estos se sometieron a un proceso de triangulación por diferentes analizadores externos a esta investigación y por personal experto.

6) Aspectos éticos: todos los participantes firmaron un consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del centro.

**Resultados usuarios**

Se realizaron 18 entrevistas: 3 a usuarios latinoamericanos; 3 a rusos; 3 a rumanos; 3 a árabes; 3 a subsaharianos y 3 a chinos. En primer lugar, se obtuvo información sobre aspectos generales relacionados con la experiencia migratoria. Gran parte de los

entrevistados tenía sólo nociones básicas de español, y habían cursado estudios elementales o medios. La mayoría no superaban los 5 años de residencia en España, destacando la búsqueda de empleo como la principal motivación para migrar. En el momento de las entrevistas, la mayor parte de los consultados se encontraban en activo, principalmente en el sector servicios, la construcción y la agricultura. Los resultados se agruparon en cuatro grandes temas: 1) nociones sobre el funcionamiento del sistema sanitario, 2) facilitadores del sistema sanitario en la atención a la población inmigrante, 3) barreras de la atención en Urgencias a la población inmigrante, y 4) líneas propuestas de mejora.

1) Nociones sobre el funcionamiento del sistema sanitario: En este tema se reúnen los conocimientos de la población inmigrante sobre el funcionamiento y uso de los servicios sanitarios, así como sobre los medios más utilizados para informarse a este respecto.

En general, se observa un conocimiento básico del funcionamiento de los servicios de salud:

- "Por ejemplo, si uno está mal, se va al centro de salud...y uno va a su médico y le da cita"
- "Sí, hay centros de salud, el hospital y las urgencias"

No obstante, la información les llega por familiares y amigos y no mediante fuentes institucionales:

- "Me ha dicho mi familia"
- "Me han dicho los profesores del instituto"

Por otro lado, aunque en general, se observa que saben distinguir cuando deben acudir a un centro u otro, en ocasiones prefieren acudir al hospital, dada la comodidad del horario. Además, algunos destacaron que allí se les atiende mejor:

- "Cuando es un problema no grave acudimos al centro de salud y cuando es más grave al hospital"
- "Al hospital...Atienden mejor que en el centro de salud".

2) Facilitadores del sistema sanitario en la atención a la población inmigrante: En este tema se agrupan las reflexiones de los entrevistados sobre los aspectos positivos que reúne, en general el sistema sanitario público, y en concreto los Servicios de Urgencias Hospitalarios, para atender a la población inmigrante.

Destacan como principales aspectos positivos que se trate de un sistema sanitario gratuito y accesible a todos, con instalaciones y recursos adecuados, así como con profesionales cualificados. La mayoría de los entrevistados otorgó una valoración global positiva al funcionamiento del sistema sanitario público:

- "No hay que pagar ninguna cantidad y la mayoría de los profesionales son muy amables".
- "Mantiene muy bien el orden".
- "Es gratuito y tienen buenas instalaciones".
- "Me han atendido sin problema"

3) Barreras de la atención en Urgencias a la población inmigrante: Este tema agrupa las opiniones de los entrevistados sobre las limitaciones del sistema sanitario en la atención a la población inmigrante en Urgencias Hospitalarias, observadas durante su experiencia como usuarios.

En general, aunque la valoración global del sistema sanitario público sea positiva, una amplia mayoría calificaron sus experiencias como usuarios de Urgencias Hospitalarias, de decepcionantes y frustrantes:

- "Decepcionada, porque no lo pensaba que también en el hospital hay discriminación y racismo"
- "Incómoda y abandonada".

Los entrevistados destacaron en primer lugar, la necesidad de un trato más humanizado, y la indiferencia con la que algunos profesionales les atendieron:

- "Les falta el trato humano"
- "A nivel de tratamiento bien. Como persona regular"
- "Me trataron con indiferencia. Hablaban de sus problemas, como si yo no estuviera allí".

Respecto a los profesionales, discriminaban los estamentos con claridad, y los calificaban en sus actuaciones según el resultado

obtenido:

- "Creo que el médico era bueno porque el tratamiento ha dado buen resultado. La enfermera regular porque cuando le explicaba mi dolor, ella me gritaba".

Por otra parte, señalaron la barrera idiomática como una de las limitaciones más importante, que no siempre era superada:

- "Creo que le costó trabajo entenderme. A veces el médico hacía ademán con la mano..."

- "No hablan bien otros idiomas"

- "No, yo no he visto que utilizaran nada para entenderme".

Incluso, destacaron la falta de interés demostrada por algunos profesionales para franquearla, lo que les impedía adquirir plena confianza en los cuidados que recibían:

- "...No me han dado tratamiento. De todas formas, no iba a tomarlo".

- "No daban importancia a lo que contaba. Estaba con ganas de suicidarme y ellos como sí no oyeran nada."

También, se refirieron a los prolongados tiempos de espera para ser atendidos que se suelen producir en los Servicios de Urgencias Hospitalarios:

- "Cuando voy a urgencias tengo que esperar muchas horas..."

4) Líneas propuestas de mejora: En este tema se incluyeron las propuestas que hicieron los usuarios para mejorar la calidad de la atención que recibe la población inmigrante en Urgencias Hospitalarias, y de manera extensiva en el Sistema Sanitario Público.

En primer lugar, los entrevistados subrayaron la necesidad de que los profesionales revisaran sus actuaciones cuando atienden a la población inmigrante, ya que consideraron que les falta sensibilidad para tratar a poblaciones culturalmente diversas:

- "No del todo, les falta el trato humano"

- "Necesitan formación para mejorar la comunicación no solo la verbal entre los profesionales y las personas de otras culturas"

- "Ponerse en la situación del inmigrante...Formación del personal en el trato mas humano y en otras culturas".

Asimismo, se destacó la pertinencia de contar con traductores físicos. En concreto, se especificó que contar con personas nativas podría facilitar las barreras lingüísticas:

- "Me parece que es necesario tener traductores físicos"

- "Como no tiene un intérprete chino, es muy difícil la comunicación entre los profesionales y los inmigrantes chinos".

Por otra parte, también propusieron dotar a estos servicios de profesionales destinados a atender a población inmigrante:

- "Sería bueno tener a alguien que esta allí para ayudar a los inmigrantes"

En general, consideran que el sistema sanitario público debería destinar tiempo, información, y dotar de conocimientos en varios idiomas para atender mejor a la población inmigrante:

- "Más tiempo y más información."

- "Más tiempo, más información y aprender otros idiomas."

Discusión

En los discursos de la población inmigrante se observan sus dificultades para acceder a los servicios sanitarios en igualdad de condiciones que la población autóctona. La presencia de barreras lingüísticas y culturales aparece como un problema destacado, y de manera constante en la literatura, que sugiere que disponer de traductores cualificados, mediadores culturales, o profesionales multiculturales mejoraría la calidad de la atención que se presta a la población inmigrante en Urgencias Hospitalarias (Valero-Garcés, 2004; Figueroa-Saavedra, 2009).

Por otra parte, se aprecia una falta de habilidades específicas en los profesionales para realizar una atención adecuada a poblaciones culturalmente diversas. Su tendencia a la prestación de cuidados de salud estandarizados reflejada en algunas investigaciones, les limita para contemplar las necesidades de salud individuales, y a contemplar la diversidad de los usuarios que atienden (Cutilli, 2006; Carrasquillo y cols., 1999).

Asimismo, la falta de humanidad de algunos de ellos y la consiguiente desconfianza del usuario son cuestiones que necesitan una

urgente revisión, ya que pueden condicionar seriamente las decisiones de la población inmigrante sobre su salud, y su seguridad (Cutilli, 2006; Walters, 2003). En este sentido, se ha apuntado a la Competencia Cultural como una herramienta de utilidad para dotar a los profesionales de conocimientos, actitudes, y habilidades, necesarios para prestar unos cuidados de salud de calidad. (Cutilli, 2006; Walters, 2003).

#### Implicaciones para la práctica

Sería importante integrar a la población inmigrante en el diseño de estrategias y en el desarrollo de acciones concretas que mejorasen las limitaciones observadas en la atención sanitaria en los servicios de Urgencias. Ello sería además beneficioso para establecer vínculos con los profesionales, y favorecer el acercamiento de éstos hacia la diversidad cultural.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

2º Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2006-2009. Sevilla. Consejería de Gobernación de la Junta de Andalucía.

3er Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Sevilla. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2002.

Andrés M, García-Castillo L, Rubini S, Juárez R, Skaf E, Fernández M, y cols. Evaluación del efecto de la información en la satisfacción de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2007; 22 (4): 161-167

Baraza Cano MP, Lafuente Roble N, Granados Alba A. Atención de enfermería en población de origen extranjero, en *Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes 2ª Edición*. Fundación Progreso y Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2004.

Carrasquillo O, Orav EJ, Brennan TA, Burstin HR. Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. *Journal of General Internal Medicine*. 1999; 14: 82-87.

Cutilli CC. Do your patients understand? Providing culturally congruent patient education. *Orthopedic Nursing*. 2006; 25 (3): 218-224.

Figueroa-Saavedra, M. Estrategias para superar las barreras idiomáticas entre el personal de salud-usuario de servicios de salud pública en España, Estados Unidos y México. *Nueva época*. 2009; 12 (junio-diciembre): 149-175.

Valero-Garcés C. Barreras lingüísticas en la comunicación intercultural. Datos y acciones. *Suplementos Offrim*. 2004; 11: 19-36.

Walters EK. Literacy for Health: an interdisciplinary model. *Journal of Transcultural Nursing*. 2003; 14 (1): 48-53.



**AUTORES/AUTHORS:**

Júlia Martinho, Palmira Oliveira, Ilda Fernandes, Ana Isabel Vilar, Henriqueta Figueiredo, Margarida Santos Ferreira, Maria do Céu Barbieri, Luísa Andrade, Manuela Martins

**TÍTULO/TITLE:**

Formación e actitudes de las enfermeras hacia las familias

**JUSTIFICACIÓN:**

La enfermería tiene un compromiso y obligación de incluir a las familias en el cuidado de la salud (Wright e Leahey, 2009).

Sin embargo, la familia sigue siendo vista por los enfermeros de forma poco sistemática y los cuidados de enfermería siguen siendo dirigidos hacia el individuo y no a la familia como cliente (Friedman, 1998; Hanson, 2005).

Las enfermeras consideran la familia como recurso y como parte de su trabajo, y argumentan que es importante establecer una buena relación con las familias (Åstedt-Kurki et al. 2004; Hertzberg et al. 2003; Wright, 2009).

Un número elevado de enfermeras sienten que no tienen capacitación ni conocimiento para atender las necesidades de las familias (Hickey & Lewandowski, 1988; Tye, 1993; Chelsa & Stannard, 1997).

Su principal dificultad es la comunicación con la familia sobre preguntas que plantean problemas emocionales (Söderstrom, Benzein & Saveman, 2003).

Los enfermeros creen que su papel es proteger los miembros de la familia de experiencias dolorosas e desagradables. Esta creencia hace con que se generen conflictos cuando ellos discuten las implicaciones prácticas de la participación de la familia nos cuidados (Palladellis, 2004).

**OBJETIVO:** Analizar las relaciones existentes entre la formación y las actitudes de las enfermeras hacia las familias.

**MÉTODOS:** Se desarrolló un estudio cuantitativo, exploratorio, descriptivo y correlacional. El cuestionario utilizado en la colecta de datos incluyó características socio demográficas y la escala "La importancia de las familias en la atención de enfermería - la actitud del enfermero (IFCE-AE)" (Oliveira et al., 2009) que integra tres subescalas: la familia como un parejo en la conversación y recurso de Coping, la familia como un recurso para la atención de enfermería y la familia como una carga. El IFCE-AE trata de evaluar las actitudes de los enfermeros sobre la importancia de la familia en el cuidado de enfermería. La recogida de datos se realizó entre Abril de 2009 y Enero de 2010, a una población de 2500 enfermeros. La muestra de 347 enfermeros de Autoridad Sanitaria Regional de la Región Norte – ARSN ha sido compuesta por (55% de enfermeros de un hospital general y 45% de enfermeros de Agrupamiento de Centros de Salud - ACES). En mayoría son mujeres (81,0%) y licenciados (93,6%) con edad media de 34 años (DP=9.03) y un promedio de tiempo de trabajo de 11 años (DP=8.89). La formación en la familia es una realidad para el 55,2% de las enfermeras (N=191), de los cuales 41,2% la hicieron en un contexto académico, el 33,7% continuo y el 24,2% en ambas. La muestra de conveniencia, ha respetado las dimensiones mínimas exigidas pela escala y las técnicas estadísticas utilizadas. Variables: Formación en enfermería de familia y actitudes de las enfermeras. Para el procedimiento estadístico se utilizó SPSS versión 18.0. Se utilizó estadística descriptiva y análisis multivariado, considerando una probabilidad de error de hasta un 5%.

**RESULTADOS:** En cuanto a la relación entre la formación llevada a cabo en diferentes contextos (académico, académico-continuo y continuo) y las actitudes de las enfermeras hacia la familia, apuntan que las enfermeras que recibieron formación en el ámbito académico y continuo a comparación con las otras solas, tienen una media superior y estadísticamente significativas en las actitudes: familia como un parejo en la conversación y recurso de Coping (M=3.2264, p= 0,00), la familia como un recurso para la atención de enfermería (M=3.3104, p=0,01) y un promedio inferior y estadísticamente significativa (M=1.8152, p=0,01) en la familia

como una carga.

**DISCUSIÓN:** Los resultados sugieren que la asociación de diferentes contextos de formación potencializa las actitudes más favorables hacia la familia. La reflexión en la acción y hace la acción (Schön, 2000) es esencial para el desarrollo profesional. La formación en enfermería de la familia en asociación (académico y continuo) tiene una contribución muy importante en la promoción de actitudes más favorable hace la familia. Lo que hace importante la relación entre los espacios de formación académica y la formación en los contextos de la práctica para apoyar las actitudes de la enfermería frente a las familias, en la medida de sus necesidades promoviendo la interacción entre enfermeros e familia.

**IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:** Adaptar la formación a medida de las necesidades reales de la práctica fomentando en los contextos de formación una práctica pedagógica consonante con el desarrollo de habilidades cognitivas e interpersonales consistentes con la teoría y la práctica.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Åstedt-Kurki, Paavilainen, Tammentie & Paunonen-Ilmonen. Interaction between Family Members and Health Care Providers in an Acute Care Setting in Finland. *Journal of Family Nursing*, 2001; 7; pp. 371-390

Chesla, C.; Stannard, D Breakdowns in the nursing care of families in ICU. *American Journal of critical care*, 1997; 6(1), 64-71

Friedman, Marilyn M. (1998). *Family Nursing. Research, Theory & Practice*. (4th ed.). Connecticut: Appleton & Lange

Hanson, Shirley May Harmon. (2005). Enfermagem de cuidados de saúde à família: uma introdução. In Hanson, Shirley May Harmon (Eds.). *Enfermagem de cuidados de saúde à família. Teoria, prática e investigação*. (2ª ed.). Lisboa: Lusociência.

Hertzberg A, Elkman S-L, Axelsson K. Relatives are a resource, but ... Registered nurses' views and experiences of relatives of residents in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 2003; (12):431-41

Hickey, M. What are the needs of families of critically ill patients? A review of the literature since 1976. *Heart and Lung*, 1992; 19(4), 401-415.

Oliveira, PC; Fernandes, HI; Vilar, AI; Figueiredo, MH; Santos, MR; Andrade, LM; Barbieri, MC; Carvalho, JC; Martinho, MJ; Martins, MM "Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE" in: *Da investigação à prática de Enfermagem de Família [e-book]*. Porto: Linha de Investigação de Enfermagem de Família, 2009. [Criado em 29 Mai. 2009] Disponível em WWW: < URL: [http://portal.esenf.pt/www/pk\\_menus\\_ficheiros.ver\\_ficheiro?fich=F2042243075/\[e-book\] Enfermagem de Família.pdf](http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/[e-book] Enfermagem de Família.pdf)>. ISBN 978-989-96103-2-3.

Palladelis P, Cruickshank M, Wainohu D, Winskill R, Stevens H. Implementing family-centered care: an exploration of beliefs and paediatric nurses. *Australian Journal of Advance Nursing*. 2005; 23(1):31-6

Schön, D.A.(2000) *Educando o Profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.

Söderstrom IM, Benzein E, Saveman BI. Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. Scand J Caring Sci. 2003;17(2):185-192.

Tye, C. Qualified nurses' perceptions of the needs of suddenly bereaved family members in the accident and emergency department. Journal of Advanced Nursing, 1993, 18, 948-956.

Wright, L; Leahey, M (2009) – Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 4ª ed. São Paulo: Editora Roca Lda

Version Provisional - Preliminary version

## Sesión de Comunicaciones Orales Breves I

### Session of Oral Brief Presentations I

#### AUTORES/AUTHORS:

Besey Ören, Nuray, Enç

#### TÍTULO/TITLE:

QUALITY OF LIFE AND INFLUENCING FACTORS IN CHRONIC HEMODIALYSIS AND PERITONEAL DIALYSIS.

Objectives: Dialysis leads to an abundance of physical, psychological, social, and economic problems and also affects the quality of life negatively (1,2). This study aims to investigate the factors that affect the quality of life among dialysis patients.

Methods: The universe of this prospective, descriptive, and analytical study is 595 hemodialysis (HD) and 220 peritoneal dialysis (PD) patients receiving treatment in 5 dialysis units in Istanbul. The sample was chosen with the basic random method among patients who consented to participate in the study and who were receiving dialysis treatment for 6 months at least, 18 years or older, literate, and who did not have mental retardation. The sample consisted of 175 HD and 125 PD patients (n=300) who met the inclusion criteria. The researcher applied the patient information form which consisted of 25 questions and the SF-36 quality of life scale (The MOS 36 item Short Form Health Survey SF-36) via face-to-face interviews. Data were analyzed using the SPSS program. Analysis of group differences and relations between variables were conducted for different variables in the HD and PD groups. Results were assessed for medium effect-size, alpha of 0.05, and power of 0.80. Permission was taken from the ethical committees of the institutions and informed consent was taken from the patients.

Results: The mean age in the HD group was  $47,56 \pm 15,32$  and  $46,44 \pm 14,57$  in the PD group. %58,3 of the HD group were female, %60,6 married, %54,9 graduated from primary school. %50,4 of the PD group were female, %65,6 married, %43,2 graduated from middle or high school. The incidence of heart diseases was similar for both groups (HD 10,2%; PD 8%), Age of dialysis was higher in the HD group (mean  $7,87 \pm 5,0$ ) compared to the PD group (mean  $3,78 \pm 2,9$ ). An abundance of factors affected the quality of life in different rates in both groups. There were negative and statistically significant relations between age and functional status ( $r = -0,24$ ;  $p < 0,01$ ), well-being ( $r = -0,17$ ,  $p < 0,05$ ) and global quality of life ( $r = -0,19$ ,  $p < 0,05$ ) and between the time of dialysis and general understanding of health ( $r = -0,21$ ;  $p < 0,01$ ). Furthermore, men had significantly higher scores on functional status ( $t(173) = 2,08$ ,  $p < 0,05$ ), well-being ( $t(173) = 2,36$ ,  $p < 0,05$ ), and global quality of life ( $t(173) = -2,08$ ,  $p < 0,05$ ) compared to women. There was a positive and statistically significant relation between the time of dialysis and functional status ( $r = 0,22$ ,  $p < 0,05$ ) in the PD group. There was a significant difference between educational status and functional status ( $F(2, 122) = 3,83$ ,  $p < 0,05$ ), peritonitis and general understanding of health ( $t(123) = -2,53$ ;  $p < 0,05$ ) and global quality of life ( $t(123) = 2,11$ ;  $p < 0,05$ ). When we compared the quality of life between the HD and PD groups, the PD group had significantly higher scores on all subscales of the SF-36 ( $p < 0,01$ ).

Discussion: Various studies investigating the quality of life among dialysis patients yield different results. Since aging leads to physical deficiencies, we expected a decrease in quality of life with old age. In plenty of studies investigating quality of life among dialysis patients (2,3), there was a negative relationship between age and quality of life which is consistent with our results on the HD group. In a study investigating the duration of the disease and quality of life (4), there was no relationship between the duration of the disease and quality of life whereas in another study (5), it was found that the time of dialysis significantly decreased the quality of life, which is similar to our findings. The positive relationship between dialysis time and functional status in the PD group may be due to the fact that some PD patients have been transferred to PD treatment from HD treatment and that patients are able to attend to daily activities more dependently in PD. In the HD group, men had significantly higher scores on functional status, well-being and global quality of life compared to women ( $p < 0,05$ ). Some studies investigating the quality of life among dialysis patients yield similar results (2). On the other hand, sex was not an important factor on the quality of life in the PD group. Similarly, some studies report that sex is not an important factor regarding the quality of life (4, 6). We found that the quality of life, though not all dimensions of it, increased with the level of education. Plenty of studies report similar results (2,7). A decrease in quality of life is expected among patients with peritonitis because peritonitis leads to the development of various problems such as abdominal pain, fatigue, poor appetite, and malnutrition. (8). Some studies comparing the two groups in means of quality of life found no difference between HD and SAPD patients regarding the quality of life (7,9). On the other hand, some studies report that PD patients have a higher quality of life compared to HD patients, which is consistent with our study (10,11).

Conclusion: We found that the quality of life among HD and PD patients were affected on different levels and that the PD group has a higher quality of life compared to the HD group.

Key Words: Hemodialysis, Peritoneal Dialysis, Quality of Life

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Ören B. Hemodiyaliz ve periton diyalizi olan hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünü etkileyen faktörlerin incelenmesi (Investigation of factors affecting the Quality of life and self care agency of patients receiving hemodialysis and peritoneal dialysis). Istanbul University , Institute of Health Sciences. Doctoral Thesis. Istanbul 2010.
2. Moreno F, Lopez Gomez JM, Sanz-Guajardo D, Jofre R, Walderrabano F. Quality of life in dialysis patient. A spanish multicentre study. Spanish cooperative renal patient quality of life study grup. Nephrol Dial Transplant 1996; 11(Suppl 2):125-129.
3. Pugh-Clarke K, Koufaki P, Rowley V, Mercer T, Naish P, Improvement in quality of life of dialysis patients during six months of exercise. EDTNA ERCA J 2002; 28(1): 11-12
4. Altintepe L, Güney I, Türk S, Tonbul HZ, Yeksan M. Quality of life and influencing factors in hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi.2005; 14(2): 85-89.
5. Niechzial M, Hampel E, Grobe T, Nagel E, Dörning H, Raspe H. Determinants of the quality of life in chronic renal failure Soz Praventivmed 1997; 42(suppl3): 162-174.
6. Blake C, Codd MB, Cassidy A, O'Meara YM. Physical function, employment and quality of life in end stage renal disease. J Nephrol 2000; 13(2): 142-9.
7. Ching Luk Suet W. The quality of life for Hong-Kong dialysis patients. J Adv Nursing 2001; 35(2): 218-227.
8. Troidle L, Finkelstein F. Treatment and outcome of CPD associated peritonitis. Ann Clin Microbiol Antimicrob 2006; 6: 5-6.
9. Manns B, Jhonson JA, Taub K, Mortis G, Gahli WA, Donaldson C. Quality of life in patients treated with hemodialysis or peritoneal dialysis: What are the important determinates?. Clin Nephro 2003; 60(5): 341-351.
10. Kutner NG, Zhang R, Barnhart H, Collins AJ. Health status and quality of life reported by incident patients after 1 year on hemodialysis or peritoneal dialysis. Nephrol Dial Transplant 2005; 20: 2159- 2167.
11. Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, Boeschoten EW, Stevens P, Krediet RT Quality of life in patients on chronic dialysis: Self assesment 3 months after the start of treatment. The Necosad Study Group. Am J Kidney Dis 1997; 29(4): 584-592.

**AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>a</sup> Aurora Rodríguez Borrego, M<sup>a</sup> José Medina Valverde, Olga Luque Alcaraz, Carmen De Frutos Delgado, M<sup>a</sup> del Pilar Moros Molina, Rosa Miñarro del Moral

**TÍTULO/TITLE:**

Evaluación de la implementación del Proceso Enfermero con la herramienta informática Azahar a los 5 años de implantación

Título: Evaluación de la implementación del Proceso Enfermero con la herramienta informática Azahar a los 5 años de implantación.

Objetivos: Identificar beneficios, utilidades, ventajas e inconvenientes en el procedimiento de aplicación de la herramienta informática, en el proceso de cuidar.

Método: **Ámbito:** Las unidades del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba con acceso al programa informático de gestión de cuidados enfermeros Azahar. **Diseño:** Descriptivo, Abordaje cualitativo. **Sujetos:** Los usuarios: Enfermeras, base y gestoras; Auxiliares de Enfermería; Los potenciales usuarios: Enfermeras de Atención Primaria y médicos tanto de primaria (rurales y urbanos) como especializada. **Muestreo intencional** determinado por la saturación de los datos. **Categorías de partida:** Beneficios, Utilidades, Ventajas e Inconvenientes. **Instrumentos:** 1) Entrevistas individuales semiestructuradas, de 45 a 60 minutos, grabadas con el consentimiento por escrito de los participantes, y en lugar que respetó la intimidad del entrevistado; 2) Grupo focal: planteamiento semejante al de las entrevistas individuales, presencia de un observador. **Periodo de recogida de datos:** octubre 2009 - abril 2010. **Análisis de datos:** Transcripciones; Análisis de contenido: Análisis temático/categorial (Gerrish y Lacey, 2008: 422-423); Reducción de los datos por método de Giorgi (1997) en Solis-Muñoz et al (2008: 15-16); Exposición de los datos; Conclusiones y verificación. **Triangulación de:** investigadores, técnicas de recogida de datos y sujetos. **Resultados:** De las 20 entrevistas realizadas, se obtienen, entre otros, los siguientes datos: **Beneficios:** Información, visibilidad profesional; "El plan de cuidados recoge más información que con el registro en papel", "Refleja el trabajo realizado por el profesional". **Utilidades:** accesibilidad del programa; fortaleza profesional/visibilidad profesión; continuidad del cuidado; "Contenidos definidos, es fácil, te va llevando de una ventana a otra", "Potencia la profesión enfermera", "El informe de alta útil para el paciente". **Ventajas:** Fuente de información, Cuidado enfermero, "El programa recuerda actividades", "Con la entrevista de valoración inicial se aumenta la relación de confianza con el paciente y ayuda a aportar información al médico". **Inconvenientes:** carga de trabajo; eficacia del sistema: coherencia; "Hay que ticar muchas cosas que en papel serian dos palabras", "Rotaciones, cambio de turnos, cambio de planta y poco personal dificultan la continuidad de los cuidados y avanzar el plan". **Discusión:** Los beneficios, ventajas y utilidades se presentan en contradicción con los inconvenientes. El programa se ve como una fuente de información al profesional y ayuda en el proceso de cuidados, a la vez que como plataforma de proyección profesional; mientras que indican los inconvenientes de exceso de información, carga de trabajo, incoherencia del sistema etc. Klehr (2009) y Saranto, (2009) sugieren formas de facilitar la implementación, cercanas a las que sugieren nuestros informantes: Realizar un esfuerzo de síntesis y de gestión de personas y recursos. Como limitaciones del estudio hay que señalar el estado emocional de las/as participantes con el Proceso de Atención de Enfermería en general y la aplicación informática en particular. **Implicaciones para la práctica:** Sólo en 2007 se realizaron 73.353 planes de cuidados. Identificar dificultades y puntos críticos redundara en una mayor calidad en la atención.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Gerrish K, Lacey A. Investigación en Enfermería. Madrid: Mcgraw Hill/Interamericana de España, 2008.
- Solis Muñoz M et al. Percepción de la calidad asistencial en mujeres a las que se les ha realizado una mamografía. *Metas de Enfermería*. 2009; 11(3):14-19
- Klehr J et al. Implementation of standardized nomenclature in the electronic medical record. *International Journal of Nursing*

Terminologies and Classifications. 2009; 20 (4): 169-180

- Saranto K, Kinnunen U. M. Evaluating nursing documentation –research designs and methods: systematic review. Journal of Advanced Nursing. 2009;65(3): 464-476

Versión Provisional - Preliminary version

**AUTORES/AUTHORS:**

Isabel Mendes, Sónia Coelho, Rogério Rodrigues

**TÍTULO/TITLE:**

Title: Portuguese version of the Inventory of Functional Status-Fathers (IFS-F): Validation study

**Objectives**

The aim of this study was to validate the Inventory of Functional Status-Fathers (IFS-F) to the Portuguese version, showing its reliability and validity, adapted to first-time fathers in the postpartum period.

**Methods**

The concept of functional status has been used to describe the ability to perform activities of daily living and ability to perform instrumental activities of daily living. Often the term functional status is used in an interchangeable way with the term functional capacity, although these two concepts differ (1,2). According to the authors who developed the inventory, functional status is a multidimensional concept that encompasses the maintenance or increase of capacity. The Inventory of Functional Status - Fathers was developed to evaluate the functional status during the three trimesters of pregnancy and postpartum period, that is designed to assess the roles of primary, secondary and tertiary care of parents during pregnancy and child birth partner (3,4). The postpartum period is marked by great emotional vulnerability to both parents. This period is preceded by a pregnancy involving several physiological adjustments, in women, and psychosocial in both parents (1,5,6,7,8,9).

The Inventory of Functional Status-Fathers (IFS-F) was developed by Tulman, Fawcett and Weiss (1993) to evaluate the functional status of fathers in post partum. The inventory is composed globally with 51 items that assess 7 dimensions: household activities, infant care activities, child care activities, personal care activities, occupational activities, educational activities and social and community activities in a 5 point likert scale. In this study we used only 6 dimensions related to the postpartum period (10,11,12). For the development of the Portuguese version of IFS-F, we followed two directives: (a) the linguistic and cultural adaptation to Portuguese language and (b) the psychometric study of this version, comparing it with the original. The following study was developed in four stages: translation, back-translation procedures and cultural adaptation, for the Portuguese language; comparing the two versions and evidence the validity of the new version.

The Portuguese version of the IFS-F, was applied to a consecutive non probabilistic sample of 204 first-time fathers from a Health Centre (inclusion criteria: read and write, pregnancy, delivery and postpartum of the partner without complications, childbirth of a term newborn), allowing with this sample the global psychometric study of the instrument.

**Results**

The results of the psychometric study done with the Portuguese version (Inventário do Estado Funcional – Pais, IEF-P) tend to show that it is an equivalent version to the original version. The test-retest reliability of the inventory has a high temporal stability. The observed values of the coefficient alpha ranged from 0.332 (social activities and community dimension), to 0.753 (dimension of care activities to the newborn). The dimensions related to household activities, social activities and community activities and training, present low internal consistency. The internal consistency of remaining dimensions are reasonable. Overall, apart from social and community activities dimension, where there is a marked difference compared to the value observed by Tulman, Fawcett and Weiss (1993), all other dimensions showed internal consistency similar to those found by the authors.

**Conclusions**

All the work developed with the creation of the Portuguese version (IEF-P) adapted to the neonatal period lead us to consider this instrument very useful to define the functional situation of the first time fathers in the specific evaluation dimensions, becoming right to the planning of family care in the post partum. Study most relevant outcome, shows that we have an equivalent version of the original instrument. Therefore, we make available a measurement instrument of quality for first time fathers providing significant information to



interventions and improve adequate care strategy on this population group.

Regarding the implications for care practice: it is thought that this instrument demonstrated the importance of evaluated the functional status of fathers during their transition to parenthood and as so it demonstrated its utility as a guidance to health professionals to evaluated and to promote a healthy involvement of fathers during pregnancy, childbirth and postpartum of their partners, emphasizing the autonomy of fathers in the transition to parenthood.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1 - Mendes IM. Ajustamento Materno e Paterno: Experiências Vivenciadas pelos Pais no Pós-parto. Coimbra: Mar da Palavra, 2009.
- 2 - Lourenço SR, Afonso HG. - Nascimento do Primeiro Filho e Alterações Familiares. Nursing. 2008; 238: 22 – 28.
- 3 - Friedewald M, Newing C. Father-Time: Welcome to the Rest of your Life. The J Peri Edu, 2006; 15 (2):8 – 12.
- 4 - Taborda,J. Paternidade – Passado, Presente e Futuro. Rev Psic Atlaspsico. 2007; 5:14 – 23.
- 5 – Barclay L, Lupton D. The Experiences of New Fatherhood: a Socio-cultural Analysis. J AdvNurs, 1999; 39:1013– 1020.
- 6 - Henwood K., Procter J. The ‘good father’: Reading Men’s Accounts of Paternal Involvement during the Transition to First-time Fatherhood. B J Soc Psy,.2003; 42:337- 355.
- 7- Knight MM. - Cognitive Ability and Functional Status. J Adv Nurs. 2000; 31(6): 1459– 1468.
- 8- Premberg A, Hellström A, Berg M. Experiences of the First Year as Father. Scan .J Caring Sc. 2008; 22: 56 – 63.
- 9 - Sevil Ü, Özkan S. Fathers’ Functional Status during Pregnancy and the early Postnatal Period. Midwifery.2007; 10: 1-6.
- 10 – Fawcett J, Tulman, L. Building a Programme of Research from the Roy Adaptation Model of Nursing. J Adv Nurs, 1990;15:720 – 725.
- 11 – Tulman L, Fawcett J, Weiss M. The Inventory of Functional Status-Fathers –Development and Psychometric Testing. J Nurse-Midw. 1993; 38 (5):276-282.
- 12 - McVeigh CA, Baafi M, Williamson M. Functional Status after Fatherhood: An Australian Study. JOGNN . 2002;31:165-171.

**AUTORES/AUTHORS:**

WANPEN SAIMAI, SUDAPAN THANJIRA, NAWRECHAYA PHASERTSUKJINDA

**TÍTULO/TITLE:**

Workplace Violence and its Management by Nursing Personnel in Emergency Department

Objective: The purpose of this research was to describe the characteristics of violence, precipitating factors, consequences, and management of workplace violence among nursing personnel at two Emergency Departments.

Method: The sample was recruited by convenience sampling consisting of 124 nursing personnel who had experienced violence from clients at the Emergency Department at Ramathibodi and Maharat Nakhonratchasima Hospitals. A structured questionnaire developed by the researchers. Data collected by distributing questionnaire direct to the participants at their work places, the response rate was 100%.

Findings: The results showed that 84.7% of the sample had been affected by threats/violence. Verbal abuse was found to be the most common type of workplace violence (82.9%). The majority of respondents (91.4%) perceived that a precipitating factor behind the violence was drunkenness. The violence affected the respondents in the form of emotional anger (72.4%) and 76.2% of the respondents felt a decrease in work satisfaction. Walking away or avoiding confronting with clients was most used by healthcare providers as a strategy to deal with violence (75.2%). Also, it was found that the department had a policy for managing violence by asking for help from colleagues or notifying an in-charge nurse. Approximately, 77% of the respondents did not report violent acts to the department. Whether the violent event was reported by healthcare personnel depended upon the severity of violence and consideration of the division head. Of all reported violence incidents, 95.8% were investigated and in 87.5% of the filed reports, clients were explained by responsible administrators about dissatisfaction with the events.

Discussion: The results from this study should be used as basic information to plan strategies for prevention and management of violence in the Emergency Department. Safety environments for clients and healthcare personnel should be established by managing factors precipitating violence and strengthening competency of nursing personnel how to deal with the violence appropriately.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Catlette, M. (2005). A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *Journal of Emergency Nursing*, 31(6), 519-525.
- Crilly, J., Chaboyer, W., & Creedy, D. (2004). Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing*, 12(2) 67-73.
- Elliott, P. P. (1997). Violence in health care. *Nursing Management*, 28(12) 38-41.
- Emergency Nurses Association. Public policy agenda 2007-2008. Retrieved May 10, 2008, from website: <http://www.ena.org/government/policy/PPA2007Final.pdf>
- Haggard, A. (2000). Protecting yourself from workplace violence. *Nursing*, 30(10) pcc10-cc11. International Council of Nurses. (2006). Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient. Retrieved August 12, 2007, from Web site: <http://www.icn.ch/indkit2006.htm>
- Murray, M. G., & Snyder, J. C. (1991). When staff are assaulted: A nursing consultation support service. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(7) 24-29.

**AUTORES/AUTHORS:**

Margarida Reis Santos Ferreira, Constança Paúl

**TÍTULO/TITLE:****BREAKFAST EATING BEHAVIOR AMONG PORTUGUESE ADOLESCENTS**

Introduction: Adolescence is an ideal life period to acquire and consolidate healthy food behaviors (Ferreira, 2009). The physical and psychological development of this period affects food habits and necessities. The food pattern of the adolescents is irregular, with frequent appeal to snacks and omission of meals, specially the breakfast (Zapata et al., 2008).

Breakfast is considered an essential meal in a normal diet (Moreno et al., 2005) and is commonly referred as the most important meal of the day. It should be diversified and include food from the groups of the dairy products, cereals and derivatives and fruits.

The lack of the breakfast may interfere with school performance (Järvelaid, 2003), as well as with the health and the development of adolescents (Moreno et al., 2005) and has been one of the causes associated the rise of weight (O'Dea & Wilson, 2006).

Objectives: The aim of the study was to investigate the breakfast eating behavior among Portuguese adolescents.

Methods: We carried out a descriptive and exploratory study. Data collection was done using a questionnaire and took place between June-November of 2005.

The sample consists of 680 adolescents attending high school. Of these, 238 (35%) were attending the 10th grade, 280 (41,2%) the 11th and 162 (23,8%) the 12th grade, 59,6% participants were female.

Findings: The results of this study show that 13,2% of the adolescents don't have breakfast (13,1% of girls vs 13,5% of boys and 13,5% of youngest – 14-16 years – vs 13% of older one – 17-19 years). The ones who have it, either have it at home (87,7%), at school (8,4%) or at coffee shops (3,9%), 51,7% have breakfast alone.

From the ones who have breakfast, 15,1% have a good breakfast (with dairy products, cereals and fruit) daily, 59,3% have a sufficient breakfast (only eat food from two of the groups), 18,8% have an insufficient breakfast (just eat food from one of the groups) and 6,8% have a bad breakfast (don't eat none of the groups mentioned daily).

Boys and girls did not significantly differ in relation to breakfast ingestion ( $p=0,89$ ). The youngest and the oldest adolescents did not differ in relation to breakfast consumption ( $p=0,85$ ).

It was concluded that the percentage of girls that have a good breakfast is superior to the boys (18,2% vs 10,5%). However, there isn't a relation between the gender and the type of breakfast done,  $p=0,55$ .

There wasn't verified any correlation between the type of breakfast done by the adolescents and their age ( $p=0,23$ ) and the school year attending ( $p=0,20$ ).

There is a significant relation between the place where they have breakfast and the daily consumption of dairy products ( $p=0,000$ ), fruit ( $p=0,032$ ) and cereals ( $p=0,001$ ). It is in the group of adolescents that have breakfast at home that it is found the greater percentage of adolescents that have this kind of food. The place where adolescents have breakfast has a statistical association with the kind of breakfast they have ( $p=0,000$ ). The students that have breakfast at home have a good breakfast daily more often than the ones who have it at school ( $p=0,001$ ) and the ones who have it at coffee shops ( $p=0,000$ ).

There is also a significant relation between the gender and the daily consumption of fruit at breakfast ( $p=0,02$ ), being the higher percentage of daily consumption of fruit among the girls.

There is a relation between the year of study and the consumption of dairy products ( $p=0,02$ ) and sweets at breakfast ( $p=0,02$ ), being the higher percentage of daily consumption of dairy products and smaller percentage of daily consumption of sweets in the students of the 12th grade.

Discussion: The results obtained in our study are in accordance with those available from other works in this area that described the following: Breakfast skipping is relatively common among adolescents (Keski-Rahkonen et al., 2003), the majority of them doesn't

have a good breakfast (Morales et al., 2008) and only eat food from two of the groups mentioned (Cavadini et al., 2000).

The existence of significant relation between genders in the breakfast consumption varies from study to study. Studies like ours and Zapata et al. (2008) find no significant relation, yet Moreno et al. (2005) and Keski-Rahkonen et al. (2003) concluded that significant relations exist.

It was verified that adolescents that take breakfast at home have healthy breakfast, with a higher consumption of dairy products, fruit and cereals. Vejrup et al. (2008) also verified the existence of a correlation between eating at home and having a healthier feeding. Conclusion: Adolescents are in the process of adopting eating patterns that may form the basis of their dietary habits for much of their lives. Our research has shown that the adolescents adopt risk behaviors with respect to breakfast consumption.

The risk factors that were detected lead us to believe that nurses should develop education actions for adolescents, teaching them about the importance of breakfast in their present and long-term health.

One venue that may be appropriate for interventions is the school setting. Interventions should be aimed at promoting a healthful breakfast (cereals, milk, and fresh fruit).

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cavadini, C., Decarli, B., Grin, J., Narring, F., & Michaud, P. A. (2000). Food habits and sport activity during adolescence: differences between athletic and non-athletic teenagers in Switzerland. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54 (3, Supplement 1), S16-S20.
- Ferreira, M. R. S. (2009). Estilos de vida na adolescência: De necessidades em saúde à intervenção de enfermagem. Dissertação de Doutorado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Järvelaid, M. (2003). Breakfast skipping and associated biopsychosocial factors among adolescents. *Papers on Anthropology*, 12, 78-85.
- Keski-Rahkonen A, Kaprio J, Rissanen A, Virkkunen M. & Rose R. (2003). Breakfast skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, 842-853.
- Morales, I. F., Vilas, M. V., Veja, C. J. & Para, M. C. (2008). Relación entre la calidad del desayuno y el rendimiento académico en adolescentes de Guadalajara (Castilla-La Mancha). *Nutrición Hospitalaria*, 23(4), 383-387.
- Moreno, L. A., Kersting, M., Henauw, S., González-Gross, M., Sichert-Hellert, W., Matthys, C., Mesana, M. I., & Ross, N. (2005). How to measure dietary intake and food habits in adolescence: the European perspective. *International Journal of Obesity*, 29, S66-S77.
- O'Dea, J. A., & Wilson, R. (2006). Socio-cognitive and nutritional factors associated with body mass index in children and adolescents: possibilities for childhood obesity prevention. *Health Education Research*, 21(6), 796-805.
- Vejrup, K., Lien, N., Klepp, K.I., & Bere, E. (2008). Consumption of vegetables at dinner in a cohort of Norwegian adolescents. *Appetite*, 51(1), 90-96.
- Zapata, L. B., Bryant, C. A., McDermott, R. J., & Hefelfinger, J. A. (2008). Dietary and physical activity behaviors of middle school youth: the youth physical activity and nutrition survey. *Journal of School Health*, 78(1), 9-18.

**AUTORES/AUTHORS:**

Maite Morteruel Arizkuren, Olivia Janett Horna-Campos, Grupo de trabajo de gripe A (H1N1) en Cataluña

**TÍTULO/TITLE:**

Caracterización de los brotes de gripe A/H1N1 en Catalunya durante el periodo pandémico

**OBJETIVO**

Describir la evolución temporal y distribución según los ámbitos de transmisión de los brotes de gripe A/H1N1 en la comunidad de Cataluña

**MÉTODO**

Estudio descriptivo de brotes por virus pandémico H1N1 en Cataluña que fueron notificados entre las semanas epidemiológicas 18 y 48 del 2009. Se tuvo en cuenta su ámbito de origen y se evaluó la tasa de ataque en cada uno de ellos.

La información fue obtenida a partir de las nueve Unidades de Vigilancia Epidemiológica (UVEs) distribuidas en todo el territorio catalán.

**RESULTADOS**

En total se notificaron 238 brotes. La tasa de ataque global fue del 15,5%. Del total de brotes sólo se conoce la tasa de ataque de 173(72,7%), de los cuales, 142(82,1%;  $p < 0,001$ ) tuvieron una tasa de ataque inferior al 25%, 28(16,2%) entre 25 y 50% y el 1,2%, superior o igual al 75%.

Los primeros brotes se notificaron en la semana 18 y se distribuyeron de manera constante hasta la semana 41. En la semana 42 se inicia un despunte para seguir aumentando hasta la 46. En la semana 44 se alcanzó el mayor pico con 68 brotes notificados. Posteriormente, la notificación fue disminuyendo, llegando a no registrarse ninguno entre las semanas 49 y 52.

El principal ámbito de transmisión fue el escolar, donde se produjeron 207(87%;  $p < 0,001$ ) brotes, de los cuales 187(78,6%;  $p < 0,001$ ) correspondían a los centros de educativos base; 5(2,1%) a centros de educación especial; 8(3,4%) tuvieron lugar en casas de colonias y 6(2,5%) en guarderías.

**DISCUSIÓN**

La distribución regular de los brotes en las primeras 21 semanas corresponde a los meses de verano, en los cuales las condiciones climáticas no favorecieron su propagación. Con la llegada del invierno y el inicio del año escolar –meses de octubre y noviembre- se observa el incremento de la frecuencia de brotes. Los resultados coinciden la información de algunos estudios que confirma que el virus pandémico es altamente transmisible en escuelas, desde donde en gran medida se expande a la comunidad (1,2)

Conforme al avance de la pandemia, principalmente en el ámbito escolar, los brotes dejaron de registrarse mediante prueba de laboratorio y pasaron a registrarse en función del número de ausencias. Por otra parte, el predominio de la forma grave de la enfermedad se ha dado en aquellas personas con patología de base y en las mujeres embarazadas, donde el riesgo de complicaciones se ha visto incrementado (3,4). En el resto de la población la presentación ha sido leve. Estos hechos han impedido obtener datos totales de población expuesta y afectada

También hay que añadir la influencia de los medios de comunicación, que provocaron un exceso de sensibilización en la población y que pudo tener efectos negativos y positivos en el control de la enfermedad.

#### CONCLUSIONES

El control de brotes de gripe A/H1N1 debe basarse en dar continuidad a la promoción de medidas preventivas y de higiene que se han llevado a cabo en los principales ámbitos de transmisión. Los medios de comunicación pueden jugar un papel decisivo de apoyo y colaboración en el control de la enfermedad.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Yang Y, Sugimoto JD, Halloran ME, Basta NE, Chao DL, Matrajt L, Potter G, Kenah E, Longini IM Jr. The transmissibility and control of pandemic influenza A (H1N1) virus. *Science*. 2009 Oct 30;326(5953):729-33. Epub 2009 Sep 10.
2. Chao DL, Halloran ME, Longini IM Jr. School opening dates predict pandemic influenza A(H1N1) outbreaks in the United States. *J Infect Dis*. 2010 Sep 15;202(6):877-80.
3. WHO Website: Dr Margaret Chan. Influenza A(H1N1): lessons learned and preparedness. [http://www.who.int/dg/speeches/2009/influenza\\_h1n1\\_lessons\\_20090702/en/index.html](http://www.who.int/dg/speeches/2009/influenza_h1n1_lessons_20090702/en/index.html)
4. Del Rio C, Guarner J. The 2009 influenza A (H1N1) pandemic: what have we learned in the past 6 months. *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2010;121:128-37; discussion 138-40.

**SESIÓN PLENARIA: Participación ciudadana en investigación y servicios de salud****PLENARY SESSION: Citizens' participation in research and healthcare services salud****AUTORES/AUTHORS:**

Lilisbeth Perestelo Pérez, Dra. Psicología Clínica y de la Salud, Investigadora en Servicios de Salud, Servicio de Evaluación y Planificación, Dirección del Servicio Canario de la Salud. Tenerife. España.

**TÍTULO/TITLE:**

HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS

En muchas ocasiones los pacientes y profesionales sanitarios han de tomar decisiones sobre tratamientos o pruebas diagnósticas sobre las cuales no existe certeza acerca de sus resultados médicos. Esta incertidumbre puede estar ocasionada directamente por la ausencia de evidencia científica al respecto, pero también por el hecho de que diferentes tratamientos con el mismo objetivo terapéutico en muchos casos ofrecen un balance beneficios/riesgos similar. Precisamente, por no existir en esas ocasiones una única o "mejor" decisión, se hace necesario informar al paciente al objeto de incorporar sus preferencias en la toma de decisiones, dado que el punto de vista de los pacientes puede diferir de la percepción del profesional en cuanto a la importancia personal que se le asigna a la relación entre los beneficios y los efectos nocivos de las diferentes opciones diagnósticas y terapéuticas.

En este contexto cobra sentido lo que se ha denominado la "toma de decisiones compartida" (TDC), entendida como un proceso interactivo entre el profesional y el paciente, en el cual se comparten los conocimientos de uno y otro (conocimientos técnicos por parte del clínico, y por parte del paciente el conocimiento que posee sobre sus propias preferencias y valores sobre la salud), con el objetivo de alcanzar una decisión sobre el tratamiento lo más satisfactoria posible para el paciente, tanto a un nivel objetivo como subjetivo.

Con el objetivo de favorecer este proceso, se ha iniciado el desarrollo de intervenciones (Herramientas de Ayudas para la Toma de Decisiones - HATD) que contribuyen a informar a los pacientes, a partir de la mejor evidencia científica, con la finalidad de hacer posible la TDC y la incorporación de las preferencias de los pacientes. Las HATD surgen como una medida complementaria al asesoramiento proporcionado por los profesionales y se definen como intervenciones diseñadas para asistir a las personas para tomar decisiones de manera específica y deliberada, entre varias opciones diagnósticas o terapéuticas (incluyendo las convencionales), al proporcionar (como mínimo) información acerca de las opciones y los resultados potencialmente esperados sobre el estado de salud de una persona.

En la práctica clínica hay numerosas oportunidades para involucrar a los pacientes en la toma de decisiones. De forma teórica, se acepta el cambio de un modelo paternalista de relación hacia otro de igualdad en la consulta. Diversos estudios señalan que la participación de los pacientes en la toma de decisiones se asocia con un mejor cumplimiento y una mayor satisfacción.

Con el fin plantear cuestiones de actualidad en la TDC y abrir el debate, se tratarán los siguientes aspectos:

- Conceptos teóricos básicos y criterios para la TDC y el uso de las HATD
- Oportunidades y barreras para la implementación de la TDC en la práctica clínica
- Ejemplos de aplicación práctica de la TDC y las HATD

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

**AUTORES/AUTHORS:**

Andrés Cabrera León

**TÍTULO/TITLE:**

OPIMEC Y TRABAJO COLABORATIVO EN RED: HACIA LA MEJORA DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las enfermedades crónicas están suponiendo uno de los principales retos a los que se enfrentan los actuales sistemas sanitarios debido fundamentalmente a su alta prevalencia, a ser la principal causa de muerte y a ocupar gran parte del gasto sanitario. Cada vez son más las iniciativas que introducen una nueva visión de lo que debe ser la atención sanitaria, orientándose inevitablemente hacia el cuidado de las personas que sufren alguna enfermedad crónica, especialmente de aquellas que viven con varios problemas crónicos de salud de manera simultánea.

Ante este nuevo escenario, conocido como polipatología, pluripatología o enfermedad crónica compleja (que por ejemplo en EEUU es responsable de casi tres quintos del gasto sanitario), y animados por el rápido desarrollo y penetración de potentes recursos en línea de colaboración (como los Wikis o las redes sociales), la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía decidió promover la creación de un Observatorio global diseñado para fomentar el intercambio de conocimiento y los esfuerzos conjuntos entre personas e instituciones interesadas en reducir el impacto de la polipatología, en cualquier parte del mundo.

Este Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (OPIMEC) ha construido un entorno virtual colaborativo ([www.opimec.org](http://www.opimec.org)) desde el que desarrollar, acceder y difundir conocimientos y experiencias innovadoras de atención a la cronicidad, así como otros contenidos relacionados, como noticias, eventos, documentación y recursos.

OPIMEC, en su afán de seguir promoviendo la generación de conocimiento sobre la polipatología y de identificar la mejores prácticas para su abordaje, se propuso el reto de crear un libro sobre polipatología, partiendo prácticamente de la nada, en un año, gratuito, con contribuciones voluntarias desde cualquier lugar del mundo, mediante comunicación en línea a través de la Web 2.0 y las redes sociales y sin incentivos económicos ni políticos para sus participantes.

Este libro, titulado 'Cuando las personas viven con múltiples enfermedades crónicas: aproximación colaborativa hacia un reto global emergente' y disponible de forma gratuita en formato papel y electrónico y en español e inglés, fue presentado el pasado 1 de junio en el Foro "Calidad de la atención a personas con múltiples enfermedades crónicas: nuevas oportunidades y desafíos" celebrado en la Escuela Andaluza de Salud Pública. Ha alcanzado su objetivo global original de actuar como un poderoso estímulo para la cooperación científica, rompiendo las fronteras tradicionales entre personas interesadas en mejorar la gestión de las enfermedades crónicas múltiples, y resumiendo el mejor conocimiento disponible hasta el momento sobre la polipatología, sus implicaciones asistenciales y organizativas. Nos introduce en el lenguaje de este área emergente y en las alternativas para su manejo desde la promoción, prevención, educación, autocuidados y atención en todo su recorrido asistencial, incluidos los cuidados de apoyo y paliativos, así como realiza aportaciones sobre las potenciales contribuciones de las tecnologías de la información y comunicación. Además, incorpora conceptos que permiten reconocer el trabajo de miembros de grupos colaborativos (Contributorship) y que promueven el intercambio de trabajos de manera accesible por el público y sin restricciones (Creative Commons). Por último, se ha desarrollado y está en continua evolución a través de equipos Web de trabajo colaborativo entorno a sus capítulos, constituyendo 10 áreas claves de investigación relacionadas con las múltiples enfermedades crónicas desde las que generar y compartir conocimientos y experiencias con personas de cualquier lugar del mundo y en cualquier momento.



El proceso de producción de este libro supone una de las primeras experiencias de creación de un libro en el ámbito de la salud de manera colaborativa (más de 60 profesionales sanitarios participantes), global (participantes de 18 países) y viva (en continua evolución en Internet). Puede ser replicado para la creación colaborativa de conocimiento mediante el trabajo en Red en otras áreas de la Salud Pública y la Gestión Sanitaria y figurativamente supone el paso de la edición estática ó 1.0 a la viva y en continua evolución ó 2.0.

Proceso de creación colaborativa de conocimiento mediante el trabajo en Red.

Las primeras versiones de los capítulos permanecieron abiertas en Internet durante 4 meses, periodo en el que se recibieron 13.000 visitas de 80 países y 235 comentarios en español e inglés de personas procedentes de 18 países. Durante la creación conjunta de este libro merece la pena destacar las siguientes lecciones aprendidas (descritas más ampliamente en el capítulo 11 del libro) en relación con el uso de herramientas de colaboración en línea y con la participación de expertos en el proceso, ya que pueden resultar útiles para las personas interesadas en emprender proyectos similares:

- Es esencial tener un propósito común, un equipo editorial diverso y apoyo institucional. Gracias al fuerte apoyo de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, pudimos fijar la fecha del lanzamiento del libro que funcionó como un importante incentivo y como una justificación para que las colaboraciones se hicieran dentro de los plazos establecidos.
- Es difícil ajustar las versiones del mismo documento, ya que evolucionan a ritmos diferentes en varios idiomas.
- Es necesario establecer plazos de entrega y hacer que se cumplan. Puede que este haya sido el mayor reto, ya que destacados expertos pedían tener más tiempo para realizar sus aportaciones. En lugar de poner en peligro el proyecto ampliando los plazos, les dimos las gracias y les reiteramos que sus aportaciones serían bienvenidas en cualquier momento, ya que el libro sigue evolucionando como una entidad viva.
- Los problemas tecnológicos son inevitables, aunque ayuda el hecho de facilitar diferentes canales de comunicación con los participantes y prestar asistencia técnica en línea.
- Este libro es una prueba viva de que es posible motivar a un gran grupo de expertos para que acepten el "Copyleft" y el "Contributorship" como alternativas viables a sus hermanos más restrictivos de "Copyright" y "Autoría" respectivamente.

El trabajo de colaboración que ha dado como fruto este libro se podría convertir fácilmente en la base para la realización de proyectos conjuntos que podrían resolver algunos de los problemas detectados en un tiempo récord. En este sentido, a continuación presentamos algunos ejemplos de cuestiones (extraídas del capítulo 11) que podrían impulsar el diseño, la ejecución y la difusión de proyectos de colaboración a gran escala a través de los que podríamos intentar enfrentarnos a los retos que supone la polipatología, en todos los niveles:

- ¿Es posible promover la realización de una encuesta global y continua?
- ¿Es posible crear una taxonomía para intercambiar conocimiento y evaluar innovaciones?
- ¿Qué podría facilitar el desarrollo del conocimiento, actitudes, capacidades y comportamientos que necesitan los profesionales para poder conectar los servicios sociales y sanitarios?
- ¿Las polipíldoras son intervenciones coste-efectivas? Si es así, ¿cómo se podría impulsar la generalización de su uso?
- ¿Es posible un modelo asistencial flexible que combine el poder de la innovación descentralizada y del liderazgo por parte de profesionales de primera línea y el público en general, con la eficiencia de una estructura de gestión y de generación de políticas centralizadas?
- ¿Es factible utilizar los medios sociales online para crear y mantener una red global de autogestión y de recursos entre iguales?
- ¿Cuáles son las nuevas funciones o roles que se necesitarían para unir o combinar los servicios sociales y sanitarios?
- ¿En qué medida se podrían adoptar y adaptar en el mundo innovaciones efectivas?
- ¿Cómo influyen diferentes combinaciones de enfermedades o trayectorias de enfermedades en las necesidades de apoyo y de

cuidados paliativos?

- ¿Cuál es el impacto de las enfermedades crónicas múltiples en la vida de los cuidadores? ¿Qué nuevos roles, flujos y servicios de apoyo se necesitan para aliviar su carga?
- ¿Podría la medicina integrativa fomentar la desmedicalización? ¿Podría fomentar una mayor aceptación del sufrimiento inevitable?
- ¿Cuáles son los costes totales relacionados con la gestión de la polipatología?
- ¿El nivel de complejidad de la polipatología supera la capacidad de las tecnologías GRIN para ofrecer soluciones tangibles?
- ¿Podrían ser transformadas las regiones clave en laboratorios vivos para optimizar la gestión de la polipatología?
- ¿Cuáles son las estrategias necesarias para posicionar la gestión de la polipatología entre las prioridades principales para la sostenibilidad del sistema sanitario?

Responder a estas preguntas, y a muchas otras que aún no se han tratado, requerirá una combinación de la participación de la sociedad; asociaciones creativas entre el gobierno, las instituciones académicas, la sociedad y la industria; una investigación y un desarrollo interdisciplinario que se lleven a cabo de forma rigurosa; una importante aportación de los científicos y agentes sociales; innovación tecnológica con visión de futuro; movilización y gestión eficaces del conocimiento y una extraordinaria voluntad política. Ya hemos demostrado, al crear conjuntamente este libro accesible y en continua evolución en [www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases/](http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases/), que podemos trabajar superando las fronteras tradicionales y contribuir así a una agenda común ambiciosa. Ahora, debemos incrementar el nivel de nuestro compromiso para crear e implementar las potentes intervenciones que se necesitan para superar los retos aparentemente insuperables a los que nos enfrentamos, juntos.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

## Mesa de comunicaciones 13: Profesión / Gestión

### Concurrent session 13: Profession / Management

#### AUTORES/AUTHORS:

VIRGINIA GARCÍA BLANCO, SIMÓN CORDERO PEREDA, DESIRÉE APARICIO CARBALLEDA, CARMEN TERÁN SANTOS, MARIA JOSÉ PEREDA RIGUERA, JOSE AURELIO CORDERO GUEVARA, CARMEN MARQUINA VERDES

#### TÍTULO/TITLE:

CONDICIONES LABORALES Y CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE BURGOS

#### OBJETIVOS

Objetivo General: Conocer el consumo de los psicofármacos en el personal de enfermería del área de Burgos y su relación con las condiciones laborales.

Objetivos Específicos:

Conocer los factores sociodemográficos relacionados con el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería.

Comparar las diferencias del consumo de psicofármacos entre el personal de enfermería en atención primaria y especializada.

#### MÉTODO

Diseño: Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal, durante el año 2009, en el área de salud de Burgos. Se distribuyó un cuestionario ad hoc anónimo a todo el personal de enfermería de atención primaria (AP) y del Hospital General Yagüe (HGY) de Burgos (AE). Los participantes aceptaron responder de forma voluntaria, libre y anónima. El envío de la encuesta se realizó a través de las responsables de enfermería de AP y las supervisoras de los diferentes servicios del HGY y se recogieron a través de la Gerencia de AP y de la dirección de HGY. Se envió una sola vez y se realizaron recordatorios telefónicos a las responsables/supervisoras para incrementar la tasa de respuesta.

Se realizó un pilotaje del cuestionario a 30 profesionales de enfermería -15 de AP y 15 de AE- reelaborándose los ítems a partir de las sugerencias recogidas en dicho pilotaje.

Variables estudiadas: Demográficas, personales y profesionales, edad, sexo, número de hijos, número de convivientes a su cuidado, consumo de fármacos, bajas en el año 2009, años de ejercicio, puesto de trabajo y nivel de asistencia (AE o AP). Al personal de enfermería de AP se les preguntó si desarrollaban su actividad en un centro rural o urbano y si realizaban guardias. En el caso de AE se recogieron datos del servicio en el que se encuentra así como la turnicidad.

Análisis: Análisis descriptivo para cada una de las variables estudiadas (distribución de frecuencias para las variables cualitativas y media y desviaciones estándar para las variables cuantitativas). Para establecer la comparación entre los dos niveles de asistencia, AP y AE, se aplicó la T de Student para las variables cuantitativas y la Chi Cuadrado para las cualitativas. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ . El análisis del estudio se efectuó mediante el paquete estadístico SPSS 14.0.

En el trabajo se respetaron las consideraciones éticas referentes a la confidencialidad de datos y fue financiado por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

#### RESULTADOS

La tasa global de respuesta fue del 70,8% (77,3% en AP y 67,7% en AE). La edad media global fue de 43,5 años (Desviación Estándar:  $\pm 10,2$ ): 44,8 AP y 42,7 AE, con claro predominio femenino, 95,4% (92,1% AP y 97,2% AE). El 86,2% refiere tener dos o más hijos y el 17,5% tiene uno o más convivientes a su cuidado. El 59% tiene una plaza fija y sólo un 6,6% refiere tener otro trabajo. El 20,3 % estuvo de baja en el año 2009.

De los profesionales de enfermería que estuvieron de baja, el 21,9% consumieron psicofármacos, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,002$ ) respecto a las profesionales que no tuvieron ninguna baja laboral en el año.

El 14% (IC: 11,4 -16,5) de la totalidad del personal estudiado reconoce consumir algún tipo de psicofármaco: el 15,8% en AE frente al 10,6% en AP ( $p = 0,057$ ). El 7,1% (IC 95%: 5,2% -9,0%) refiere consumir antidepresivos, de los cuales el 38,7% eran autoadministrados; el 10,5% consumía ansiolíticos (IC: 8,2% - 12,8%), el 56,7% autoadministrados; el 60,1% (IC: 54,4% - 63,6%) consumía analgésicos, el 89,8% autoadministrados y el 36,9% (IC: 33,4% - 40,5%) consumía antiinflamatorios, el 78,8% autoadministrados. El 7,2% tomaba inductores del sueño. El consumo de medicamentos más elevado se obtuvo entre las profesionales de enfermería cuyas edades se encontraban entre 35 y 54 años. No se observaron diferencias significativas en el consumo de fármacos entre hombres y mujeres. La variable que refleja mayores diferencias estadísticamente significativas en el consumo de fármacos fue el nivel de asistencia, así el personal sanitario de AE consume más fármacos analgésicos (AE: 63,1-AP:

54,4), antidepresivos (AE: 8,2 -AP: 5,1), ansiolíticos (AE: 12,2 -AP: 7,1) y antiinflamatorios (AE: 38,8-AP: 33,3), que el personal de AP. No se observaron diferencias significativas entre los dos niveles de asistencia, en el consumo de antidiabéticos, antihipertensivos, diuréticos, anticoagulantes, anticonceptivos ni otros fármacos.

Con relación al esfuerzo físico (ef) y mental (em), se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo (pef 0,01 y pem 0,036) y al nivel de asistencia (pef <0,001 y pem <0,001); las mujeres refirieron mayor esfuerzo físico y mental y mayor insatisfacción laboral que los hombres y las profesionales de AE señalaron, mayor esfuerzo físico y mental, peor salud física y mental y menor satisfacción laboral. Así, el 40,5% en AE refiere soportar un esfuerzo físico intenso frente al 14% en AP, y un esfuerzo mental intenso de un 74,8% frente a un 46,8% en AP.

El personal de enfermería que declaraba tener un esfuerzo mental intenso o muy intenso consumían ansiolíticos con más frecuencia (11,5%) respecto al que declaraba un esfuerzo mental normal o bajo (9%) (p 0,008) y también consumían más antiinflamatorios, un 41,3%, frente al 30,6%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p 0,017). Respecto al bienestar mental se encontraron diferencias en el consumo de psicofármacos entre las que declaraban un bienestar mental muy negativo donde consumieron un 16,8% psicofármacos frente al 11,2% que declaraban tener un bienestar mental positivo o muy positivo, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p 0,033).

El personal de enfermería cuya percepción de la salud física era negativa o muy negativa; el 61,2% tomaba analgésicos y el 39,8% tomaba antiinflamatorios. En cuanto al consumo de psicofármacos no se encontraron diferencias significativas, entre el personal de enfermería que declaró tener una peor salud física que consumió un 15,4% psicofármacos frente al 9,9% de las que declararon tener una salud física positiva.

En AE consumen más psicofármacos el personal que realiza pool (30%) frente al personal de enfermería de los demás servicios; hospitalización, servicios especiales y consultas externas (15%). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la turnicidad en AE, ni en AP respecto al medio de trabajo (urbano-rural) o, si realizan o no, guardias.

## DISCUSIÓN

El gasto sanitario farmacéutico en España se ha incrementado de forma continuada (un 30% del año 2004 al 2007), colocándole como uno de los países de mayor crecimiento en gasto farmacéutico de la Unión Europea (2). El mayor consumo de fármacos se encuentra en mujeres, asociado a jornadas dobles, cargas familiares, mantenimiento de hogares monoparentales, situaciones laborales estresantes, enfermedades crónicas, junto con una peor percepción de la salud, resolviéndose en la mayoría de los casos farmacológicamente (6,7). Esto se ve reflejado en un estudio realizado en un hospital de Madrid, donde se encontró que las mujeres sanitarias son las más afectadas del síndrome de Burnout, debido a los factores expresados anteriormente, por tanto puede ser una de las causas del incremento en el consumo de psicofármacos (13).

En nuestro trabajo se encontraron resultados coincidentes, al ser el personal de enfermería mayoritariamente femenino, manifestaron tener una peor percepción de su salud física y bienestar mental y refirieron tener que realizar un mayor esfuerzo físico y mental en su trabajo habitual, lo que en muchas ocasiones les lleva a un incremento del consumo de fármacos y entre ellos psicofármacos y otros, tales como antiinflamatorios y analgésicos.

No se observaron diferencias por sexo en el consumo de fármacos, probablemente a consecuencia del menor número de hombres de la muestra, al contrario de lo que se encuentra en la población general, donde el consumo de fármacos es superior en las mujeres (4,8,9,10,11). El consumo medio de psicofármacos encontrado fue similar al de la población general, pero menor que lo reportado en poblaciones de pacientes, probablemente debido a diferencias en las poblaciones estudiadas (3,7).

Los fármacos que más consumen los profesionales de enfermería son antiinflamatorios, analgésicos y psicofármacos, donde el patrón de consumo es diferente a la población general, según estudios de utilización de medicamentos por pacientes, basados en prescripciones y/o ventas (5). El consumo de analgésicos y antiinflamatorios del personal de enfermería, tanto prescritos como autoadministrados, es superior a la población general (1), reflejando un mayor cansancio y estrés laboral, de forma manifiesta en el personal de AE, coincidente con el trabajo de Virtanen et al, los cuales encontraron una asociación entre el consumo y la carga de

trabajo medida por el índice de ocupación (14).

El personal de enfermería se autoadministraba de forma habitual analgésicos y antiinflamatorios y en menor medida psicofármacos. El cansancio y el entorno laboral pueden influir en la facilidad para el acceso a los medicamentos y por tanto, ser una de las causas de la automedicación en este colectivo.

A pesar de que no se encontraron diferencias respecto a la turnicidad, ni servicios, el personal de enfermería de AE refirió un mayor esfuerzo físico y mental y una menor satisfacción laboral unida a un mayor consumo de antiinflamatorios, analgésicos y psicofármacos, reflejando un mayor cansancio laboral.

Observamos un consumo de ansiolíticos coincidente con el porcentaje de pacientes que consultan en AP por estrés ocupacional (12), lo que indica una carga laboral sobre todo en el personal de AE.

En conclusión, este estudio constata el elevado consumo de fármacos y psicofármacos entre el personal de enfermería, especialmente de forma autoadministrada, relacionado con su insatisfacción y cansancio laboral y personal.

Deberían diseñarse medidas destinadas a este colectivo en relación a sus condiciones laborales, estimulando su tarea diaria, disminuyendo en lo posible sus cargas de trabajo para mejorar su percepción de la salud física y potenciando su bienestar mental.

#### AGRADECIMIENTOS

Agradecemos su apoyo a las direcciones de enfermería de Atención Primaria y Atención Especializada del Área de Burgos del Sacyl, las enfermeras que colaboraron en el pilotaje y Eliecer Blanco Prieto. El estudio ha sido financiado por la Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León. Expediente GRS/430/B/09

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Eggen AE. Pattern of drug use in a general population-prevalence and predicting factors: the Troms#966; Study. Int J Epidemiol 1994;23:1262-72.
- 2.MSC. Datos de consumo farmacéutico. <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>.
- 3.Carrasco P, Astasio P, Ortega P, Jimenez R. y Gil A. Factores asociados al consumo de fármacos psicotropos en la población adulta española. Med. Clinica 2001;116:324-329.
- 4.Girona-Brumós L, Ribera-Montaña R, Juárez-Gimenez JC, Lalueza-Broto MP. Luces y sombras de la prestación farmacéutica en España: a propósito de antidepresivos y antipsicóticos. Gac Sanit.2006;20:143-53.
- 5.Arroyo MP. Prescripción versus dispensación libre en una zona básica de salud. Farm Clin 1991;8:812-22.
- 6.Palomo L, Ortún V, Benavides F, Marquez- Clderón S. La salud pública frente a los efectos secundarios del progreso. Gac Sanit 2006;20(supl 1):209-21
- 7.Encuesta Nacional de Salud. Año 2006 <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- 8.Álvarez A., Vazquez V, Carretero A, de Teresa G, Alonso del Teso F, González de las Heras R. Consumo habitual de fármacos en tratamietnos prolongados en la provincia de Valladolid. Centro de Salud Junio 2001:382-386.
- 9.Sans S, Paluzie G, Puig T, Bálaña L. Balaguer-Vintró I. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. Gac Sanit 2002;16.Abril.
- 10.Gil E, Romo N, Poo M, Meneses C. Markez I, Vega A. Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. Aten Primaria;35(8):402-7.
- 12.Torres J. Influencia del estrés ocupacional como factor precipitador de los trastornos que cursan con ansiedad y depresión en el medio laboral. S.E.S.L.A.P. 2004.Vol.1,nº 10.
- 11.Secades R, Rodríguez E, Valderrey J, Fernández J, Vallejo G; Jiménez J. El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención primaria en el Principado de Asturias. Psicothema 2003.Vol.15,nº4:650-655.
- 13.Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, calle ME y Domínguez V. Síndrome de Burnout en le personal de enfermería de

un Hospital de Madrid. Rev. Esp. Salud Pública 2004;78:505-516

14. Virtanen M, Pentti J, Vanhera J, Ferri J, Stansfeld S et al. Overcrowding in Hospital Wards as a Predictor of antidepressant treatment among Hospital staff. Am J Psychiatry 165:11, November 2008

Versión Provisional - Preliminary version

**AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>a</sup> Angeles Mateo Albaladejo, Antonia Mellado Martínez, Juan José Rodríguez Mondéjar, Javier Iniesta Sánchez, M<sup>a</sup> Teresa Rabadán Anta, Manuel Ballesta Bernal, Máximo Culiáñez Alenda, M<sup>a</sup> Luisa Ruano Rios, Baldomero De Maya Sánchez

**TÍTULO/TITLE:**

MOTIVACIÓN DE LA ENFERMERÍA PARA TRABAJAR EN EL TURNO DE NOCHES FIJAS EN UN HOSPITAL GENERAL

**INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS**

Este proyecto ha surgido ante la inquietud de conocer la motivación que tiene la enfermera trabajadora, de un turno de noches fijas para desarrollar su labor en dicho horario. Según Campiglio: "El control abstracto sobre la fuerza de trabajo aparece en realidad como un control concreto sobre la vida y la salud del trabajador" (1).

El tiempo de trabajo tiene una repercusión directa sobre la vida diaria. El número de horas trabajadas y su distribución pueden afectar no solo a la calidad de vida en el trabajo, sino, a la vida extralaboral, en la medida en que la distribución del tiempo libre es utilizable para el esparcimiento de la vida familiar y la vida social, es un elemento que determina el bienestar de los trabajadores. Dadas las características humanas, la actividad laboral debería desarrollarse durante el día, a fin de lograr una coincidencia entre la actividad laboral y la actividad fisiológica.

El trabajo nocturno se realiza por distintas razones: económicas, motivos sociales, situación familiar,... Sin embargo desde el punto de vista de salud laboral, este debe organizarse teniendo en cuenta que se han de prevenir sus implicaciones sobre la salud de los trabajadores, tanto a nivel físico, psicológico, como de interacción social.

En los últimos años ha habido una creciente preocupación por las repercusiones del trabajo a turnos, especialmente el nocturno, que puede tener sobre la salud de los trabajadores.

Pueden haber diversos motivos, como que:

- El concepto de salud basado en la definición de la OMS, y aceptado actualmente, no considera la salud como la ausencia de daño o enfermedad sino como el bienestar físico, psíquico y social.
- La evolución de los horarios de trabajo; se ha aumentado la tendencia a horarios irregulares, produciéndose un incremento en la duración de la jornada laboral y la distribución de horas trabajadas.
- La ley de prevención de riesgos laborales (LPRL): La aprobación de esta en 1995 pasó a formar parte de la evolución de la "cultura" de la prevención. Facilita el marco legal donde debe planificarse y gestionarse la prevención de riesgos en la empresa, teniendo competencias en la protección de los trabajadores(2).

Queremos destacar la aportación de esta ley en cuanto a las definiciones de daños relacionados con el trabajo:

- Riesgo laboral: posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo.
- Daño derivado del trabajo: enfermedades, patologías o lesiones sufridas por motivo o condiciones de trabajo.
- Condición de trabajo: cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia en la generación de un riesgo.

A la luz de estas definiciones, resulta evidente que el trabajo de noche puede considerarse un factor de riesgo ya que puede producir alteraciones físicas, pudiendo tener repercusiones negativas en el equilibrio familiar y social.

Otro factor que se debe tener en cuenta es que la evolución de la población trabajadora tiende al envejecimiento. En este sentido la "intensificación" horaria aumenta la penosidad de una población que envejece (3).

Según Cazamian P.: "Cada quince años de trabajo nocturno se produce un envejecimiento de unos cinco años, y un tercio de la gente que lo realiza padece fatiga, neurosis ulceras y alteraciones cardíacas" (4).

La biología humana esta específicamente orientada a la vigilia durante el DIA y al sueño durante la NOCHE. Por consiguiente todo horario que obligue al trabajador estar despierto hasta muy entrada la noche o durante toda ella, debido a su jornada laboral o a un sistema de turnos, trastornará su reloj biológico (5,6).

Existen mecanismos internos (el denominado reloj biológico) que controlan la fisiología y la bioquímica del organismo para ajustarlo al ciclo de veinticuatro horas. Estos ciclos se denominan ritmos circadianos. La perturbación de las variaciones circadianas del funcionamiento fisiológico producido por la necesidad de permanecer despiertos y trabajando en horas biológicamente anómalas, y de dormir durante el día, es uno de los rasgos estresantes del trabajo por turnos.

Se evidencian dos importantes dimensiones de la personalidad que parecen ser las variables que están asociadas a los ritmos circadianos, la inclinación "matutina" o "vespertina" y la introversión o extroversión(7). La inclinación "matutina" o "vespertina" se puede establecer mediante cuestionarios o midiendo la temperatura corporal(8,9,10,11) En numerosas investigaciones realizadas mediante cuestionarios se ha establecido que los efectos adversos del trabajo por turnos y nocturno se incrementan con la edad y que el grupo crítico de edad es, en promedio, el comprendido entre los 40 y los 50 años(12,13,14). Con los años, resulta cada vez más difícil dormir durante el día. Asimismo, existen indicios de que la adaptación de los ritmos circadianos a las exigencias del trabajo por turnos y nocturno es más lenta en los trabajadores de edad madura que en los más jóvenes(15,16).

Los ritmos biológicos del organismo humano siguen unas repeticiones cíclicas y regulares. Estos ritmos suelen clasificarse en ultradianos, si son superiores a veinticuatro horas; circadianos o nictamerales si siguen un ritmo de veinticuatro horas, o infradianos, si su ciclo es inferior a veinticuatro horas.

El objetivo general del estudio se centra en: Investigar lo que incentiva a los profesionales de enfermería para elegir una jornada laboral nocturna (fija) en uno de los turnos del Hospital General Universitario.

Otros objetivos específicos son:

- 1º.- Analizar la edad, el género y los años de experiencia profesional del sujeto de estudio.
- 2º.- Elaborar el perfil del trabajador nocturno.
- 3º.- Identificar los factores que influyen o forman la motivación.

## MÉTODOS

Se realiza un estudio cuantitativo descriptivo, observacional, prospectivo, y transversal, enmarcado en el Hospital General Universitario (HGU). Se escoge la población de Enfermeras del HGUI Reina Sofía de Murcia que trabajan en el turno de noches fijas. Se solicita una relación en la dirección de enfermería de dicho centro, de los profesionales que están en los dos turnos fijos de noches (noches A y noches B) que trabajan a días alternos y con 3 libranzas mensuales.

Como criterios de inclusión se han determinado:

- Que sean enfermeras del centro donde se realiza el estudio, Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.
- Que sean trabajadoras de alguno de los turnos de noches fijas existentes en el centro distintos turnos de noches fijas. Se hablará e informará a los supervisores de noches

No es necesario realizar el número de muestra válida en base a que el estudio sea fiable y válido porque la muestra ha sido igual al universo poblacional.

Muestreo no probabilístico, y de criterio, establecido en el método.

Se realiza acercándonos a cada servicio o unidad en el tiempo de desarrollo de su turno de trabajo y se les explica en grupo o individualmente los objetivos de este estudio de investigación y se solicita su participación sincera en el mismo.

Se les entrega el cuestionario validado y modificado con respecto al usado por Juárez Ruiz, JL (17) para su cumplimentación y se vuelve para su recogida y aclaración de dudas que hayan surgido en el desarrollo del mismo, antes de la terminación del turno. En



todo caso si no ha sido posible realizarlo se lo entregarán al supervisor/a de noches respectivo en un plazo no superior a 15 días. Se han medido un total de 40 variables, 8 con datos sociodemográficos, dos abiertas sobre otros estudios y sobre los aspectos estimulantes de su trabajo, 1 con respuesta multiple sobre motivaciones, 29 con respuesta tipo likert con 5 alternativas (2 positivas, 1 neutra y 2 negativas).

El tipo de estadística que se va a utilizar para el plan de análisis es descriptiva, y el tratamiento de datos se realiza mediante el programa para PC SPSS v.14 en castellano. Se realizará cálculo de medias, moda, mediana, desviación estándar, y máximo y mínimo. Y para las cualitativas frecuencias y porcentajes.

#### RESULTADOS

Población 45 enfermeras (100%), noches fijas A con 49% y de la B con 51%, edad media 37 años DE 37'2 (23-57), nº hijos 1,2 DE 1,24 (0-4), personas dependientes de ellos 2,33 DE 1,5 (0-5), antigüedad profesional: 12,24 años DE 8,70 (1-37), antigüedad en turno de noches fijas: 91 meses DE 99,7(1- 312). El 56,8% menor de 36 años, 31,7 entre 37-50 años y 50-57 11,4. Mujeres un 62'2%. Tienen otros estudios un 42,9%. Viven en pareja 62,2%. Motivación mas destacada es el tiempo libre con un 32,5%. Conciliación de vida familiar 30%. Salario un 10%. Preferencia de horario 29,5% y otra actividad laboral 23,3%. El 29,5% afirman que el sueldo es mayor que en otros horarios. Creen que falta personal en el turno de noches 37,8%. La relación con sus superiores es cordial 68,9%. No es mas cansada la jornada de noches que la de mañana o tarde 33%. Tienen más tiempo para: asistir actividades deportivas 66%, para formación 63%, para dedicar a la pareja y familia 53,5%, para los amigos 58%.

#### DISCUSIÓN.

Las conclusiones que se derivan de este trabajo son que les preocupan los problemas biopsicosociales que pueden acarrear este turno, pero les compensa por el tiempo libre del que disponen, y la conciliación familiar. El perfil del profesional corresponde a mujer de 37 años, que vive en pareja, con un hijo, dependiendo de ellos 2-3 miembros familiares, una antigüedad profesional de 12,24 años, y en turno de noches fijas de 91 meses (7,5 años). La mayoría se encuentra satisfecho/a con su trabajo y su turno. Para aplicar a la práctica clínica decir que es un grupo profesional muy importante para el funcionamiento del hospital, ya que cubren una media de 10 horas diarias sobre 24 totales, es un equipo bastante consolidado, y con sentimiento de pertenencia, lo cual nos hace recapacitar y vehicular esta energía positiva para obtener mejor calidad de los cuidados y de la asistencia en vez de intentar romper y suprimir estos turnos, que ha sido en algún caso la dinámica prevista.

#### CONCLUSIONES

Los profesionales que trabajan de noches fijas como enfermeras tienen como motivación principal la conciliación de la vida familiar. El aspecto más valorado en sus distintas dimensiones es el tiempo libre que tienen para dedicar a pareja, familia, amigos, actividades sociales y culturales, a formación, así como a sí mismos.

El perfil del profesional responde a mujer (aunque proporcionalmente hay más varones que en otros turnos), de 36 años de edad, vive en pareja, con un hijo, dependiendo de ellos 2,3 miembros familiares (incluyéndose ellos), una antigüedad profesional de 10,5 años, y en turno de noches 76 meses. Se muestran satisfechos con su trabajo y su turno, y tiene buenas relaciones con su inmediato superior.

Repercusiones para la práctica clínica. Si bien los turnos de noches fijas han ido disminuyendo y/o desapareciendo de los centros hospitalarios con motivo de la prevención de riesgos laborales y la prevención y protección a los trabajadores, todavía quedan algunos servicios y centros que se mantienen por motivos históricos y por derechos consolidados de los profesionales que desean continuar con este turno estable. Con este estudio se observa que la motivación es clara y no perjudica el buen funcionamiento de los servicios, fundamentándolos en que son profesionales que se sienten motivados y defienden su estabilidad en este turno, y si analizamos las dos motivaciones fundamentales son la conciliación con la vida familiar y mayor tiempo libre para las actividades formativas, sociales, culturales, etc., según han podido manifestar ellos mismos a través de los cuestionarios autocumplimentados.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Campiglio L. El Costo de la Vida. Il Mulino Bologna, rev. 176. 1996.
2. Ley de Prevención de Riesgos Laborales. BOE N° 269, 10 de Noviembre de 1995. Pag. 32590 - 32611.  
<http://www.boe.es/boe/dias/1995/11/10/pdfs/A32590-32611.pdf>
3. Nogareda C. Reunión "Trabajo y Sueño". Ponencia, Barcelona. 2002.  
[http://neurologiadeltrabajo.sen.es/reunion2002\\_nt\\_cn.htm](http://neurologiadeltrabajo.sen.es/reunion2002_nt_cn.htm)  
[http://neurologiadeltrabajo.sen.es/reunion2002\\_nt\\_cn.htm](http://neurologiadeltrabajo.sen.es/reunion2002_nt_cn.htm)
4. Cazamian P. Trabajo a Turnos . Conferencia Mundial sobre estrés en el trabajo. Publicación de la Organización Internacional del Trabajo. Ginebra. 1977. (original: P. Cazamian, Night Work – Its effects on the health and welfare of the worker, 1977, pág. 1).
5. Monk TH.. Como hacer turnos de trabajo seguros y productivos. American Society of Safety Engineers. 1988 6. Folkar S. Ritmos circadianos de rendimiento: algunas implicaciones prácticas y teóricas. Trans Real Society. Londres 1992; 327: 543-553.
7. Kerkhof A. Las diferencias individuales en el sistema circadiano humano. Revisión biológica. Psychol. 1985; 20: 83-112.
8. Home y Ostberg. Adaptación al trabajo nocturno. Cuestionario. Chronobiología. 1976.
9. Folkar y Cols. Horas de Trabajo. Cuestionario. Chronobiología. 1979.
10. Torsvall, L., & Åkerstedt, T. A diurnal type scale. Scandinavian Journal of Work and Environmental Health 1980. 6: 283-290.
11. Moog, R. Morning-evening types and shiftwork: A questionnaire study. In A. Reinberg, N. Vieux, & P. Andlauer (Eds.), Night and shiftwork: Biological and social aspects (pp. 481-488). Oxford, UK: Pergamon (1981).
12. Foret y Cols. Calidad del sueño relacionado con la edad y el trabajo. Londres 1981.
13. Koller M. Los riesgos para la salud en relación con los turnos. Archivo internacional ocupacional y ambiental 1983, 53:59-75.
14. Åkerstedt T, Torsvall L. "Shift work: shift dependent wellbeing and individual differences". Ergonomics 1981, 24:265-73.
15. Härmä y Cols. La relación de la edad y la adaptación a los ritmos circadianos, temperatura oral y somnolencia al trabajo por turnos. Chronobiología. 1990,7: 227-233.
16. Matsumoto K. y Morita S. Efectos de la noche-tiempo, siesta y la edad en los patrones del sueño. Cronobiología 1987,10:580-589.
17. Juárez Ruiz, JL. Estudio de la motivación y satisfacción en los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería, en el Hospital Comarcal de Úbeda "San Juan de la Cruz" Biblioteca Lascasas, 2007; 3(1). Disponible en  
<Http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0216.php>

## Mesa de comunicaciones 14: Práctica Clínica

### Concurrent session 14: Clinical practice

#### AUTORES/AUTHORS:

Ignacio Redondo García, Manuel Sánchez Anaya, M<sup>a</sup> José De Ancos Carrillo, Josefa Mercedes Lalanda Campaya, Inés González Castaño, Antonio Martín Cabezas, Gemma Alejandre Lázaro

#### TÍTULO/TITLE:

LA VIDA NO ES SUEÑO EN EL HOSPITAL: LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CORTA ESTANCIA ALTERAN EL SUEÑO DE LOS PACIENTES

**OBJETIVOS:** Valorar la influencia de los factores biopsicosociales y la información recibida sobre el procedimiento quirúrgico en la calidad del sueño de los pacientes mayores de 18 años sometidos a una cirugía de corta estancia (5 días de ingreso o menos).

**MÉTODOS:** estudio descriptivo y transversal. Pacientes mayores de 18 años sometidos a cirugía de corta estancia programada en el Hospital Provincial de Toledo. Criterios de exclusión: trastornos del sueño o neurológicos previos, tratamiento con fármacos psiquiátricos o antiepilépticos. Muestreo no probabilístico por reclutamiento. Los datos se obtuvieron previa información al paciente de las características del estudio para su consentimiento.

Las variables estudiadas fueron sociodemográficas (edad, sexo, estudios, estado civil, dormir sólo o en compañía), clínicas (diagnóstico, tipo de cirugía, anestesia, hábitos tóxicos), cuestionarios STAI de ansiedad estado/rasgo, cuestionario Atenas de insomnio, preguntas sobre percepciones/sentimientos del paciente (¿tras la cirugía su estado de salud va a ser?, ¿miedo a cirugía?, ¿miedo a anestesia?, ¿su estancia en el hospital va a condicionar la vida de su familia?, ¿ha leído y entendido el consentimiento informado?, si ha tenido dudas ¿se las han aclarado?, valorar información recibida sobre: enfermedad, cirugía, anestesia; ¿a que achaca el insomnio durante ingreso?). Los datos se recogieron el día del ingreso y el día de alta.

**RESULTADOS:** la muestra final fue de 285 pacientes, de los cuales eran mujeres el 54,2%. Tenían estudios primarios el 50,5%, y secundarios 24,9%. Estaban casados el 75,3%. Tuvieron un resultado patológico en el cuestionario Atenas durante el ingreso el 57,1% (DE 2,9) y en el domicilio el 32,3% (DE 2,7) ( $\chi^2=11,2$ ;  $p=0,001$ ). El 61,8% de los insomnes durante ingreso fueron mujeres ( $\chi^2=5,68$ ;  $p=0,019$ ). Las causas de insomnio expresadas por los participantes fueron: dolor 46,8%, ambientales 31,5%, ansiedad por cirugía 4,5%, clínica distinta al dolor 6,3%, ambientales y patología 10,8%. La Escala Visual Analógica (EVA) del dolor durante el ingreso tuvo un valor medio de  $4,7\pm 2,7$ . Apareciendo diferencias significativas ( $t=-5,49$   $p<0,0001$ ) entre insomnes ( $5,6\pm 2,6$ ) y no insomnes ( $3,9\pm 2,5$ ). El nivel de ansiedad era más elevado en los enfermos con alteración del sueño (STAI estado);  $22,3\pm 8,5$  vs  $15,3\pm 10,3$  ( $t=-2,68$ ;  $p<0,0001$ ). Aunque los niveles basales de ansiedad en la mujer son más elevados (STAI Rasgo:  $21,7\pm 10,6$  vs  $17,4\pm 8,7$ ;  $t=-3,68$   $p<0,0001$  y STAI Estado en domicilio  $22,6\pm 8,9$  vs  $18,8\pm 10,2$ ;  $t=-3,29$   $p=0,001$ ) tienden a igualarse durante el ingreso a expensas de una reducción en las mujeres: STAI Estado ingreso  $19,7\pm 9,4$  vs  $18\pm 10,1$ ;  $t=-1,41$   $p=0,16$ . El resto de variables no mostraron en el análisis estadístico ninguna relación con las alteraciones del sueño.

**DISCUSIÓN:** constatamos que los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, incluso los de corta estancia, tienen alteraciones en el sueño nocturno durante su ingreso. Sin embargo, nuestra frecuencia, un 57%, se encuentra en una zona intermedia respecto a los datos encontrados en la literatura (30-77%). Es posible que este hecho sea debido a que estos trabajos se realizaron incluyendo procedimientos más agresivos y que conllevan una mayor estancia hospitalaria.

La causa subjetiva de insomnio más referida ha sido el dolor, a pesar de que todos los pacientes tenían analgesia pautada en su historia clínica. Sólo otro factor se ha asociado al insomnio: el sexo, concretamente ser mujer. En este caso, y a la vista de los resultados en el cuestionario STAI, podemos plantearnos la hipótesis de una relación entre los diferentes niveles de ansiedad de hombres y mujeres.

También es destacable que la primera causa de insomnio no sean los factores ambientales como referencian otros investigadores. Creemos que esto puede estar causado por las condiciones estructurales de nuestro hospital. Se trata de un edificio pequeño, con 110 camas repartidas en 2 plantas, fuera de la zona urbana, con accesos en transporte público limitados (una línea de autobuses), rodeado de jardines a los que asoman terrazas para los pacientes y familiares en cada una de las alas que constituyen cada planta. Además los profesionales sanitarios formamos un grupo humano consolidado y muy identificado con la organización generando un ambiente de trabajo agradable y familiar. Estas características hacen que los factores ambientales (ruidos, visitas, luz, sensación de espacio reducido,...) sean muy distintas a la media de los hospitales.

Nuestros resultados invitan a preguntarnos cómo estamos pautando y administrando la analgesia a nuestros pacientes durante los

ingresos hospitalarios quirúrgicos. Es necesario estudiar donde fallamos y tomar medidas correctoras a corto plazo. Los datos de nuestra investigación muestran como un dolor leve/moderado ya está influyendo negativamente en la recuperación de los pacientes, aunque sólo sea porque les impide un correcto descanso nocturno.

Por otro lado, creemos necesario emprender estudios sobre si valorar el nivel de ansiedad antes de un ingreso y actuar en consecuencia, podría mejorar la calidad de vida de los pacientes durante su ingreso hospitalario.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

#### BIBLIOGRAFIA

1. Humphries JD. Sleep disruption in hospitalized adults. *Medsurg Nurs*. 2008 Dec;17(6):391-5.
2. Missildine K. Sleep and the sleep environment of older adults in acute care settings. . *J Gerontol Nurs*. 2008 Jun;34(6):15-21.
3. Lane T, East LA. Sleep disruption experienced by surgical patients in an acute hospital. *Br J Nurs*. 2008 Jun 26-Jul 9;17(12):766-71.
4. Tranmer JE, Minard J, Fox LA, Rebelo L. The sleep experience of medical and surgical patients. *Clin Nurs Res*. 2003 May;12(2):159-73.
5. Pellatt GC. The nurse's role in promoting a good night's sleep for patients. *Br J Nurs*. 2007 May 24-Jun 13;16(10):602-5.
6. Vela A, Iceta M de, Fernández C. Prevalencia de los trastornos del sueño en la ciudad de Madrid. *Gaceta Sanitaria*. 1999, 13 (6): 441-448.
7. Cuevas C, Henry M, Gonzalez JI. El insomnio como queja subjetiva en la población general. *An Psiquiatría*. 1991, 7 (9): 372-376.
8. Ruiz, C. Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno de insomnio. *An psicol*. 2007; 23(1):109-117.
9. Solá ME, Escoda T, García N, López C, Martín E, Martínez M. ¿Cómo duermen nuestros pacientes?. *Metas de Enfermería*, 2006; 9(4):68-73.
10. Cotes J, Travel MC. El descanso de nuestros pacientes. ¿Se puede descansar en el hospital?. *Enf Global* 2002, 1:1-9.
11. Arblaster G, Carr S. Silent night?. *Nurs Times*. 2000 Oct 12-18;96(41):38-9.
12. Dogan O, Ertekin S, Dogan S. Sleep quality in hospitalized patients. *J Clin Nurs*. 2005 Jan;14(1):107-13.

**AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>ª</sup> PURIFICACIÓN DURÁN GARCÍA, M<sup>ª</sup> AURORA RODRÍGUEZ BORREGO, INMACULADA RAMÍREZ JIMÉNEZ, MARÍA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, JOAQUÍN ALFAYA TIERNO

**TÍTULO/TITLE:**

MANEJO DEL INHALADOR DE POLVO SECO Y CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

El inhalador es un dispositivo que se utiliza frecuentemente para la administración de fármacos en pacientes con patología respiratoria (1), por lo tanto, un inadecuado manejo del inhalador, así como un incumplimiento del tratamiento, contribuye a un aumento de las recaídas. En nuestro estudio pretendemos determinar, en pacientes mayores de 65 años, cómo utilizan el dispositivo del inhalador de polvo seco y cuál es el cumplimiento del tratamiento con dicho inhalador.

**OBJETIVOS.**

- 1- Determinar la técnica del manejo del dispositivo del inhalador polvo seco.
- 2- Determinar el cumplimiento del tratamiento del uso del inhalador de polvo seco.

**MÉTODOS.**

- Diseño: descriptivo transversal.
- Población: pacientes mayores de 65 años con patología respiratoria, ingresados en la Unidad de Gestión Clínica de la 8ª planta del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (España).
- Criterios de inclusión: superación del test de Pfeiffer (test de cribado de deterioro cognitivo) utilización del inhalador de polvo seco tipo accuhaler, handihaler o turbuhaler en el domicilio y en la Unidad, y consentimiento informado firmado.
- Criterios de exclusión: no superación del test de Pfeiffer, no utilización en el domicilio del inhalador y sí en la Unidad, utilización en el domicilio del inhalador y no en la Unidad, pacientes que se niegan y pacientes con enfermedad concomitante que pueda influir sobre su capacidad física o psíquica.
- Muestra: los sujetos participantes se obtuvieron por muestreo no probabilístico (muestreo consecutivo) seleccionando a los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión especificados en el protocolo del estudio, a medida que iban ingresando en la Unidad de hospitalización en el periodo comprendido de enero - abril de 2009 y de 2010.
- Variables dependientes: técnica errónea del manejo del dispositivo del inhalador e incumplimiento del tratamiento.
- Variables independientes: edad, sexo y tipo de dispositivo.
- Instrumento de recogida de datos: Recomendaciones de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, para evaluar la utilización del dispositivo (2) y test de Morisky-Green, para la evaluación del cumplimiento.
- Análisis de los datos: descriptivo, calculando los porcentajes para las variables cualitativas y media para la variable cuantitativa.
- Procedimiento de recogida de datos: a todo paciente que ingresó en la Unidad, que en el domicilio utilizase inhalador de polvo seco, que en la Unidad se le pautase un inhalador de polvo seco y que superara el tes de Pfeiffer, previa firma del consentimiento informado, se determinó el manejo del inhalador y su cumplimiento de la siguiente forma:  
Mediante demostración práctica por parte del paciente se determinó el manejo del dispositivo de polvo seco, considerándose como técnica incorrecta cuando al menos hubo un NO en algún punto referente a dicha técnica.  
Mediante entrevista, se aplicó el test de Morisky-Green cuyas preguntas son: ¿Olvidó alguna vez tomar el medicamento para el problema de salud? ¿Toma los medicamentos a la hora indicada? Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación? Si alguna vez le sienta mal ¿Deja usted de tomarla? Se consideró incumplimiento del tratamiento cuando no se respondió correctamente a las cuatro preguntas, es decir, cuando no se respondió a la secuencia NO, SÍ, NO, NO.

**RESULTADOS.**

Los pacientes contactados fueron 48. De ellos, 3 se negaron a participar, 17 no superaron el test de Pfeiffer y 28 sí lo superaron. de

los que superaron el test, 10 utilizaron dos dispositivos; por lo que el número total de valoraciones fueron 38. En cuanto al tipo de dispositivo, el tipo accuhaler se observó en 10 ocasiones (26,31%), handihaler en 16 (42,10%) y turbuhaler en 12 (31, 57%). La edad media fue 76 años. En relación al sexo, 27 eran hombres y 1 mujer. El 82,14% (23) de los pacientes no manejaban bien el inhalador y los errores más frecuentes fueron no sacar el aire del pecho de forma lenta y profunda hasta el tope antes de la inhalación, que se detectó en el 100% de las valoraciones en las que no se utilizó correctamente el inhalador y el no mantener la respiración aproximadamente 10 segundos después de la inhalación que se dio en el 64,51% de las observaciones con errores, En el cumplimiento del tratamiento, el 35,71% (10) de los pacientes no cumplía el tratamiento correctamente, siendo el ítem "¿Olvidó alguna vez tomar la medicación?" el más frecuente, detectándose en el 100% de las respuestas incorrectas. Sólo el 10,71% (3) manejaba bien el inhalador y cumplía correctamente el tratamiento.

#### DISCUSIÓN.

En todos los casos del presente estudio en los que se han cometido errores en la utilización del dispositivo de polvo seco, se ha detectado el no expulsar adecuadamente el aire del pecho antes de la inhalación. Este error, junto con el no mantener la respiración tras la inhalación, coincide con los estudios consultados (3,4), como uno de los errores más frecuentes.

En cuanto al incumplimiento, el mayor porcentaje de error se le atribuye a olvidar tomar la medicación. Este resultado coincide con otros estudios, como es el caso del estudio RESPONSE (5).

Implicaciones para la práctica clínica: los resultados contribuyen a mejorar el uso del inhalador tanto en la técnica como en el cumplimiento del tratamiento, intensificando la educación en los puntos más susceptibles de errores y realizando reevaluación y refuerzo de los mismos.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Colmenarejo Hernando JC, Calle Cabada B. Manejo de inhaladores. Julio 2005 [Consultado el 23 de noviembre de 2008]. Disponible en: <http://www.semergen.es/semergen2/microsites/semergendoc/asma/inhaladores.pdf>
- 2- Giner J, Basualdo LV, Casan P, Hernández C, Macián V, Martínez I y Mengibar A. Utilización de fármacos inhalados. Arch Bronconeumol 2000; 36: 13-14
- 3- Flor Escriche X, Rodríguez Mas M, Gallego Álvarez L, Álvarez Luque I, Jouanteny Gorgals J, Fraga Martínez MM et al. ¿Siguen utilizando incorrectamente los inhaladores nuestros pacientes asmáticos? Aten Primaria. 2003; 32(5): 369-75.
- 4- Oca J, Ruiz MT, Cacicedo R, Gutiérrez I, Amparan M, Pérez E. Evaluación de la utilización de la administración de fármacos mediante la técnica de inhalación. Enferm Clin. 2004; 14(4): 187-93.
- 5- Un nuevo estudio señala que las personas con asma aceptan innecesariamente un control pobre de su enfermedad. [Consultado el 1 de septiembre de 2010]. Disponible en: [http://www.accesomedia.com/display\\_release.html?id=745](http://www.accesomedia.com/display_release.html?id=745)

**AUTORES/AUTHORS:**

María Rosa García Martín, Tomás Sebastian Viana, Fernando Núñez Crespo, Eva Velayos Rodríguez, Gema Martín Merino, José Miguel González Ruiz, Isabel Lema Lorenzo, Carmen Gloria Nogueira Quintas

**TÍTULO/TITLE:**

Utilidad de un listado de alertas de seguridad de pacientes en una historia clínica electrónica

**Objetivos**

- Conocer la percepción de los profesionales de la utilidad de un listado de alertas de los pacientes.
- Explorar la percepción de los profesionales sobre la HCE (Historia Clínica Electrónica)

**Método**

En el desarrollo del proyecto FIS PIO70873 se ha desarrollado un estudio descriptivo de corte transversal a través de encuesta para evaluar la percepción de los profesionales ante el uso de la HCE y la implantación de una herramienta de ayuda para la toma de decisiones que es un listado de alertas.

El estudio se ha realizado en el hospital Universitario de Fuenlabrada. Este es un hospital de nivel 2 con 406 instaladas y que en el año 2009 tuvo un promedio de 289,4 camas funcionantes de media y 15.592 altas hospitalarias. El hospital inicia la actividad asistencial en el año 2004 y se ha caracterizado desde su apertura en ser un hospital informatizado con una historia clínica y registros clínicos en formato electrónico

En el mes de enero de 2010 se ha implantado un listado de alertas en el que aparecen los pacientes ingresados, la fecha de ingreso, el riesgo de Ulceración, y las UPP, el riesgo de caídas, las vías venosas y fecha de colocación, la presencia de sondas y la fecha. Al inicio del turno de forma automática se genera listado en formato HTML, puede consultarse por pantalla o imprimirse y esta disponible en las unidades de hospitalización medicoquirúrgicas.

En el mes de mayo de 2010, se realizó una medición de la percepción de la utilidad de esta herramienta y de la HCE, para ello se utilizó un cuestionario anónimo autocumplimentado, que se paso a las enfermeras y a las auxiliares de las 6 unidades de hospitalización medico-quirúrgica del hospital, 162 profesionales en total . El cuestionario consta de 20 preguntas con escala de 0 a 10 para medir la percepción de los profesionales y las variables edad, sexo, años ejercicio, categoría y experiencia previa con HCE. Se realizó previamente una prueba piloto para medir la viabilidad y la fiabilidad interna del cuestionario, que obtuvo una alfa de Cronbach de 0,89 y un coeficiente de correlación intraclase por encima del 0,5 en la prueba test retest.

Los resultados se presentan con la media y desviación típica o con la mediana y rango intercuartílico, Se ha realizado análisis bivariados con el test U de Mann-Whitney para encontrar posibles relaciones entre las variables

Se han calculado, para las variables más importantes, los intervalos de confianza para niveles de confianza del 95% En todos los contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula con un error de tipo I o error  $\alpha$  menor a 0.05

**Resultados**

Se han recogido un total de 96 cuestionarios validos (52,3%). La edad media de las encuestadas ha sido de 34,3 años con una desviación estándar de 7,4 años, con una media de 11,1 años de ejercicio profesional y una desviación estándar de 5,9. La distribución por categorías ha sido: 63 enfermeras y 30 auxiliares con 3 profesionales sin identificar y en cuanto a los sexos hemos tenido 91 mujeres, 4 hombres y una profesional sin identificar.

Entre los datos más relevantes destacar que obtuvieron puntuaciones medias por encima de 7 preguntas como:

- "El tener HCE es una herramienta útil para mi trabajo diario", puntuación media (desviación estándar)=7,82(1,88)
- "La HCE contribuye a estandarizar la forma de trabajar en el hospital" con puntuación media de 7,5(1,74)
- "Trabajar con la HCE , permite mejorar la seguridad con la que atendemos a los pacientes" con puntuación media de 6,78 (1,86)
- "La HCE me permite identificar incidentes y efectos adversos" con puntuación media de 6,67, (1,8)

• Por otra parte destacar que la mediana de la pregunta “si pudiera volverías a trabajar con la historia en papel fue de 2 con un rango intercuartilico de (0; 4). Presentamos aquí la mediana porque esta pregunta tuvo mayor dispersión en la respuesta. En cuanto a la evaluación de la herramienta de alertas las puntuaciones medias han sido anodinas entre 5 y 6, no destacando ninguna respuesta ni sobre la facilidad de uso, facilidad de transmisión de información, ahorro de tiempo ayuda en la organización, etc. siendo la puntuación media más alta 6,41 (2,38) en la percepción de que es una carga adicional estar pendiente de las alertas. Al hacer un análisis diferenciado por categorías, las puntuaciones de las enfermeras son claramente más favorables, así se obtienen puntuaciones por encima de 7 en:

- “El tener HCE es una herramienta útil para mi trabajo diario”, con una puntuación media de las enfermeras de 8,49 (1,03), frente a una puntuación media de 5(2,6) de las auxiliares de enfermería
- “La HCE contribuye a estandarizar la forma de trabajar en el hospital.” Con una puntuación media de las enfermeras de 7,96 (1,6) frente a una puntuación media de 6(1,7) de las auxiliares de enfermería
- “En general, trabajar con la HCE es sencillo” Con una puntuación media de las enfermeras de 7,30 (1,44) frente a una puntuación media de 5,33(2,5) de las auxiliares de enfermería
- “La HCE me permite identificar incidentes y efectos adversos”, con una puntuación media de las enfermeras de 7,02 (1,7) frente a una puntuación media de 4,33(1,15) de las auxiliares de enfermería
- “Trabajar con la HCE, permite mejorar la seguridad con la que atendemos a los pacientes”, una puntuación media de las enfermeras de 7,32 (1,37). frente a una puntuación media de 5(2) de las auxiliares de enfermería

En cuanto al análisis bivariado no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por edad de los profesionales y años de ejercicio profesional. Si ha habido diferencias por categoría profesional puntuando de forma más alta hacia la HCE y la herramienta de alertas las enfermeras en las siguientes preguntas:

- “El tener una Historia Clínica Electrónica es una herramienta útil para mi trabajo diario”  $P < 0,001$
- “La HCE me permite identificar incidentes y efectos adversos”  $p = 0,016$
- “Trabajar con la HCE, permite mejorar la seguridad con la que atendemos a los pacientes”  $p = 0,002$
- “En general, trabajar con la HCE es sencillo”  $p = 0,001$
- “La HCE contribuye a estandarizar la forma de trabajar en el hospital”  $p < 0,001$
- “La HCE integra la información facilitando una atención ágil y eficiente”  $p = 0,022$

No ha habido diferencias entre los grupos en el caso de la percepción de la herramienta de alertas

#### Discusión

Los profesionales tienen buena percepción sobre la HCE, siendo mejor en las enfermeras que las auxiliares, destacando que los profesionales no desean volver a la historia en papel. En general esta percepción positiva coincide con la de otros estudios realizados (1-4).

Es de destacar que las auxiliares de enfermería han puntuado peor la percepción de utilidad de la HCE, dato en el que habrá que indagar dado que puede tener múltiples causas, que pueden ir desde la menor responsabilidad profesional, a tener menor manejo de la informática que las enfermeras, o a otras causas; siendo además un dato que coincide con el de otros estudios en los que han puntuado de forma más positiva las enfermeras, que las auxiliares de enfermería o los estudiantes (1)

En cuanto a la herramienta de alertas ha sido acogida con indiferencia, no existiendo una opinión clara ni positiva ni negativa hacia ella, posiblemente haya influido el escaso tiempo que lleva implantada la herramienta, aunque será necesario estudiarlo con más profundidad y evaluar si aspectos como la usabilidad del instrumento o el que sea un listado independiente de la HCE han podido influir en que sea visto por algunos profesionales como una sobrecarga más que una ayuda. De todas formas queda pendiente evaluar el impacto clínico de la utilización de esta herramienta en la disminución de los eventos adversos relacionados con las alertas que presenta esta herramienta, ya que hay estudios aunque poco claros que parecen indicar que el feed-back puede mejorar los resultados clínicos (5).



Como conclusión del estudio destacar que hay una percepción positiva hacia el uso de la HCE y que es considerada por las enfermeras como una herramienta que mejora la seguridad de los pacientes, útil en el trabajo diario y que favorece la estandarización de la práctica clínica

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY**

1. Burguete Ramos, M Dolores; Martínez Riera, José Ramón y Cebrián Doménech, Javier. Del BIC al BIT. Actitud de los profesionales de enfermería ante los ordenadores. Invest Educ Enferm.2004 22(2):86-101.
2. González Sánchez, José Ángel; Cosgaya García, Onofre; Simón García, María Jesús; Blesa Malpica, Antonio L Registros de enfermería: convencional frente a informatizado. Unidad de cuidados críticos Enferm Intensiva. 2004 15(2):53-62
3. Silva Ribeiro, Maria Andréia; Moraes López, Maria Helena Baena de. Medición de las actitudes de enfermeros y médicos acerca del uso de computadoras de la era del Internet Rev Latino-am Enfermagem –Bra. 2004. 12(2):228-23
4. Roig Buscató C, Erra Yuste N, Seguer Toirán A, Belda Díaz S, Juncosa Font S. Opinión de profesionales y pacientes sobre la introducción de la informática en la consulta. Aten Primaria. 2005;36:194-7
5. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Efectos de la auditoría y la retroalimentación (feedback) en la práctica profesional y las medidas de resultado de atención sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

**Sesión de Comunicaciones Orales Breves II****Session of Oral Brief Presentations II****AUTORES/AUTHORS:**

Daniel Marques Silva, Ernestina Batoca Silva, Ana Rita Rego, Andreia Albuquerque, Daniela Sofia Campos, Elsa Isabel Silva, Joana Sofia Coutinho, M<sup>a</sup> Inês Martins, Ana Elisabete Silva

**TÍTULO/TITLE:**

NURSING STUDENTS' POINT OF VIEW ABOUT THE FIRST CLINICAL TEACHING - BUILDING UP A SCALE

Clinical teaching, as the student's first moment of clinical practice contact, plays a significant role in his formation process. In this sense, the knowledge of the difficulties felt, of the opinion about the previous preparation, of training process, and evaluation, is important.

The main aim is to show the construction process and the inner validation of the scale: "Nursing Student's point of view about the first Clinical Teaching".

We made a questionnaire as the instrument to collect data that was applied to a sample of 247 students, at Health School of Viseu, that are taking up nursing graduation and have already finished the first clinical teaching, on medicine. Then we set out with the study of internal validity and reliability of the instrument that we build up. In this study, the point of view refers to a general opinion that the subject expresses towards clinical teaching on medicine, about supervision, evaluation, previous preparation and difficulties felt.

Based on our research, we built up a first questionnaire composed by 38 statements that described aspects we found most important in learning/teaching process, of clinical teaching. The questionnaire was built up, following Lickert's Type Model, where each item allows an answer variation between 1 and 5. There, 1 corresponds with the maximum disagreement and 5 with the maximum agreement. The questionnaire was subjected to a pilot test, in which participated a representative sample constituted by 15 students. To evaluate the psychometrical qualities, we made the following procedures: determination of Pearson's correlation; determination of Alpha Cronbach's quotient; determination of Split-Half correlation; Conclusive proof that the items are not vulnerable to gender differences.

After determinate a first Pearson's correlation and Alpha Cronbach's quotient, 3 items were removed and the scale was built up with 35 items with  $p=0.00$  values, for each item.

Afterwards, we determined Split-Half correlation and the Alfa obtained for the first half was 0,866 and the second half was 0.864. The quotient of Spearman-Brown indicates the expected consistence when we apply the instrument to other samples and the value obtained was 0.937. The values are high and they show a good inner consistence.

About the validity of items concerning vulnerability to gender differences, we applied Mann-Whitney test and verified that 10 items were vulnerable to gender differences ( $p<0.05$ ). For this reason, they were eliminated and we obtained a final scale based on 25 items.

We made the factor analysis, by rotation method, varimax type, with the aim of learning underlying dimensions, and independent between themselves. We obtained 6 factors with latent roots, up to 1. After the graphic observation concerning Scree Plot, we were leaded to force the rotation to 2 factors. Then, items were grouped into sub-scales which corresponded to the factors that obtained more saturation values: supervision/evaluation and preparation/difficulties. For the total scale, total variance explained has 37.636%. Even if is the first study in the building up of the scale, and consequently, it cannot embody a definitive instrument, we may accept that psychometrical results represent its beginning validation.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

ABREU, Wilson Correia (2003). Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde? Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-35-2.

ABREU, Wilson Correia (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico. Coimbra: Formasau, 295 p. ISBN 978-972-8485-87-0.

CARVALHAL, Rosa (2003). Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspectivas dos actores. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-40-1.

CARVALHO, António Luís (2004). Avaliação ds aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 972-771-757-8.

DIXE, Maria dos Anjos Coelho Rodrigues (2007). Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a orientação em parceria, enfermeiros orientadores e docentes dos ensinios clínicos. Enfermagem. II série. Nº 47/48 (Julho/ Dezembro 2007). Lisboa. ISSN 0871-0775.

FARIA, Sidónio (Julho 2007). Supervisão clínica na enfermagem no caminho da excelência dos cuidados. [em linha]. [consultado em 2 de Outubro 2009]. Disponível em <[http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com-content&do\\_pdf=1&id=2959](http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com-content&do_pdf=1&id=2959)>.

PAULINO, Manuel do Nascimento Silva (2007). Vivências e percepções do estágio nos estudantes de enfermagem. Rev. Investigação em Enfermagem. Coimbra: Sinais Vitais. nº 16(2007), p. 24-31

SIMÕES, João Filipe Fernandes Lindo et al. (2006). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: três olhares cruzados. Revista Investigação em Enfermagem. Nº 14 (Agosto 2006). Coimbra. ISSN 0874-7695.

**AUTORES/AUTHORS:**

RESMIYE OZDILEK, FATMA OZHAN, MAKBULE BATMAZ, NIHAL ALTIN, GIZEM AVCI, NESRIN ASTI

**TÍTULO/TITLE:**

Attitudes of the University Students towards Domestic Violence

Introduction: People may always experience violence, but sometimes they don't consider of this if it isn't physically. According to WHO; "Domestic violence is every type of aggressive behavior which against to a partner, children, parents, siblings, and relatives." Every year 1.6 million people lost their lives because of violence, most of them get injured (WHO 2002). The purpose of the study is to determine the attitudes of the university students towards domestic violence.

Method: The study has been carried out descriptively in a foundation university with written permissions between January 18th 2010 and January 22nd 2010. The target population of the research includes 408 university students from four departments which are Nursing, Midwifery, Nutrition and Dietetics, Physical Therapy and Rehabilitation. The sample included 384 voluntary students. The data has been collected by a questionnaire which is prepared by the researchers and included questions about socio-demographic characteristics and Domestic Violence Attitudes Scale which is developed by Sahin and Dissiz. According to the reliability and validity analyze of the scale that Sahin and Dissiz evaluated, the cronbach's alpha score was 0.75. In this study cronbach's alfa was 0.73. The data was evaluated by descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency test) and Chi-Square test.

Results: 42.2% of the sample were nursing students, 25% of them were students of nutrition and dietetics department, 19.8% of the sample were midwifery students and 13% were the students of physical therapy and rehabilitation department. The mean age of the students was  $20.25 \pm 1.77$ . 87% of the students were female, %43.8 were living with their family, 22.4% were living in a dormitory, and 32.8% were living with friends at home. 33.1% of the students' mother were primary school graduated and 37% of the students' father were graduated from university. 50% of the students have good income, 56.5% of the students' mothers were housewife, 30.2% of the students' fathers were retired. 84.9% of the students have nuclear type family and 54.2% have one sibling. 83.3% of the students stated that every family member have equal rights in making a decision. 2.9% complained that he/she had been violence by their parents.

Male students' agreement on "Domestic violence should be known by family members only" were significantly higher than the female students ( $p < 0.001$ ). In the same statement; the agreement with the statement were significantly higher ( $p < 0.05$ ) in the students whose father is graduated from university. The agreement on "Sometimes, women deserve violence" significantly higher ( $p < 0.001$ ) in male students and significantly lower ( $p < 0.01$ ) in the students whose father is graduated from university. The agreement on "Domestic violence doesn't hurt anyone if the love and the loyalty between family members are good enough" were significantly higher ( $p < 0.05$ ) in the students whose mother is primary school graduated and significantly lower ( $p < 0.05$ ) in the students whose father is graduated from university.

Discussion: In Turmen's (2003) study, it has been found that 30% of the parents had experience physical violence, 53% of them had experience verbal violence and 46% of their children had experience physical violence. In this study 2.9% of the students had experienced domestic violence. Yigitalp and colleagues (2007) reported that 6.2% of the university students had experienced domestic violence. These results' rates were inconsistent, but it is important that violence had existed. Parents are role model for their children for violence behavior, and also experiencing violence behavior for a long time in parent's childhood, using violence in children education like beating, kicking, hiding etc. are the causes of the domestic violence (Tel 2002). Mayda and Akkus (2003) had reported that parents think that if they want to educate their children by violence, they comprehend this violence as normal. In our study it has been found that the agreement on "Sometimes, women deserve violence" and "Domestic violence should be kept in the family members" significantly higher ( $p < 0.001$ ) in male students. Some researchers found similar results in Turkey (Yigitalp et al 2007, Pinar and Algier 2006, Mayda et al 2006, Sahin and Dissiz 2009, Kaya et al 2004).

It's seen that there is sexual discrimination among university students and the education level of the parent is also important factor which affects this behavior. Besides the programs of university education, social education programs should be done in universities to avoid sexual discrimination. Also, it is necessary to educate the parents, so these social education programs should include the parents too. Furthermore, the main reasons of the sexual discrimination and domestic violence should be determined, so further studies should consider the origin of these problems.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Kaya M, Gunes G, Kaya B, Pehlivan E (2004). Association with Submit Behavior and Violence in Medical School Students. *Anatolia Psychiatry Journal*, 5:5-10
2. Mayda AS, Karacar K, Erdem GY, Kirca N, Urgan U (2006). Association with the Accept-level for attending the University and Experience of Violence and Attitude towards Violence in Students. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5:3.
3. Pinar G, Algier L (2006). Physical and Sexual Violence Behavior in University Students. *Turkish Gynecology and Obstetrics Association Journal*. 3(3): 181-186.
4. Sahin N, Dissiz M (2009). Development study of attitudes towards domestic violence scale in healthcare workers. *International Human Science Journal*. 6(2):263-274.
5. Tel H. (2002). Secret Health Issues: Domestic Violence and Nurse Approach. *C. U. Medical Faculty Journal*. 27(2):51-56.
6. Turmen T. (2003) Social Gender and Woman Health, Social Gender, Health and Woman Gender. Hacettepe University Women's Research and Implementation Center (HUWRIC). HU Publish. Ankara.
7. WHO (2002). *World Report On Violence And Health*. Geneva. Pp: 30.
8. Yigitalp G, Ertem M, Ozkaynak V. (2007). University Students' experience of violence and their opinion about violence. *TSK Pretending Doctor Brief Report*. 6(2).

**AUTORES/AUTHORS:**

Pedro Sousa, Isabel Santos

**TÍTULO/TITLE:**

Obesity in Portuguese adolescents: validation of self-reported BMI and intervention project

**BACKGROUND / JUSTIFICATION**

Obesity is a worldwide public health problem that has been increasing steadily. Indeed, its prevalence has increased to three times in the last twenty years, and it is estimated that half of adult population and one child in five from European Region suffer from excessive weight. Of these, one third can already be considered obese and the proportion increases daily (Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade, 2009). The commitment to prevention pretends, in the future, to achieve significant economical profits (less expenses for the National Health System) and human (gains in quality of life) (WHO 2002; BRAY, 1997).

**OBJECTIVES**

This study seeks to find scientific basis for a sustained commitment in obesity prevention. It was developed in order to: assess the validity of self-reported anthropometric data, the sensitivity and specificity of BMI; to identify the main risk factors for obesity associated with eating behavior; to evaluate the prevalence of obesity and overweight in the sample; to determine the health gains for the population.

**METHODOLOGY**

Descriptive-correlational study planned and conducted over four phases:

Phase 1 – Evaluate the validity of self-reported anthropometric data, especially the sensitivity and specificity of BMI. From a sample of high schools adolescents (n = 193), based on anthropometric data measured and self-reported, it was calculated objective BMI and self-reported BMI, respectively, considering overweight / obesity as BMI higher than 25.0 kg/m<sup>2</sup>.

Phase 2 – It was selected a non-probabilistic accidental sample with 1198 high school adolescents, and evaluated the BMI of adolescents using anthropometric data self-reported. Simultaneously, it was applied a questionnaire on dietary patterns: the number of daily meals, recreation, during meals, local meals and type of food.

Phase 3 - development and implementation of an intervention plan for the sustained prevention of obesity directed to school, adolescents and families.

Phase 4 - re-evaluation of eating behavior and the prevalence of overweight / obesity.

**RESULTS**

In phase 1, the data analysis showed that the self-reported weight correlates strongly with the measured weight. There was also a trend towards underestimation of weight, especially those with overweight / obesity. The height estimation is also very accurate, so the self-reported BMI showed a sensitivity of 90.6% and a specificity of 98.1%.

In phase two, it became evident that the prevalence of obesity was 8.8%. It was found that most teenagers realize just 3-4 meals per day, being obese adolescents who, on average, consume fewer meals. The presence of distractions during meals was significantly related with obesity. We also found that obese adolescents eat lunch less often in cafeteria and more often in restaurants and bars, where they eat biscuits and cakes less often but consume alcoholic beverages with greater frequency.

The first and second phase of the study are already completed, but it hasn't been possible to complete the phase 3 and 4 as planned.

**CONCLUSION**

The weight, height and BMI self-reported are valid and don't appear to be very influenced by other variables when subtracting the effect of the data objectively measured. In fact, the self-reported BMI showed a sensitivity of 90.6% and a specificity of 98.1%. So, it can be used with relative safety in studies of epidemiological character.

The prevalence of obesity was 8.8% and was associated with the presence of distractions during meals, with the local meal and

eating habits.

Based on these results is being outlined a sustained intervention plan for the prevention of obesity in school and family context, founded on dynamic awareness campaigns among young adolescents and their families, promotion of physical exercise, modification of eating behaviors, as well as dialogue with social partners and local government about the existence of restaurants and bars in schools surrounding area.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

BRAY, G. - Obesidad. In Zyegler Ekhard e Filer Z. J. (Eds), Conocimientos Actuales Sobre Nutrición (pp. 22-36) (7ª ed.). Washington DC: International Life Sciences Institute, 1997.

Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade. Consultada em 22 de Março de 2009, [www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt](http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt).

MIRANDA, M., CASTRO, A., GONÇALVES, C. - Obesidade aos 15 anos: estudo da prevalência numa comunidade rural. *Sinais Vitais*, 64, 27-30, 2006.

OLIVEIRA, A., CAPITÃO, A., HENRIQUES, G., FERREIRA, F. - Obesidade em adolescentes dos 12 aos 16 anos. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 13, 44-55, 2006.

**AUTORES/AUTHORS:**

Vitoria Castro Parreira, Vitoria Castro Parreira, Constança Paúl, Carlos Gonçalves

**TÍTULO/TITLE:**

CULTURA PROFESIONAL DE LOS ENFERMEROS: LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

**OBJETIVOS-**El eje de esta investigación se sitúa en el estudio de la cultura profesional de los enfermeros de maternidad y obstetricia, en contexto hospitalar, dando especial importancia, en esta segunda fase, a las parturientas (madres) como objeto de cuidados, en la dimensión del cuidado cultural. Según Vega (2001), los que prestan cuidados el los que los reciben, encierran en sí mismos experiencias y saberes que influyen en la manera como conciben la enfermedad, la salud, la muerte y el nacimiento. Para Crozier (1977) todo el sistema está constituido como un campo de acción estructurado, poniendo énfasis en la interdependencia entre las estructuras y los procesos. Le Boterf (1997), concluye que las prácticas de los enfermeros surgen del cruce de varios contextos, desde el del sujeto, el de la profesión, el de la acción y el contexto social donde se encuentra inserido el sistema de salud. Costa (2002) Concluye que una acción integradora de cuidados está, también, implícito el contexto del usuario, dando más importancia a un sistema de disposiciones para los cuidados y los enfermeros. Así, este estudio tiene como objetivos generales: (i) Comprender la cultura profesional de los enfermeros en la interacción social con otros actores sociales en el proceso de los cuidados (ii) Conocer la expresión de los cuidados culturales desde la perspectiva de las parturientas, como usuarios de sus cuidados; y como objetivo específico: Elaborar un instrumento que permita conocer la percepción de las parturientas en relación a su vivencia en el parto.

**MÉTODOS-** Estudio cuali y cuantitativo, etno-sociológico, realizado en dos etapas: la 1ª de naturaleza etnográfica, con ayuda del modelo de análisis sociológico para culturas profesionales. La 2ª etapa corresponde al estudio cuantitativo, exploratorio. La muestra, no probabilística, está formada por 506 parturientas de dos hospitales: central y distrital, de la zona norte de Portugal, a quienes se les aplicó una escala de Likert, compuesta de 58 partes, construída a partir de dimensiones e indicadores que surgieron de la verificación empírica del estudio realizado por Parreira (2003), con base en el modelo de competencia cultural de Giger y Davidhizar (1994). Procedemos a un análisis de la estructural conceptual de la encuesta, con el objetivo de identificar los factores subyacentes a las respuesta de las parturientas através de un análisis factorial exploratorio, con extracción de factores por el método de los componente principales. Esos factores permitieron detectar las dimensiones que explican las respuestas. También se pudo validar la escala del cuestionario, medir su validez para el objetivo pretendido.

**RESULTADOS-** Los resultados obtenidos comprobam que en relación a la muestra, la edad mínima encontrada fue de 15 años y la máxima de 45 años. El 25% de las encuestadas tiene edad inferior a 25 años, el 50% tiene menos de 29 años (mediana) y el 75% tiene menos de 32 años. Se observa una fuerte concentración alrededor de los 30 años. Nivel de Estudios-La mayoría de las encuestadas, 54%, tiene el 2º Ciclo o la Enseñanza Secundaria, habiendo un porcentaje considerable com Licenciatura, 16%. Situaciones profesionales- el 78.8%, de las parturientas encuestadas tenían trabajo; Dirección- La mayoría 74,4%, vive en médio urbano; El número de gestaciones es bajo pues el 85,4% de las encuestadas han estado embarazadas 1, 2 o 3 veces, y sólo el 5% lo han estado 4 veces. Los resultados del análisis factorial forzado para 8 factores com rotación varimax y normalización de Kaiser, explican el 60,05% de la varianza total. Los factores obtenidos y la varianza explicada para cada uno de ellos son los siguientes: Comunicación enfermera/parturienta, 0,80; Falta de información y de respeto; 0,82 Sentimientos y sensaciones negativos, 0,84; Tiempo; 0,94; Organización social, 0,85; Espacio; 0,84; Medio ambiente, 0,81 y Sentimientos causados por el uso de aparatos y utensilios, 0,83. Se procedió al análisis de la consistência interna y fiabilidad del cuestionario, obteniéndose un valor de Alfa de Cronbach total de 0,89. Los Alfa de Cronbach de las Subescalas varían entre 0,96 para el Espacio y 0,62 para Sentimientos causados por el uso de aparatos y utensilios.

**DISCUSIÓN-**Las conclusiones revelan que los modelos usados en las prácticas difieren de los modelos de competencia cultural. El



desconocimiento de la organización social, por parte de los enfermeros, de la proveniencia de los usuarios que cuidan, puede ser un obstáculo para la calidad de los cuidados y una barrera para el conocimiento. Los resultados pueden tener implicaciones a nivel de la práctica, enseñanza e investigación. El uso de un modelo que subraye la competencia cultural de los enfermeros será una garantía para poner en práctica los principios del cuidado cultural. La escala de PCCP construida y validada con base en la cultura real puede servir de ayuda en la producción de conocimiento en enfermería, permitir ganancias en salud, reforzar el sentido de cohesión y responsabilidad, como profesionales más conscientes del desafío que trasciende de la transculturalidad del cuidado de enfermería, donde el cuidar profesional se caracteriza como algo específico de la enfermería, cuando se dá la palabra al sujeto de cuidados.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

##### BIBLIOGRAFÍA

- Bobak, Irene M. et al. (2002). O cuidado em enfermagem materna. Porto Alegre: Artmed, Editora.
- Bourdieu, P. (1980). Le sens pratique. Paris: Editions Minuit.
- Caria, Telmo H. (org.) (2005). Saber Profissional. Coimbra: Almedina.
- Costa, M. Arminda (2002). Cuidar Idosos. Formação, Práticas e competências dos enfermeiros. Coimbra: Formasau -Formação e Saúde, Lda. Lisboa: Educa
- Crozier, M., Friedberg, E. (1977). L'Acteur et le Système. Paris: Éditions du Seuil.
- Dubar, Claude, Tripier, Pierre (1998). Sociologie des Professions. Paris: Armand Colin.
- Foucault, M. (1994). O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Geertz, C. (1991). La interpretation de las culturas. Barcelona: Gedisa.
- Giger, J., Davidhizar, R. (1991). Soins Infirmiers Interculturels. Recueil de Données et Actions de Soins. Paris: Editions Lamarre.
- Lawler, Jocelyn (2002). La face cachée des soins. Paris: Éditions Seli Arslan.
- Le Boterf, G. (1997). Compétence et navigation professionnelle. Paris.
- Leininger, Madeleine (1991). Culture care diversity and universality: a theory of Nursing. The theory of culture care diversity and universality. New York: National League for Nursing Press.
- Lima, Marinús Pires de (2000). Inquérito Sociológico, Problemas de Metodologia. Lisboa: Editorial Presença.
- McCarthy, C. (1972). A practice theory of nursing care: Nursing Research, n.º 21.
- Minayo, Maria (2004). O Desafio do Conhecimento, Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Editora Hucitec.
- Parreira, M. V. (2003). Cultura Profissional dos Enfermeiros e Significados das Práticas. Dissertação para concurso de provas públicas. Porto: Escola Superior de Enfermagem Cidade do porto.
- Polit, D. & Hungler, B. (1994). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México: Interamericana, McGraw.
- Sorel, M., Wittorsky, R. (coord) (2005). La professionnalisation en actes et en questions. Paris: L'Harmattan.
- Tereso, Alexandra (2005). Coagir ou Emancipar. Sobre o papel da enfermagem no exercício da cidadania das parturientes. Coimbra: Formasau-Formação e Saúde.
- Vega, Anne (2001), Soignantes/Soignés, Pour une approche anthropologique des soins infirmiers. Bruxelles: Éditions De Boeck Université Paris.
- Vega, Anne (2002). Une Ethnologue à L'Hôpital, L'Ambiguïté du quotidien infirmier. Paris: Éditions des archives contemporaines.
- Wenner, Micheline (2001). Sociologie et Culture Infirmière. Paris: Éditions Seli Arslan.

**Sesión de Comunicaciones Orales Breves III****Session of Oral Brief Presentations III****AUTORES/AUTHORS:**

TERESA DE JESUS DIEZ SÁNCHEZ, JOSE MARIA FERNANDEZ FERNANDEZ, MAR ECHEVARRIA ZAMANILLO, JESUS MATAMALA SACRISTAN, JOSE EUGENIO LOZANO ALONSO, CARLOS FRAILE CAVIEDES, LUIS MIGUEL CANO CASTRO, CARMEN RODRIGUEZ FERRER, JESUS ABIA GONZALEZ

**TÍTULO/TITLE:**

PERCEPCION DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL AREA OESTE DE VALLADOLID

**OBJETIVO:** Investigar el tema de VG en el Área de Valladolid Oeste a través de los profesionales sanitarios. Esclarecer la percepción del tema, actitud, grado de implicación y conocimientos en el abordaje del mismo.

Con los datos obtenidos intentar definir como se gestionaría la violencia de género por los profesionales sanitarios según su percepción y proponer medidas correctoras

**METODOLOGIA:** Trabajo de investigación primario, mediante estudio cualitativo-descriptivo, en el ámbito sanitario con una encuesta autoadministrada y validada entre diciembre 2009- enero 2010. Se revisaron y analizaron las aportaciones de los profesionales del grupo corrector para la construcción de las preguntas, realizándose inicialmente un pre-test. Para mejorar la fiabilidad de la encuesta estos profesionales la repitieron a los 10 días valorando posibles diferencias entre las respuestas. La encuesta consta de 27 preguntas sobre VG: definición, conocimientos, implicación, actitud, causas, aspectos legales, barreras que encuentran, ética profesional, nivel de detección, formación y otros. Se distribuyeron un total de 542 encuestas, enviadas a profesionales de plantilla fija, único criterio de inclusión.

Contiene variables de clasificación de los encuestados: sexo, profesión, rango de edad y ámbito laboral. Participaron diversos estamentos sanitarios. Se envió por correo a Responsables de Enfermería que se encargaron de su distribución, recogida y devolución especificando el objeto de la misma el anonimato y su carácter voluntario.

**RESULTADOS:** Se recibieron 365 encuestas (67,34 %). Contestaron 77 hombres (21,10 %) y 285 mujeres (78,08 %) de 20-60 años (41,64 % de 51-60 años). El 41,92 % son enfermeras y el 34,52 % médicos. La definición más común es "maltrato físico o psíquico entre hombre y mujer". Lo consideran un problema social (84,11%) y antiguo (75,89%) aunque la mayoría no se implica (67,40 %). Los profesionales sanitarios creen que hay poca formación (57,53 %). El 48,77 % conoce la legislación. Hay infradetección según el 55,07 % por ocultación del problema por parte de la mujer (85,75 %). El perfil de la mujer maltratada: bajo nivel económico (43,56 %), cualquier nivel educativo (72,05 %), edad 31-40 años (46,58 %), extranjera para el 51,78 % y sin trabajo para el 66,58 %. Causas que influyen: pérdida de confianza, escasa educación, problemas económicos, drogas y cultura del patriarcado (60,27 %). La mujer denuncia más para el 58,90% por estar más amparada según el 61,64% y no aguanta menos actualmente para el 75,07%. Si origina problemas psicológicos, según el 72,05%. La víctima no es responsable (96,71%). La confidencialidad no plantea problemas éticos al 47,12%. Estiman necesaria la formación en estudios universitario el 60% y conveniente el 24,93%. No se apreciaron diferencias entre sexos ni entre diferentes ámbitos asistenciales en las respuestas de los profesionales.

**DISCUSION:** La opinión de los profesionales sobre la VG puede ser motivo de reflexión. Los profesionales sanitarios no tienen claro el concepto de VG que aun existiendo desde antiguo, actualmente tiene una mayor repercusión, por los medios de comunicación, constituyendo un problema social y multidisciplinar implicando al ámbito sanitario, educativo, político, judicial y mediático. Se detecta una baja implicación de los profesionales, quizás influya en una menor detección, debido a: actitud de la víctima, falta de sensibilidad de los profesionales y escaso tiempo de la consulta por alta presión asistencial. Perfil de la víctima: mujer de 40-50 años sin trabajo, bajo poder económico y nivel sociocultural cualquiera. Causas de la VG: arraigo de la cultura del patriarcado, baja educación, problemas psicológicos de base o económicos. La mujer no denuncia mas actualmente por el tiempo que supone y por miedo a las represalias, aun no siendo culpable de la situación, será quien la sufra. Es la mujer quien debe tomar sus propias decisiones, debemos comentar con ella las ventajas e inconvenientes y el entorno sanitario debe ser un lugar donde sea escuchada y protegida emocionalmente, porque desde los servicios sanitarios se puede actuar en el mantenimiento de la integridad física y/o psicológica de la persona. No podemos actuar en otros ámbitos como la libertad, la justicia o procurando los medios adecuados para protegerla.

Los profesionales sanitarios demandan más recursos, más formación, mas tiempo, para con una mayor implicación y con actitud

positiva, poder tratar los problemas de salud detectados, que representan un reto para todos. Escuchar con habilidades comunicativas, educar en todos los niveles y potenciar las relaciones igualitarias entre sexos contribuye a su erradicación, porque la cultura de la violencia, el marco educativo y la estructura social heredada podrían ser el germen de la violencia de género actual. La VG no es un problema de telediaris sino real, existe en nuestra sociedad una VG "sumergida y silente". La historia nos cuenta que la mujer ha sufrido esa VG por creencias y razones ancestrales que nadie discutió hasta la llegada de las corrientes feministas. Se necesitan más recursos y un cambio de actitud de la sociedad. El compromiso social y la educación, podrían ser la mejor solución.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Larrain SH Violencia puertas adentro: la mujer golpeada. Santiago Editorial Universitaria 1994
- Hoffman KL Demo DH Edwards JN. Physical wife abuse in a non-Western society: an integrated theoretical approach. Journal of Marriage and the Family 1994 56:131-146
- McCauley J et al. The "Battering Syndrome" prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary health care internal medicine practices. Annals of Internal Medicine 1995 123:737-746
- Gutman Laura. Crianza Violencias invisibles y adicciones, editorial Integral (Abril 2007)
- Sarasua B Zubizarreta I Echeburúa E de Corral P. Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad Psicothema 2007 Vol 19 nº 3 pp 459-466. ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG
- Esteban M. L. El estudio de la salud y el género las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Inguruak. 2007 44:249-261
- Mary Nash. Mujeres en el mundo. Historia retos y movimientos. Barcelona Alianza editorial 2004 (283-289)
- Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE núm. 71 Viernes 23 marzo 2007 12611
- Coll-Vinent B Echeverría T Farràs Ú Rodríguez D Millá J Santiñà M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Gac Sanit 2008; 22(1):7-1
- Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M Álvarez-Dardet C Detección temprana de la violencia del compañero íntimo en el sector sanitario. ¿Una intervención basada en la evidencia? Gac Sanit v 22 n 6 Barcelona 2008
- Violencia de género. Balance 2009. Ministerio de Igualdad. Gobierno de España. Datos Ministerio sobre violencia. Oc1263385004\_balance 2009 VG.pdf
- Protocolo de actuación profesional para casos de violencia de género en el medio rural de Castilla y León. Junta de Castilla y León Consejería de Familia e igualdad de oportunidades 2009.
- Rosa Quesada Segura. Comentario sobre el programa de inserción sociolaboral para las víctimas de violencia de género. Observatorio Jurídico-Laboral de la Violencia de Género. 28 December 2009
- Rosa María Ruiz Martín. Intervención psicosocial para la orientación e inserción laboral de mujeres en situación de violencia de género. Revista D'Estudis de la violència. Núm. 9 - 3er Trimestre 2009
- Pepa Horno Goicoechea. Atención a los niños y las niñas víctimas de la violencia de género. Intervención Psicosocial 2006 Vol 15 N° 3 Págs 307-316 ISSN 1132-0559

**AUTORES/AUTHORS:**

Narly Benachi Sandoval, Ester Risco Vilarasau, Susana Gonzalez Martinez, Tania Ramis, Alejandro Castillo, Josep Maria Vilaseca

**TÍTULO/TITLE:**

Traducción y Adaptación cultural de la versión española del cuestionario Primary Care Assessment Survey

**Objetivo:** Realizar la traducción y adaptación cultural del cuestionario Primary Care Assessment Survey (PCAS), para evaluar la atención primaria desde el contexto de la relación médico-paciente.

**Métodos. Ámbito:** 2 Centros de Atención Primaria (CAP) de Barcelona – Ciudad. **Diseño:** Estudio de traducción y adaptación de un cuestionario. **Participantes:** En el proceso de traducción y retro-traducción, participaron 4 expertos bilingües con dominio del inglés y el español. Las pruebas de ajuste en la redacción de los ítems se hicieron en 5 usuarios que tuvieron mínimo dos contactos institucionales en el último año. **Variables:** sociodemográficos, estado de Salud, y atención primaria (49 ítems que miden: accesibilidad, continuidad, integralidad, integración, interacción clínica, trato interpersonal y confianza).

**Fases del estudio:** Fase 1. Traducción y Retro-traducción: 3 enfermeras españolas de atención primaria con dominio del inglés, realizaron la traducción del PCAS al español. Un nativo norteamericano con dominio del español, realizó la retro-traducción del cuestionario. Los expertos recibieron el manual de procedimiento normalizado de trabajo (PNT), para desarrollar de forma estandarizada la traducción de los ítems. Se les pidió calificar en una escala de 0 a 10, el grado de dificultad que tuvieron al hacer la traducción.

**Síntesis de la traducción y consenso de expertos:** Las traducciones al español se realizaron simultáneamente y de forma independiente. Luego, fueron entregadas al investigador, quien las comparó con la versión original y elaboró un informe indicando las coincidencias y discrepancias. En el análisis tuvo en cuenta el grado de dificultad reportado por los expertos en el proceso de traducción de los ítems. Posteriormente, los expertos se reunieron con el investigador principal para debatir las diferencias, documentar las alternativas y decisiones tomadas y acordar una traducción común (1ª versión española).

**Proceso de retro-traducción:** El experto responsable de la traducción inversa, recibió la 1 versión española del PCAS. Realizó la retro-traducción del cuestionario y lo entregó al investigador principal. Se comparó la versión retro-traducida con la versión original y evaluó la equivalencia conceptual de los ítems.

**Adaptación transcultural:** El investigador se reunió con los expertos para verificar la consistencia de los ítems. El comité de expertos analizó las discrepancias observadas entre la versión original y la retro traducida. Se analizaron explícitamente la equivalencia semántica, idiomática, experiencial y conceptual de ambas versiones. En caso de discrepancias debido a diferencias culturales, fue más importante mantener el sentido de los ítems que su significado literal.

**Fase 2. Pretest cognitivo:** Finalizada la fase 1, se obtuvo la 2ª versión española del PCAS, que fue administrada a 5 personas con características similares a la población diana mediante entrevista cognitiva, para verificar la comprensión y pertinencia de los ítems. A los participantes se les pidió evaluar el grado de dificultad en la comprensión de los ítems, en una escala de 0 a 10, siendo 10 el mayor grado de dificultad. En las preguntas que generaron dificultad en su comprensión, el investigador hizo una indagación más profunda, utilizando la técnica de entrevista cognitiva.

Los resultados obtenidos del pretest cognitivo, sirvieron para realizar los ajustes finales al cuestionario que fue aplicado a la muestra seleccionada.

**Resultados:** Los expertos reportaron una dificultad >7 en la traducción al castellano de 9 ítems. El proceso de retro-traducción mostró diferencia contextual en un solo ítem. Los demás ítems fueron traducidos correctamente y su equivalencia conceptual con la versión original fue adecuada.

Se realizó una traducción conceptual de los ítems, teniendo en cuenta el aspecto cultural, social, y organización del sistema de salud español.

El pretest cognitivo mejoró la redacción de los ítems, para hacerlos más comprensibles y fáciles de responder por los participantes. Discusión: El proceso de traducción y retro-traducción de la escala, se hizo bajo la premisa de traducir manteniendo el significado contextual, más allá del semántico o literal. Las entrevistas cognitivas permitieron mejorar el fraseo de los ítems y con ello, obtener un cuestionario adaptado al español comprensible y que pueda ser utilizado para medir la atención primaria desde el contexto de la relación médico-paciente.

Implicaciones para la práctica: Disponer de una escala adaptada al español, para evaluar la atención primaria con un enfoque multidimensional, facilita la planeación, implementación y seguimiento de estrategias de mejora continua en la prestación de servicios de salud.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Safran Dana Gelb, Kosinski Mark MA., Tarlov Alvin R., Rogers William H., Taira Deborah A., Lieberman Naomi, Ware John E. The Primary Care Assessment Survey: Tests of Data Quality and Measurement Performance. *Medical Care*, 1998; 36(5):728-739.
2. Donabedian Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 2005; 83(4):691-729
3. Pasarín M. Isabel, Berra Silvina, Rajmil Luis, Solans Maite, Borrell Carme, Starfield Barbara. A Tool to Evaluate Primary Health Care from the Population Perspective. *Aten Primaria*. 2007;39(8):395-403
4. Gofin Jaime, Gofin Rosa. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Pan Am J Public Health*, 2007; 21(2/3):177-185
5. Haggerty Jeannie, Burge Fred, Lévesque Jean-Frédéric, Gass David, Pineault Raynald, Beaulieu Marie-Dominique, Santor Darcy. Operational Definitions of Attributes of Primary Health Care: Consensus Among Canadian Experts. *Ann Fam Med*, 2007;5(4):336-344.
6. Frías Osuna Antonio, Pulido Soto Adoración, Del Pino Casado Rafael, Palomino Moral Pedro Ángel. Características de la investigación de la calidad en enfermería comunitaria. *Enfermería Comunitaria*, 2006; 2(2):114-124
7. De la Fuente-Rodríguez Aída, Fernández-Lerones M.Jesús, Hoyos-Valencia Yolanda, León-Rodríguez Carlos, Zuloaga-Mendiolea Charo, Ruiz-Garrido Maribel. Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira. *Rev Calid Asist*, 2009;24(3):109-114
8. Rodríguez Hector P., Glahn Ted Von, Rogers William H., Chang Hong, Fanjiang Gary, Safran Dana Gelb. Evaluating Patients' Experiences with Individual Physicians. A Randomized Trial of Mail, Internet, and Interactive Voice Response Telephone Administration of Surveys. *Med Care*, 2006;44: 167-174.
9. Wilson Ira B., Rogers William H., Chang Hong, Safran Dana Gelb. Cost-related Skipping of Medications and Other Treatments Among Medicare Beneficiaries Between 1998 and 2000. Results of a National Study. *J Gen Intern Med* 2005; 20:715-720.
10. Safran Dana Gelb, Karp Melinda, Coltin Kathryn, Chang Hong, Li Angela, Ogren John, Rogers William H. Measuring Patients' Experiences with Individual Primary Care Physicians. Results of a Statewide Demonstration Project. *J Gen Intern Med*, 2006; 21:13-21.

**AUTORES/AUTHORS:**

Paulo Machado, Teresa Martins

**TÍTULO/TITLE:**

¿Cuidadores de los ancianos con compromiso del autocuidado, que documentan los enfermeros a su respecto?

Hoy en día, con el envejecimiento de la población, cada vez hay más personas con limitaciones, que requieren el cuidado de la salud (Martins, 2006). Esos cuidados son, cada vez más, a cargo de las familias en sus casas. Hudson & Moore (2009) señalan: "El cuidado de los ancianos es complejo porque hay distintas necesidades como los factores: físico, social y psicológica y presenta distintos retos planteados a las enfermeras.». Romero de San Pio & Romero de San Pio (2008) exponen que: "La complejidad de los pacientes a cargo de los profesionales de enfermería va en aumento y, en concreto, los sometidos a terapias intensivas, por lo que resulta de vital importancia y seguridad para obtener una elevada calidad de los cuidados, introducir en la formación básica de todos los enfermeros habilidades teórico-prácticas de manejo y realización de unos registros conformes a estándares objetivos de calidad". Pereira (2007), declara: "Los estudios de Silva mostraron que las habilidades en el uso de la informática, la disposición al cambio y las diferentes concepciones y modelos de atención ejerció una influencia importante en lo que se ha documentado". Este estudio forma parte de un proyecto de doctorado, que reúne en esta primera fase más dos estudios adicionales. Se basa en el análisis documental de enfermería. Se trabajaron los datos relativos a los cuidadores de personas mayores con compromiso en el autocuidado,, (01 de septiembre 2007 a 29 febrero de 2008), contenidos en los registros de enfermería, en cuatro Centros de Salud.

1-Objetivo(s). Los objetivos del estudio, basados en lo constante en la documentación de enfermería, son los siguientes: Conocer las necesidades de los cuidadores de personas mayores, con compromiso en el autocuidado; Conocer los diagnósticos de enfermería más frecuentes en los cuidadores de las personas mayores con compromiso en el autocuidado; Conocer las intervenciones de enfermería más frecuentes, en los cuidadores de las personas mayores con compromiso en el autocuidado.

2-Métodos. Se realizó un estudio exploratorio, con selección de una muestra temporal, que incluye 17846 líneas de los registros de enfermería, relativos a 1893 contactos. Se procedió al análisis de contenido de los registros. Analizamos 2793 Diagnósticos de Enfermería e 2545 Intervenciones de enfermería. El modelo de análisis se basó en la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE / ICNP).

3-Resultados La gran mayoría de los contactos, 85,74%, se producen en casa. También es importante señalar que 84,94% se han cumplido por el carácter interdependiente y 15.06% fueron iniciadas por autonomía de las enfermeras. De un total de 2793 Diagnósticos de Enfermería documentados, 89,62% se detectan en el domicilio. La mayoría de los diagnósticos se dirigen a las personas mayores e no a su Cuidador. Así, 28,89% de los Diagnósticos de Enfermería pertenecen al tegumento. En cuanto al Autocuidado, este representa 40,6% del total de los Diagnósticos de Enfermería documentados. Por el dominio del Cuidador, tenemos dos Diagnósticos de Enfermería: rol de lo cuidador y el estrés del cuidador. La expresión en total fue 6,37%. Analizando las intervenciones, hay un total de 2545 intervenciones de enfermería realizadas y documentadas. La mayoría 93,48%, se llevó a cabo en el domicilio. También la mayoría de las intervenciones de enfermería, constituyen el tipo de acción Observar (37,52%) y Ejecutar (20,75%). Considerando las intervenciones que tienen por beneficiario el Cuidador, representan el 14,46% de todas las intervenciones en los cuatro Centros de Salud.

4-Discusión En cuanto a la discusión, se destaca que las enfermeras, frente a esta población de adultos mayores, reflejan en sus registros, la necesidad de ofrecer respuestas eficaces al Cuidador. Sin embargo, esta aparece plasmada en la documentación de las personas mayores e no en la documentación de los Cuidadores. Hay intervenciones que se realizan al mismo tiempo, de modo que sólo uno de ellas se registra. Las razones principales de los cuidados de enfermería, en lo domicilio, es la prescripción médica y la salud de los ancianos. Tegumentos y Autocuidado son las principales áreas de diagnóstico. Una vez más, lo que se ve en los registros es el cuidado a la persona mayor e no al cuidador. Las intervenciones de enfermería, en su mayoría, responden a la supervisión y al ejecutar.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Hudson, Angela; Moore, Lesley. *Caring for Older People in the Community*. Chichester: Wiley-BlackWell, 2009.

ICN; *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: IGIF, APE, 2003.

Martins, Teresa. *AVC Acidente Vascular Cerebral*. Coimbra: Formasau, 2006.

Pereira, Filipe. *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros – Estudo empírico sobre o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto, 2007.

Romero de San Pio, Maria Jesús; Romero de San Pio, Emilia. *Registros de enfermería – La importancia de lo escrito*. *Rev. Rol Enf* 2008;31(09); 20-22.

Version  
Professional  
Preliminary  
version

**AUTORES/AUTHORS:**

CARMEN AMELIA RUIZ MARTIL, BELÉN PIZARRO LOSILLA, MARGARITA PÉREZ CASTRO, PEGGY PAOLA RÍOS GERMÁN, FRANCISCO LÓPEZ DE CASTRO

**TÍTULO/TITLE:**

Mujer y prevención de enfermedad cardiovascular.

**INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte en España; responsables del 31,8% de ellas. Originan más de 5 millones de estancias hospitalarias anuales<sup>1</sup>. Dada su importancia, desde hace años se desarrollan actividades como el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS)<sup>2</sup>. En Atención Primaria, las actividades preventivas son la mejor estrategia integrada en la práctica clínica, para mejorar el nivel de salud de la población. No obstante, estas actividades no siempre presentan la efectividad deseada<sup>3</sup>. Entre las barreras para su implementación se encuentran las relacionadas con el paciente<sup>4</sup>. Es por ello importante para los profesionales conocer la actitud de la población –especialmente de las mujeres, por su rol familiar<sup>5</sup>- para diseñar intervenciones más efectivas. Por eso nos planteamos este estudio, cuyo objetivo fue conocer la actitud y el comportamiento de las mujeres hacia las actividades preventivas relacionadas con la ECV.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo, mediante encuesta personal (cuestionario autocumplimentado). Población de estudio, mujeres de 18 a 65 años de 3 centros de salud de Toledo. La muestra se reclutó en las salas de espera de las consultas. El cuestionario fue elaborado ad hoc e incluía datos personales y preguntas relativas a medidas preventivas de ECV. Los datos se introdujeron en el programa SPSS 12.0 para su tratamiento estadístico. En la descripción se utilizaron los estadísticos habituales, calculándose el intervalo de confianza para los resultados principales. En el análisis se empleó el test de la  $\chi^2$  de Pearson para comparar porcentajes.

**RESULTADOS**

Total de encuestas, 541. Edad media, 40,5 años; el 65,4% casadas o con pareja; el 40,8% universitarias; pertenecían al medio urbano el 66,7% y eran inmigrantes el 3,4%.

Sobre la primera causa de muerte en mujeres, el 83,2% creía que era el cáncer, el 8,2% respondió infarto y el 8%, ACVA. Creen que siempre merece la pena hacer esfuerzos para prevenir enfermedades el 86,3%, aunque sólo el 47,9% siguen siempre las recomendaciones médicas. El 32,4% dice realizarse anualmente un chequeo médico preventivo.

El 76,8% considera el tabaco muy peligroso, pero fuma el 30% [IC95% 26,1-34,1]. Este porcentaje es mayor en <45 años (32,7 vs 25;  $p=0,026$ ) y similar en medio urbano y rural.

El alcohol es considerado muy peligroso por el 43,4%; son consumidoras habituales el 17,2% [IC95% 14,1-20,7].

El 59,1% cree que hacer ejercicio es muy importante, pero sólo el 23,8% lo hace habitualmente y el 31,1% nunca. La realización de ejercicio es más frecuente en medio urbano (27,2 vs 18,9;  $p=0,023$ ). Hacen algún tipo de dieta para “bajar o mantener el peso” el 24%, sin diferencias por edad o medio. El 66,3% controla su peso varias veces al año.

Se realizan al menos una vez al año toma de TA y analítica (colesterol y glucemia) el 68,4, el 64,1 y el 53,9%, respectivamente. El 51,7% dice haber sido aconsejado sobre estilo de vida por un sanitario, hecho no relacionado con mejores hábitos (tabaco, alcohol, ejercicio), pero sí con mayor frecuencia de controles analíticos y de TA.

**DISCUSIÓN**

La relevancia de las ECV en la mujer está infravalorada por ellas mismas<sup>6</sup>. La mayor “visibilidad” de los programas de screening de



cáncer, frente a la silenciosa labor de educación sanitaria desarrollada en las consultas, hace que las ECV queden en segundo plano. Este desconocimiento implica una falta de concienciación sobre la necesidad de evitar los factores de riesgo de ECV. La motivación es el primer paso para un cambio de conducta<sup>7</sup>, por eso es necesario informar adecuadamente de la relevancia de estas enfermedades.

Nuestra población parece concienciada del riesgo de determinados hábitos que considera peligrosos (alcohol o tabaco), pero eso no se traduce en un estilo de vida saludable. De hecho, fuma un 30%, un 17,2% son bebedoras habituales y un 31,1% no hacen ejercicio, cifras que, aún similares a las de la Encuesta Nacional de Salud 2006<sup>8</sup>, no son aceptables. Resulta además preocupante que esas cifras no sean más bajas en quienes han recibido consejo sanitario, ya que traduce la ineficacia de nuestra labor<sup>3</sup> y nos obliga a replantearnos la metodología usada.

Sorprende el elevado % de mujeres que se hacen un "chequeo" anual, cuando los expertos recomiendan la realización de actividades preventivas en el contexto de visitas por otros motivos<sup>9</sup>. Igualmente, la periodicidad de analíticas y controles, supera con creces la recomendada por el PAPPS<sup>2</sup> o la USPSTF<sup>10</sup>. Parece que nuestras mujeres asumen esas actividades en detrimento de las que dependen exclusivamente de su voluntad (dieta, ejercicio).

Quizás sea hora de replantear una nueva forma de transmitir conocimientos, capaz de generar cambios de conducta idóneos para crear estilos de vida más saludables y evitar "medicalizar" su vida con controles analíticos y clínicos. En esta misión es muy importante la Enfermería, profesionales especialistas en educación sanitaria. Y no olvidemos que la primera condición que debe cumplir un profesional para conseguir una respuesta positiva a los mensajes educativos es creer firmemente en la importancia de trabajar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Instituto Nacional de Estadística. INEbase. 2010. Disponible en: <http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm> [consultado el 06-09-10]
2. Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Villar Álvarez F, Lobos-Bejarano JM, Torcal Laguna J, Orozco-Beltrán D et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares PAPPS del 2009. Disponible en: <http://www.papps.org/upload/file/09%20PAPPS%20ACTUALIZACION%202009.pdf> [consultado el 25-07-10]
3. Grupo de Actividades Preventivas de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). "Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la mujer española del siglo XXI". Disponible en: [http://www.semergen.es/semergen/contentFiles/13546/es/prevencion\\_mujer.pdf](http://www.semergen.es/semergen/contentFiles/13546/es/prevencion_mujer.pdf) [consultado el 14/07/2010]
4. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III. Evaluación de la efectividad de tecnologías para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
5. Berg JA, Woods NF. Global women's health: a spotlight on caregiving. *Nurs Clin North Am.* 2009;44(3):375-84.
6. Mosca L, Jones WK, King KB, Ouyang P, Redberg RF, Hill MN for the American Heart Association Women's Heart Disease and Stroke Campaign Task Force. Awareness, Perception, and Knowledge of Heart Disease Risk and Prevention Among Women in the United States. *Arch Fam Med.* 2000;9:506-515.
7. Marqués Molías F, Cabezas Peña C, Camaralles Guillem F, Córdoba García R, Gómez Puente J, Muñoz Seco E. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2009. En: <http://www.papps.org/upload/file/08%20PAPPS%20ACTUALIZACION%202009.pdf> [consultado el 01-09-2010]
8. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2006 (13 de marzo de 2008). Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p419&file=inebase&L=0> [consultado el 06-09-10]
9. Laine C. The Annual Physical Examination: Needless Ritual or Necessary Routine? *Ann Intern Med.* 2002;136:701-703.
10. U.S. Preventive Services Task Force. Recommendations for Adults. 2010. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/recommendations.htm> [consultado el 7-9-10]

**AUTORES/AUTHORS:**

GUILLEM ARTIGUES VIVES, M<sup>a</sup> CLARA VIDAL THOMÀS, CATALINA GARAU HORRACH, JOANA RIPOLL AMENGUAL, FRANCISCA BIBILONI GUASP, MARTA AUTONELL CALDENTY, ELENA CABEZA IRIGOYEN, M ASUNCIÓN FEMENÍAS VERDAGUER

**TÍTULO/TITLE:**

Programa "Merienda Saludable de los escolares de las Illes Balears".

Introducción: Según el estudio de la prevalencia de la obesidad infantil y juvenil de las Illes Balears (EPOIB, 2005) el 10% de los chicos y chicas no desayunan antes de ir a la escuela. De los que sí desayunan, un 39% lo hace de manera saludable (según criterio enKid). Las estrategias en salud deben realizarse y coordinarse entre las diferentes instituciones. Los centros educativos (CE) demandan actuaciones a su centro de salud (CS) para promocionar la alimentación saludable y la vida activa. Objetivos: Valoración individual y grupal de las meriendas (desayuno, merienda media mañana y tarde) que realizan los escolares. Favorecer el fomento de la merienda saludable en el entorno educativo y familiar. Coordinar actuaciones de promoción y educación para la salud (PyEpS) entre CE y CS. Métodos: Creación de un cuestionario online dirigido al alumnado sobre sus hábitos referidos a las meriendas. Al finalizar, se crea un informe automático y individualizado de evaluación de los hábitos con consejos para mejorarlos. Se crea una base de datos centralizada. Paralelamente los CE y CS reciben la evaluación de grupo (clase) y se coordinan actuaciones de PyEpS. Población diana: Alumnado de Educación Primaria (EP), Secundaria (ESO), Bachillerato (B) y Ciclos Formativos (CF). Profesorado y familias.

Resultados: Han realizado el programa 45 CE (5429 alumnos, 54% niños y 46% niñas, edad media 11 años). El 79% desayunan cada día y, el 8% no lo hacen nunca. Los alimentos más consumidos habitualmente para desayunar son la leche (78%), los cereales (70%), las galletas (53%), la fruta o zumo natural (50%) y la bollería (42%). El 33% realiza un desayuno saludable (incluye al menos cereales, fruta o zumo natural y lácteos). De éstos, el 29% (31% niñas y 26% niños) ingiere los 3 alimentos antes nombrados, el 49% sólo incluye dos y el 22% sólo uno. El 42% de los alumnos utiliza de 10-20 minutos para desayunar y, el 24% (27% niños y 21% niñas) desayunan con la televisión. El 49% desayunan solos. El 80% afirma merendar en la escuela cada día y, el 8% no lo hace nunca. Los alimentos más consumidos son el bocadillo (88%), el zumo envasado (55%), las galletas (46%), la pastelería (32%), las galletas de chocolate (29%), patatilla (27%), refrescos (25%) y chucherías (22%). El 18% realiza una merienda saludable. La mayoría del alumnado trae la merienda de su hogar (86%). Un 58% merienda por la tarde cada día; el 34% sólo algún día y el 8% nunca. Los alimentos más consumidos son los bocadillos (71%), el zumo natural o fruta (55%), galletas (54%), derivados lácteos (41%), refrescos (29%), patatilla (27%) y chucherías (21%). El 12% realiza una merienda saludable por la tarde. Discusión: Los resultados coinciden con otros estudios (EPOIB) en lo referente al porcentaje que no realiza las tres meriendas cada día; que la mejor calidad corresponde al desayuno y disminuye tanto a media mañana como por la tarde, y que el consumo de alimentos considerados no saludables (bollería industrial, refrescos, etc.) es abundante y aumenta por la tarde. Implicaciones para la práctica: En función de estos hallazgos se detectan áreas de mejora en la merienda de media mañana y por la tarde. La actuaciones deben dirigirse a desarrollar programas de PyEpS focalizados en estos hábitos.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1.- E. Cabeza, G. Artigues, B. Villalonga, A. Pujo, P. Henríquez, Michelle Mendez, A. Pellicer  
PREVALÈNCIA DE L'OBESITAT INFANTIL I JUVENIL A LES ILLES BALEARS. EPOIB  
Editorial: Gobierno Balear  
Año: 2007, PALMA-MALLORCA (ESPAÑA) ISBN: 978-84-690-4249-6

- 2.- ARANCETA J, SERRA LL, RIBAS L, PÉREZ C. El desayuno en la población infantil y juvenil. En Serra LL, Aranceta J editores. Desayuno y equilibrio alimentario. Estudio enKid. Barcelona: Masson; 2004. p. 45-73.
- 3.-LOBSTEIN T, BAUR L, UAUY R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. International Obesity Task Force. Obes Rev. 2004; 5 (supp1): 4-104.

Versión Provisional - Preliminary version

**AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>a</sup> Angeles Gonzalez Fernandez, Fidel Corral Llana, Manuel Maña Gonzalez, Nuria Alonso Rubio, M<sup>a</sup> Jose Castellanos Alejandro, Luis Alberto Rodriguez Arroyo, Pablo Garcia Vazquez

**TÍTULO/TITLE:**

Estudio de efectividad de intervenciones enfermeras en la mejora de adherencia terapéutica en pacientes polimedcados

**OBJETIVO**

Determinar la efectividad de un programa institucional de intervención para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico del paciente anciano polimedcado.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Estimar grado de cumplimiento terapéutico al inicio del estudio

Medir la efectividad de una intervención protocolizada habitual en la adherencia

Cuantificar efectividad tras la intervención con el "Programa Mejora de adherencia terapéutica en el paciente anciano polimedcado" (PAT)

Comparar los resultados en la adherencia entre el protocolo habitual y el PAT

Valorar las intervenciones por grupos etáreos

Examinar si el programa es un instrumento adecuado para la consulta diaria de enfermería

**METODOS**

Estudio cuasiexperimental de series personales en Mayores de 75 años, usuarios de 6 centros de Atención Primaria del Área de Salud a tratamiento con cinco o más fármacos para uno o más problemas de salud agudos o crónicos que aceptaron participar en el estudio.

Muestreo oportunista en sujetos que acudieron a consultas de enfermería seleccionadas en los Centros de Salud. Se realiza cálculo para estimación de parámetros en poblaciones finitas, con nivel de confianza del 95%, error relativo máximo del 5% y una precisión de 0,03. Muestra de 366 sujetos.

Variable dependiente: Adherencia al tratamiento medida con el Test de Morisky-Green-Levine (MG) validado en versión española.

Variables independientes: Características socioeconómicas: edad, sexo, nivel de estudios (no sabe leer y escribir, sí sabe, estudios primarios, estudios secundarios o superiores). Zona geográfica (rural/urbano). Tratamiento farmacológico (nº de fármacos, nº de pastillas/día, nº de administraciones/día). Tipo de enfermedad (Diabetes, HTA, Obesidad, Dislipemia, EPOC, Cardiopatía y otras). Tipo de convivencia (sólo o acompañado). Sentirse apoyado para tomar la medicación( sí recetas o sí administración). Alguien más en casa toma medicación ( sí/no).

Se realizaron tres valoraciones de adherencia al tratamiento. Se diseñó y aplicó encuesta a profesionales.

Procesamiento y análisis estadístico de datos con el programa SPSS versión 15.0.

Se utiliza estadística descriptiva. También análisis inter e intragrupos.

Para variables con dos grupos: T de Student. Para variables de 3 o más grupos: análisis pos hoc aplicando el test de Tukey.

Se establecen correlaciones entre los diferentes grupos. Se toman como significativas diferencias estadísticas inferiores a un grado de significación  $p < 0,05$ .

Se evalúan las diferencias entre los grupos a los dos y seis meses.

## RESULTADOS

Para muestra de 366 pacientes:

Grado de cumplimiento terapéutico al inicio del estudio, Test MG1: Adherencia 55,2 %.

Tras la aplicación de intervención protocolizada habitual, la adherencia medida con MG2 es de 74,7%

Tras la intervención con el PAT, se obtiene MG3: 83,9%

Comparando la adherencia obtenida con el protocolo de intervención habitual (MG2) y con el PAT(MG3), se obtiene un incremento en la efectividad de un 9,2% cuando aplicamos éste. Se encuentran diferencias significativas por género, siendo en mujeres la mejoría de un 12,8% y en hombres de un 5,6% ( $p=0,0019$ )

De la encuesta enviada a los 126 profesionales de enfermería del Área, resulta que: Responde el 34% (43)

La utilidad del programa institucional para mejorar la adherencia se consideró alta por 51% (22)

La importancia de las actuaciones enfermeras para mejorar la adherencia se cree alta por 67,4% (29)

La dificultad que le atribuían a la puesta en marcha en la práctica diaria fue alta por 53,4% (23)

La valoración del cambio de los pacientes desde su inclusión en el programa institucional fue considerada como una mejoría alta por 58%(25)

## DISCUSION

El grado de cumplimiento inicial coincide con otros estudios publicados.

Se ha obtenido mejora significativa en los tres grupos de edad establecidos y para las dos intervenciones (protocolo habitual y programa institucional), salvo en el grupo de mayores de 85 años donde no se obtuvieron diferencias significativas para la primera intervención y sí para la segunda ( $p < 0.05$ ).

Parece que, a mayor número de fármacos en el tratamiento, menor adherencia y menor porcentaje de mejora.

En pacientes con 3- 4 administraciones/día es mayor la mejora.

Se hallan características de pacientes en los que el programa institucional ha sido más efectivo: Sin EPOC, Mayores 85 años ambos sexos, No lee/escibe, Ámbito rural.

Es necesario ampliar investigación en otros ámbitos de nuestra Comunidad para el contraste de resultados. También estudios sobre la hipótesis de influencia del uso de asociaciones farmacológicas y pautas de dosis única al día.

En la práctica enfermera el cuidado al paciente para mejorar el cumplimiento terapéutico supone mejor calidad de vida para él y reducción de costes para el sistema sanitario. Se destaca la importancia del programa institucional al reconocer la capacidad e implicación de los profesionales en el logro de este objetivo. En nuestro estudio se confirma que efectivamente intervenciones realizadas por enfermeras sí lo consiguen.

Mejorar habilidades y conocimientos en el manejo de la medicación por los pacientes en la zona rural puede reducir la desigualdad hallada respecto a la zona urbana.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Morisky, D.E.; Green, L.W.; Levine, D.M. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care*. 1986; 24 (1): 67-74.
2. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Intervenciones para ayudar a los pacientes a cumplir con las prescripciones de los medicamentos (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, 2005. Número 3. Oxford: Update Software Ltd.

Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2005. Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd)

3. Haynes RB. Improving patient adherence: state of the art, with a special focus on medication taking for cardiovascular disorders. In: Bunke LE, Ockene IS, eds. *Compliance in healthcare and Research*. Armonk, NY: Futura 2001: 3-21
4. Orozco D, Fernández I, Carratalá. Diabetes y cumplimiento terapéutico. *Medicina Clínica* 2001; 116(supl. 2): 20-24
5. Ortego MC. La adherencia al tratamiento: variables implicadas. *Metas*. 2004 May; 8. (Edición digital reproducida en <http://www.enfermeria21.com>)
6. Piñero F. Cumplimiento del tratamiento de la patología crónica en Atención Primaria (tesis doctoral). Departamento de Medicina. Universidad de Alicante 1996.
7. Rigueira García AI. Cumplimiento Terapéutico ¿Qué conocemos en España? *Atención Primaria* 2001; 27: 559-568
8. Sackett DL, Snow JC. The magnitude of compliance and noncompliance. En Haynes RB, editor. *Compliance in Health Care*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press 1998: 11-22
9. Schedlbauer A, Schroeder K, Peters TJ, Fahey T. Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación hipolipemiente (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2005. Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
10. Sabaté, E. *Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo: Pruebas para la Acción*. Washington D.C.: OMS, 2004. ISBN 92 75 325499.
11. Piñero, F.; Gil, V.; Orozco, D.; Pastor, R.; Merino, J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. *Aten. Primaria*. 1997; 19: 372-375.
12. Castellanos-Muñoz, P.; Miranda-Ruiz, A.; Sojo-González, G.; Perea-Milla, E.; García-Alegría, J.J.; Santos-Rubio, M.D. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria. *Enfermería Clínica*. 2008; 18 (3): 120-126.

**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Pargaña Rodríguez, Cristina Díez Arranz, África Cano Coello, Paloma Muncio Hernández, Arantza Menchaca Anduaga, José Carlos Cerdeira Varela

**TÍTULO/TITLE:**

PERCEPCIÓN EN LA INFORMACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA (RE) DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS (SUAP)

**OBJETIVOS.**

En enero del año 2005, dentro del Plan Integral de Urgencias y Emergencias de la Comunidad de Madrid, se transfirieron los SUAP (Servicio de Urgencias de Atención Primaria) al SUMMA 112. Dentro de las acciones realizadas para la modernización de estos centros se implantó una herramienta informática que tenía la posibilidad de información de los Registros de Enfermería.

Se informó y formó a todo el personal de enfermería que realizaba su actividad en los SUAP, con un seguimiento por parte de la Dirección de Enfermería y del Servicio de Informática del SUMMA.

**I.1 Objetivo principal**

- Conocer la opinión que tienen sobre el registro informatizado los profesionales que trabajan en los centros tipo SUAP.

**I.2 Objetivos secundarios**

- Conocer las dificultades que tienen los profesionales para realizar el registro informático.

- Conocer la percepción de los profesionales sobre si el cambio, en el modelo y en la herramienta de los registros, ha mejorado la calidad asistencial.

- Diseñar y realizar actuaciones orientadas a facilitar el registro para así poder mejorar la calidad de los cuidados.

**MÉTODO**

- Ámbito: Los Suap del SUMMA 112.

- Diseño: Cualitativo observacional y descriptivo.

- Participantes: Los enfermeros que trabajan en los Suap.

- Variables:

Datos de filiación (edad, sexo)

Variables de percepción (encuesta)

Variables cualitativas

- Instrumento: Encuesta realizada a 81 enfermeros (56%)

- Análisis de los datos: Muestreo oportunista de los profesionales que acuden a un proceso de formación orientado a la actividad profesional de los enfermeros de los SUAP.

**RESULTADOS**

El mayor porcentaje de los encuestados tienen entre 31 y 35 años siendo 70.37% del total mujeres.

Tan solo el 1.23% tiene más de 26 años trabajados porque la mayor parte de los profesionales tiene entre 0-5 (37.03%) años trabajados en SUMMA 112, seguidos entre 6-10 años (28.39%).

Al 55.5% le ha parecido suficiente la formación previa, mientras que el 25.92% no lo cree así, y el 18.51% no la ha recibido.

El Registro de Enfermería Informatizado (REI) se rellena de manera más completa por el 83.1% de los profesionales, pareciéndoles que agiliza más su trabajo al 90.12% de los encuestados. Al 65.43% les parecen suficientes los ítems que aparecen y son rellenos por el 70.37% de los profesionales.

El 56.79% de los profesionales creen que la calidad que se presta a los usuarios no ha variado con el cambio al REI, mientras que

un 8.64% piensa que ha disminuido.

El 76.54% de los encuestados piensan que la REI favorece el triaje, además la mayoría de los profesionales 38.27% no encontraron dificultad a la hora del manejo del programa informático y solo el 3.7% encontraron máxima dificultad.

El 81.48% firma los REI, mientras el 6.17% no lo hace.

#### DISCUSIÓN.

Este estudio parte de una inquietud por parte de un grupo de profesionales de enfermería por conocer cuál es la situación actual de la utilización de los REI en los SUAP.

El análisis de las encuestas refleja que el 50% de los enfermeros mayores de 56 años refiere que la formación recibida no pareció suficiente cuando se recibió, mientras que estos mismos manifiestan que el grado de dificultad a la hora de utilizar los REI es mínimo; tan solo 3 personas se encontraron con gran dificultad. Lo que indica que puede ser debido a la sencillez del programa informático.

Por otro lado, comparando con los enfermeros con menos de 5 años trabajados en los SUAP, podemos afirmar que el 24% no ha recibido ningún tipo de formación. Puede suponerse que estos profesionales no recibieron la formación debido a que cuando comenzaron a trabajar ya estaba implantado el REI y que actualmente no existen cursos de reciclaje.

Sobre los ítems que añadirían destacan la necesidad de añadir la codificación de técnicas y procedimientos de enfermería.

Limitaciones de estudio; Asumimos que los datos son representativos de los enfermeros que han acudido al proceso formativo, las ausencias pueden ser debidas a dificultades para acudir a la convocatoria por horario cerrado y única convocatoria.

#### Conclusiones

Aunque sólo al 55.5% le ha parecido suficiente la formación previa (el 28.92% no lo cree así, y el 18.51% no la ha recibido). Los datos reflejan que 87% utiliza, al completo, el REI y que al 90% esta herramienta les agiliza el trabajo- A la conclusión que nos llevan estos datos es a que el grado de dificultad es bajo.

El 56% considera que el REI aumenta la calidad asistencial (35% igual y 9% que ha disminuido), se debe resaltar el impacto positivo que para estos profesionales, el REI, ha tenido en la organización del triaje.

La encuesta nos dice que quedan por añadir ítems, como la codificación de técnicas y procedimientos de enfermería. Actualmente se está rediseñando la REI y proyectando acciones como: IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.

- 1.- Implantación de cursos de formación dirigidos a los nuevos profesionales del SUMMA 112, así como de reciclaje para aquellos que tengan dificultades en la práctica.
- 2.- Creación de grupos de trabajos, dirigidos a la mejora de los registros y explotación de datos.
- 3.- Mayor implicación de los profesionales en los registros.
- 4.- Disponibilidad del servicio de informática para aclaración de dudas e incidencias.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

No existe bibliografía



**AUTORES/AUTHORS:**

Jordi Galimany Masclans, Eva Garrido Aguilar, M<sup>a</sup> Rosa Girbau García, Núria Fabrelles Padrés, Teresa Lluch Canut

**TÍTULO/TITLE:**

Utilización y percepción de la Historia Clínica Electrónica de las enfermeras de Atención Primaria de Salud.

**Objetivos**

Objetivo general: Analizar la utilización que las enfermeras hacen de la Historia Clínica Electrónica (HCE) así como valorar la percepción que tienen de la misma.

Objetivos específicos: Analizar la adecuación de la HCE para el registro de los cuidados; Analizar si la HCE proporciona continuidad asistencial; Describir el perfil socio-demográfico de las enfermeras.

**Método**

Ámbito de estudio: 15 Centros de Atención Primaria de Salud (APS) de la provincia de Barcelona. Diseño: Estudio descriptivo transversal. Sujetos participantes: 113 Enfermeras de los centros de APS que utilizan HCE. Criterios de inclusión: Enfermeras que estén utilizando la HCE desde un periodo anterior a 6 meses de la recogida de datos. Criterios de exclusión: Enfermeras en periodo de prácticas post-graduadas. La técnica de muestreo ha sido de conveniencia.

**Variables**

Usabilidad de la HCE: Dificultad para uso de la HCE, dominio de la herramienta, valoración del usuario en cuanto a la estructura, integración y grado de coherencia del mismo y sentimientos frente al aplicativo de HCE. Registro de las enfermeras en la HCE: Adecuación a las necesidades de registro de cuidados de enfermería (cuidados realizados, capacidad de registro, individualización y confidencialidad de los mismos y satisfacción con el equipo). Continuidad asistencial. Se refiere a si el aplicativo facilita la coordinación y la trazabilidad a lo largo de la trayectoria asistencial del paciente. Variables socio demográficas: Edad, sexo y tiempo que la enfermera lleva trabajando con el aplicativo. Instrumento de recogida de datos: Se ha confeccionado un cuestionario de elaboración propia que consta de 3 partes. Una hace referencia a usabilidad, otra parte referida a continuidad asistencial y una tercera que recoge el registro de la información en la HCE. Los ítems están formulados de forma positiva con escala tipo Likert. Se realizó un análisis descriptivo univariante. Para las variables de carácter cualitativo, se utilizaron tablas de frecuencias, en las que se muestran las frecuencias observadas y relativas. Para las de carácter cuantitativo, se utilizaron estadísticos descriptivos de tendencia central y de variabilidad. Una vez realizado el análisis exploratorio de los datos, se recurrió al análisis factorial descriptivo para interpretar cual era la estructura subyacente, permitiendo así determinar el grado de satisfacción medio que las enfermeras que utilizan la HCE tienen en cada una de estas nuevas dimensiones. Para analizar el grado de relación lineal entre las variables de carácter cuantitativo se ha utilizado el coeficiente de correlación lineal de Pearson. Por último y para comprobar si existe relación entre la percepción que tienen las enfermeras con respecto a las ventajas que ofrece la HCE y el sexo, se ha utilizado el Test de Mann-Whitney. Para realizar el análisis estadístico se utilizó el programa PASS VERSIÓN 17.

**Resultados**

De las 113 enfermeras, el 87,5% son mujeres y el 12,5% hombres. La edad media es de 44,27 años. El tiempo medio trabajando con la HCE es de 47,15 meses. El 80,4% ha recibido formación para usar la HCE y el 19,6% no.

El análisis factorial realizado pone de manifiesto que hay 5 factores que explican un 63,8% de la variabilidad total. Las puntuaciones medias en "Continuidad Asistencial del paciente en relación a la enfermera" (media 1,88) y "Continuidad Asistencial General" (media 2,19) indican que las enfermeras están bastante de acuerdo en que la HCE les permite conocer estos aspectos. No sucede así con "Formación", "Usabilidad" y "Registro de la Información" donde las valoraciones medias, 2,6, 3,26, y 2,69 respectivamente, tienden a indicar que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo con que la HCE requiera, sea o condicione los aspectos anteriormente señalados. El análisis de la relación entre los factores de percepción que la enfermera tiene en cuanto a la HCE y la edad, pone de

manifiesto que solamente existe relación significativa con la "Continuidad Asistencial General" ( $r=-0,190$ ,  $p$ -valor 0,046), de manera que a medida que el enfermero tiene más edad, más de acuerdo está en que la HCE proporciona Continuidad Asistencial en General. No se han detectado diferencias significativas entre la percepción de la enfermera con respecto a la HCE y el género.

#### Discusión

Los resultados constatan percepción positiva de la enfermera entorno a la continuidad asistencial que proporciona la HCE. La limitación principal es que no se pueden extrapolar los resultados al resto de la población. Las TIC, y más concretamente HCE, deberían permitir a las enfermeras disponer de información e intercambiarla y por tanto conocer la trayectoria asistencial del paciente, con el consiguiente impacto positivo en la práctica clínica. Las futuras líneas de investigación pueden ser replicar con otras muestras el análisis realizado para poder confirmar si efectivamente se mantienen los factores obtenidos en la investigación actual y realizarla en otros niveles asistenciales y profesionales sanitarios.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Adams WG, Mann AM, Bauchner H. Use of an electronic medical record improves the quality of urban pediatric primary care. *Pediatrics*. 2003;111(3):626-32.
- Banner L, Olney C. Automated clinical documentation: Does allow nurses more time for patient care? *Comput Inform Nurs*. 2009;27(2):75-81.
- Bond CS. Nurses and computers. An international perspective on nurses' requirements. *Stud Health Technol Inform*. 2007;129(Pt 1):228-32.
- Cugota L. TicSalut, la revolució digital al servei de les persones. Exemples d'innovació al sistema català de salut. Barcelona: Infonomia; 2007.
- Hakes B, Whittington J. Assessing the impact of an electronic medical record on nurse documentation time. *Comput Inform Nurs*. 2008;26(4):234-41.
- Hayrinen K, Saranto K, Nykanen P. Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: A review of the research literature. *Int J Med Inform*. 2008;77(5):291-304.
- Història clínica compartida de Catalunya [página en Internet]. [citado el 02/05/2009]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2495/index.html>.
- Hita de la Torre G. Ventajas de la historia clínica informática. *Todo Hospital*. 2005(215):165-171.
- Kossmann SP, Scheidenhelm SL. Nurses' perceptions of the impact of electronic health records on work and patient outcomes. *Comput Inform Nurs*. 2008;26(2):69-77.
- Kushniruk AW, Patel VL, Cimino JJ. Usability testing in medical informatics: Cognitive approaches to evaluation of information systems and user interfaces. *Proc AMIA Annu Fall Symp*. 1997:218-22.
- Lleixa M, Espuny C. Las tecnologías de la información y de la comunicación y la disciplina enfermera. *Agora Infirm*. 2007;11(4):1176-80.
- Poissant L, Pereira J, Tamblyn R, Kawasumi Y. The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: A systematic review. *J Am Med Inform Assoc*. 2005;12(5):505-16.
- Robert E, Soar J, Buisktra E, Fallon T, Hegney D. Attitudes of Australian nurses to information technology in the work place: A national survey. *Comput Inform Nurs*. 2009;27(2):114-21.
- Roig C, Erra N, Seguer A, Belda S, Juncosa S. Opinión de profesionales y pacientes sobre la introducción de la informática en la consulta. *Aten Primaria*. 2005;36(4):194-7.
- Salisbury C, Sampson F, Ridd M, Montgomery AA. How should continuity of care in primary health care be assessed? *Br J Gen*

Pract. 2009;59(561):134-41.

Wyatt JC, Sullivan F. eHealth and the future: Promise or peril? BMJ. 2005 10;331(7529):1391-3.

Versión Provisional - Preliminary version

**AUTORES/AUTHORS:**

ALICIA QUINTANA GARCIA, JOSE HENRIQUEZ VENTURA, DANIELA CELIA MONTESDEOCA RAMIREZ, CARMEN NIEVES HERNANDEZ FLORES, BASILIA VIERA MELIAN, BEATRIZ GUTIERREZ HERNANDEZ, ANA BERTA DIAZ OJEDA, ANGELES VICTORIA RODRIGUEZ JIMENEZ, GABRIELA JIMENEZ MENDOZA

**TÍTULO/TITLE:**

Hábitos dietéticos y de vida , preferencias alimentarias, conocimiento y opiniones de los jóvenes de Arucas y Firgas

Los hábitos inadecuados se relacionan con numerosas enfermedades de elevada prevalencia y mortalidad en el mundo occidental. A lo largo del siglo XX, en España se han producido importantes cambios socioeconómicos que han repercutido en el consumo de alimentos y como consecuencia, en el estado nutricional de la población. Las conductas adquiridas durante la infancia que persisten en la adolescencia también trascienden a la edad adulta.

**OBJETIVOS**

- o Conocer los hábitos alimentarios y de vida de la población juvenil de Arucas y Firgas
- o Conocer las preferencias alimentarias, los conocimientos y opiniones sobre alimentación que tienen ambas poblaciones

**MÉTODO**

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta, realizado en la totalidad de los alumnos de secundaria de los institutos públicos de Arucas y Firgas, en el curso 2007/2008. El total de alumnos entrevistados fue en Arucas (n=1566) y Firgas (n= 267). La recogida de datos se llevó a cabo en el mes de mayo de 2008. Se utilizó el cuestionario del estudio enKid. El análisis estadístico se realizó, mediante software SPSS para Windows, versión 13.0. La asociación de los distintos factores se evaluó mediante la odd ratio, a través de un IC al 95%. El nivel de significación se consideró en p-valor menor a 0,005

**RESULTADOS**

La mujer asume (67,9%) el rol de planificar la alimentación familiar. Un 12,4% no desayuna nunca, 16% (Firgas) y el 9,4% (Arucas). Durante el fin de semana se realizan en mayor porcentaje las diferentes ingestas y se comparte más con la familia que durante la semana escolar. El 31% desayuna viendo la TV, el 46,5% almuerza y el 54,2% cena viendo la TV. El 97% no realizan un desayuno adecuado. Un 5,6% en Arucas consume bollería frente al 3,8% de Firgas. Un 9% lleva una dieta baja en calorías. El 20,5% de Firgas no disponen de formación nutricional frente al 2,5% de Arucas. El 23,3% de Firgas no le interesa formación nutricional frente al 15% de Arucas. Un 61,5% lee a veces las etiquetas, el 27% nunca y el 11,5% lo hace siempre. Un 30,4% de los encuestados manifiesta que le sobra peso. Nuestros jóvenes duermen una media de 8 horas, practican una hora de deporte y desarrolla actividades sedentarias durante más de 5 horas diarias. Prefieren las manzanas (26,3%), los plátanos (18,7%) y las fresas (14,9%). Destaca la preferencia por la lechuga (32,9%), el tomate (30,5) y las zanahorias (14,4%). Las lentejas (44,4%) y los garbanzos (18,6%) son las legumbres preferidas. Los alimentos de mayor agrado son: el arroz (22,9%), la carne (22,3%), las papas (18,8%) y las pastas (18,6%). Las galletas y los croissants son los productos preferidos para su desayuno. Las verduras (20,8%), las legumbres (18,1%) y el pescado son los más rechazados.

Para el 42,2% las sardinas no son ricas en calcio. Sólo el 19,8% reconoce que el pimiento es rico en vit C, más del 40% cree que la leche es rica en vit C.

El 78,5% considera que es importante leer las etiquetas. Un 93,7% opina que es importante desayunar en casa. El 67,2% cree que recomendable consumir verduras todos los días; un 80,2% reconoce lo mismo para la fruta. El 10,1% cree lo mismo para carne.

**DISCUSIÓN**

Las pautas alimentarias proyectan al ser humano sobre un grado esencial de interacciones dentro de la compleja red social. La relación del ser humano con su entorno es indisociable del resto, de ahí que la alimentación deba ponerse en relación con las actividades de producción y reproducción, las cuales ocupan un lugar central en la vida humana. La descripción de los hábitos pone

de manifiesto cambios que refleja la evolución de los hábitos alimentarios, destacando aquellos alimentos cuya tendencia se corrige con la edad como es el caso de la bollería, embutidos y azúcares en sentido descendente y de verduras en sentido ascendente. El desayuno continúa siendo la asignatura pendiente de los jóvenes pues sólo aporta el 14% de la ingesta diaria, la cual se concentra mayoritariamente en la comida y cena. En la actualidad, no hay relación entre el estado nutricional de nuestra población y la disponibilidad de alimentos y conocimientos sobre los mismos. La modificación en las preferencias del consumo de bebidas puede alterar los aportes de lácteos y frutas que serán sustituidos por refrescos azucarados. Con respecto al consumo de fruta sería necesario implicar a la familia y a los centros educativos (como principales fuentes de información) para alcanzar la recomendación de consumo diario, marcando el camino y el orden de preferencias. Rentabilizando la aceptación de las verduras y hortalizas a base de lechuga, tomate y zanahoria, deberíamos plantearnos incorporar este hábito.

#### IMPLICACION PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:

Los resultados obtenidos tienen gran valor para desarrollar intervenciones nutricionales dirigidas a este grupo poblacional tan vulnerable. Es importante conocer los factores que inciden en la configuración de los hábitos alimentarios y de vida en la edad infantil y juvenil planificando estrategias cuyo objetivo sea mejorarlos y alcanzar un mayor nivel de autonomía en las habilidades de salud relacionadas con la alimentación. Desarrollando intervenciones educativas orientadas al cambio de conocimientos, actitudes y conductas relacionadas con la alimentación.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Armas Navarro A, Estévez González p. El desayuno de los escolares canarios. Encuesta de alimentación y nutrición. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias. Dirección General de Salud Pública, 1993.
- Cabrera de León A et al. Presentación de la cohorte "CDC de Canarias": Objetivos, diseño y resultados preliminares. Rev Esp. Salud Pública 2008; 82:519-534.
- Estrategia NAOS disponible en: [www.naos.aesan.msc.es](http://www.naos.aesan.msc.es)
- Henríquez P. et al. Prevalencia de obesidad y sobrepeso en adolescentes canarios. Relación con el desayuno y la actividad física. Med Clin (Barc).2007
- Sanchéz Hernández, JA, Serra Majem L. Importancia del desayuno en el rendimiento intelectual y en el estado nutricional de los escolares. Rev Esp Nutr Comunitaria 2000; 6(2): 53-95
- Serra Majem L, Ribas L, Castel V, Llorenas G y Salleras L. Consejo nutricional y alimentaria. Med Clin (Barc) 1994; 102 Supl 1: 93-99.
- Serra Majem L et al. Encuesta Nutricional de Canarias (1997-1998). Servicio Canario de la Salud; 2001
- Serra L, Aranceta J. Desayuno y equilibrio alimentario. Estudio enKid. Barcelona: Masson, 2000.
- Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Peña Quintana L. Obesidad Infantil y juvenil en España. Resultados del estudio Enkid (1998-2000). Med Clin (Barc) 2003; 121 (19): 725-32.
- Paidós 84. Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil. Proyecto Universitario, Madrid, Jonagar, 1985.
- Proyecto Delta disponible en: [www.gobiernodecanarias.org/sanidad/gc/noticias](http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/gc/noticias)
- Proyecto Helena disponible en: [www.helenastudy.com](http://www.helenastudy.com)
- Aranceta J. Tendencias de consumo, hábitos alimentarios y estado nutricional de la población escolar de Bilbao. Tesis Doctoral. Universidad del país Vasco, Bilbao, 1988.
- Gracia M. Somos lo que Comemos. Estudios de alimentación y cultura en España. Ariel Antropología, Barcelona, 2002.
- Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Concepto, métodos, estrategias. Masson, Barcelona, 1989

**AUTORES/AUTHORS:**

MARÍA JESÚS CAZALLO HERVÁS, EUGENIA GIL GARCÍA, SOFÍA DÍAZ SABÁN, FRANCISCO GARRIDO PEÑA, SOLEDAD VÁZQUEZ SANTIAGO, SERGIO BARRIENTOS TRIGO

**TÍTULO/TITLE:**

Opiniones sobre la participación de afectados de VIH/sida: propuestas de mejora para políticas y estrategias sanitarias

Financiación: Servicio General de Salud Pública y Participación. Promoción de Salud y Planes Integrales. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

**Objetivos**

1. Conocer las opiniones que tienen de la participación ciudadana los actores sociales vinculados al VIH-SIDA.
2. Elaborar propuestas que favorezcan la participación de afectados y la corresponsabilidad de las asociaciones.

**Método**

Investigación llevada a cabo en Andalucía. Metodología Cualitativa. Muestra intencional teniendo en cuenta los diferentes actores vinculados al VIH/SIDA: portadores no asociados, personas vinculadas al movimiento asociativo (ONGs) y trabajadores de la administración de servicios sanitarios (Agentes Públicos).

Estrategia de obtención de datos: 32 Entrevistas Semiestructuradas y 3 Grupos Triangulares. El proceso de captación se llevó a cabo a través de instituciones sanitarias y asociaciones de pacientes.

Procedimiento de análisis: Análisis sociológico del discurso en los grupos, análisis de contenido y matrices DAFO en las entrevistas. Herramienta de apoyo el software NUDIST VIVO versión 8. Para validar los resultados llevamos a cabo la triangulación entre investigadores y tuvimos en cuenta la saturación de la información.

**Resultados**

Las personas entrevistadas afectadas por VIH/SIDA no vinculadas a las asociaciones poseen mucha información sobre la enfermedad pero saben poco de las asociaciones; tienen altas expectativas de la participación y sobre las posibilidades que ésta brinda. Se muestran dispuestos a implicarse en el movimiento participativo y asumir responsabilidades.

Las personas vinculadas al movimiento asociativo consideran la participación como el único vehículo que dispone la sociedad civil para conseguir cambios sociales. Mantienen 3 discursos distintos con respecto a las funciones que cubren las asociaciones: "función tapadera", "función mediadora" y "función apoyo mutuo". Son conscientes del cambio que se está produciendo en la relación entre asociaciones y administración y proponen diferentes medidas para minimizar las consecuencias de la actual relación radial y asimétrica.

Los agentes públicos valoran la participación ciudadana positivamente aunque manifiestan dudas sobre la representatividad tanto de los procesos participativos como de las ONG's existentes cuestionando la estabilidad del tejido asociativo. Son conscientes de la importancia que tiene el diseño de una nueva estructura de participación y esperan que ésta esté descentralizada y coordinada.

Las ONG's son conscientes de la importancia que tiene en Andalucía el proceso de cambio orientado hacia la creación de una estructura institucional participativa. Se muestran motivadas y afirman que van a participar y a trabajar aunque condicionan su participación a un incremento de los recursos de tiempo, económicos y humanos ya que éstos son muy escasos y opinan que su colaboración supondrá un incremento de trabajo. Consideran que el proceso de cambio y de creación de una estructura institucional participativa debe conllevar distintas fases: una primera fase en la que se definan los criterios de acceso, se garantice la equidad y la representatividad, se repartan las tareas y se marquen objetivos claros; y una segunda fase en la que se evalúe el trabajo realizado.

Portadores y/o enfermos de VIH/sida creen que su aportación personal puede ser muy útil para ayudar a otras personas a través de su experiencia de vida, sin embargo existe un rechazo generalizado a la participación vinculada al VIH en público y prefieren vías participativas caracterizadas por la privacidad (entrevistas, teléfono, correo electrónico). Consideran que para impulsar la participación se deben poner en prácticas fórmulas que protejan su privacidad.

#### Discusión

La participación ciudadana tiene el objeto de suplir carencias y deficiencias sanitarias invitando a los agentes públicos, ONG's/asociaciones y usuarios a colaborar, cooperar y mediar para establecer lazos de cooperación y confianza entre pacientes, familiares y administración sanitaria.

#### Implicaciones para la práctica

La administración sanitaria debe favorecer la participación ciudadana y con ello aumentar la información de afectados, el empoderamiento y la corresponsabilidad. Para ello, es preciso disminuir la asimetría de información; y diseñar condiciones institucionales que favorezcan la participación como la búsqueda de fórmulas para que los y las afectados no asociados participen, informar desde los Centros de Salud sobre los recursos participativos existentes, introducir las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación, activar campañas frente al VIH/sida acorde con la situación actual, remunerar económicamente a las ONG's /asociaciones por participar y reducir la complejidad de los procedimientos participativos.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Boudon, R. Effets pervers et ordre social. Paris: Universitaires de France. 1977.
- Canto Chac, M. Las políticas públicas participativas, las organizaciones de base y la construcción de espacios públicos de concertación local. [http://www.politicaspUBLICASysalud.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=234&Itemid=41](http://www.politicaspUBLICASysalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=234&Itemid=41).
- Castells, M. C.; Albores, J. La era de la información: Economía, sociedad y cultura (4ª ed.). Madrid: Alianza. 2006.
- Coalition for just and effective drug policy (ENCOD). Usos de drogas y participación democrática. 2009.
- Corbin, J. H.; Mittelmark, M. B. Partnership lessons from the global programme for health promotion effectiveness: A case study. Health Promotion International. 2008.
- Dehm, R.; Wigger, B. U. A principal-agent approach to a self-administered organization with an elected principal. Public Choice. 2009.
- Douglas, M. Como piensan las instituciones. Madrid: Alianza 1996.
- Elster, J. Deliberative Democracy. Cambridge: University Press. 1998.
- Font, J. Ciudadanos y políticas públicas. Barcelona: Ariel. 2001.
- Fernández Prados, J. S. La cultura política y democrática del voluntariado. Revista Del Ministerio De Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 2004.
- Flynn, K, Smith, M. A Vanness, D. A typology of preferences for participation in healthcare decision making, Social Science and Medicine. 63. 2006.
- Ganuzas Fernández, E.; Robles Morales, J. M. Modelos de acción pública en una sociedad asimétrica. Revista Española De Investigaciones Sociológicas, (113), 109-131. 2006.
- Gintis, H. The Bounds of Reason: Game Theory and the Unification of the Behavioral Sciences Princeton, 2009.
- Llois Goig, R. ONG internacionales y solidaridad global. Un análisis referido a la sociedad española. Revista Española De Investigaciones Sociológicas, (120), 117-132. 2007.

- Organización Panamericana de Salud. Comprensión y respuesta al estigma y discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud. 2003.
- Ortiz González, J.; Rubio Sanz, A. Organismos y mecanismos de apoyo sanitarios en Andalucía. La infección por el VIH. Guía práctica. Sociedad andaluza de enfermedades infecciosas. 2003.
- Plan Nacional de SIDA, Ministerios Sanidad y Consumo, & Ministerio de Ciencia e Innovación. Situación epidemiológica del VIH sida en mujeres. 2008.
- Riggs, N. R., Nakawatase, M., & Pentz, M.A. Promoting community coalition functioning: Effects of project STEP. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 9(2), 63-72. 2008.

Versión Provisional - Preliminary Version



**Mesa de comunicaciones 15: Docencia****Concurrent session 15: Nursing education****AUTORES/AUTHORS:**

Joaquín Tomás-Sábado, Amor Aradilla-Herrero, Montserrat Edo-Gual, Cristina Monforte-Royo

**TÍTULO/TITLE:**

Miedo a la muerte y estrés en las prácticas clínicas en estudiantes de enfermería

**Introducción**

Numerosos estudios han identificado altos niveles de estrés en los estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas, constituyendo una de las primeras causas de abandono de sus estudios [1]. El contacto con el sufrimiento y la muerte de los pacientes parece constituir el principal factor provocador de incomodidad y tensión.

Los estudiantes de enfermería, a lo largo de sus prácticas clínicas, entran en contacto, muchas veces por primera vez, con el sufrimiento y la muerte de otras personas, debiendo enfrentarse, no sólo a los miedos del paciente y de sus familias, sino también a sus propios temores [2]. Según Benbunan et al. [3], el afrontamiento de la muerte y el proceso de morir es una de las experiencias más impactantes y estresantes a las que deberá enfrentarse el estudiante de enfermería a lo largo de sus prácticas en el ámbito hospitalario. Loftus [4], por su parte, señala que en los diarios de prácticas que realizan los alumnos, el tema más recurrente es el contacto con la muerte. Otros estudios [5, 6] confirman que las situaciones clínicas que producen mayor estrés y ansiedad a los estudiantes son aquellas directamente relacionadas con las experiencias en torno a la muerte y al sufrimiento ajeno.

El objetivo de este trabajo fue estudiar las relaciones entre los distintos aspectos del miedo a la muerte y los agentes estresores percibidos en las prácticas clínicas en una muestra de estudiantes de enfermería.

**Método**

**Sujetos.** Participaron 133 estudiantes de segundo y tercer curso de enfermería, 118 mujeres y 15 hombres, con una edad media de 22,47 (DT = 5,26) y un rango de 18 a 46 años.

**Instrumentos.** Los estudiantes respondieron un cuestionario anónimo y autoadministrado que contenía, además de datos sobre edad y sexo, los siguientes instrumentos de medida:

- Cuestionario de Estresores de Estudiantes de Enfermería en Prácticas Clínicas (KEZKAK) [7]. El KEZKAK consta de 41 ítems con formato de respuesta tipo líkert de cuatro opciones (nada, algo, bastante y mucho) que puntúan desde cero para la respuesta "nada" hasta tres para "mucho".
- Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester (Collet-Lester Fear of Death Scale = CLFDS) [8] (17), en su versión española [9] (18); la CLFDS es un instrumento multidimensional autoadministrado que consta de 28 ítems y cuatro dimensiones (7 ítems para cada una): miedo a la propia muerte, miedo al proceso de morir propio, miedo a la muerte de otros y miedo al proceso de morir de otros, con un formato de respuesta tipo Likert, de 1 = mucho, a 5 = nada.

**Procedimiento.** El estudio se ajustó a un diseño observacional, transversal. Los datos fueron tabulados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS 17.0 Para Windows, calculándose índices descriptivos, coeficientes de correlación de Pearson y regresión lineal múltiple.

**Resultados**

Se obtuvieron coeficientes de correlación positivos y significativos entre las puntuaciones del KEZKAK y las cuatro subescalas de la CLFDS ( $p < 0,01$  en todos los casos).

Para determinar los factores que pueden considerarse predictores del estrés, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple, método stepwise, considerando el estrés como variable dependiente y como variables independientes las cuatro subescalas de la CLFDS. La subescala Miedo al proceso de morir de otros fue la principal variable predictora, seguida de la subescala de Miedo a la muerte de otros, explicando conjuntamente un 33% (R<sup>2</sup>aj) de la varianza.

#### Discusión

Los resultados obtenidos confirman el importante papel que las actitudes y el miedo ante la muerte presentan sobre el estrés percibido de los estudiantes de enfermería en sus prácticas clínicas, especialmente en lo que se refiere a los aspectos relacionados con el proceso de muerte de las personas a las que cuidan.

El área clínica constituye un importante aspecto del aprendizaje del estudiante de enfermería. Sin embargo, también puede constituir, por diversas razones, una fuente significativa de ansiedad y estrés [10]. La formación de futuros profesionales capaces de dispensar cuidados de calidad en todas las etapas vitales, plantea la necesidad de incluir en los programas docentes una adecuada estructura de soporte en las prácticas clínicas y la disponibilidad de servicios de apoyo y consejo al estudiante, así como el seguimiento de estrategias pedagógicas adecuadas que favorezcan un ambiente de aprendizaje positivo y el desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

##### Referencias

1. Shipton SP. The process of seeking stress-care: coping as experienced by senior baccalaureate nursing students in response to appraised clinical stress. *J Nurs Educ.* 2002;41:243-56.
2. Tomás-Sábado J, Gomez-Benito J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Rev Psicol Gral Aplic.* 2003; 56:257-79.
3. Benbunan B, Cruz F, Roa JM, Villaverde C, Benbunan BR. Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería: una propuesta de intervención. *Int J Clin Health Psychol.* 2007; 7:197-205.
4. Loftus LA. Student nurse's lived experience of the sudden death of their parents. *J Adv Nurs.* 1998; 27:641-8.
5. Doyle M. Transformation of nursing students' attitudes, assumptions, and beliefs on death and dying: A mixed methods study [Tesis doctoral]. Minnesota: Capella University; 2008.
6. Al-Sabwah MN, Abdel-Khalek AM. Four year cross-sectional comparison of death distress among nursing college students. *Omega.* 2005; 52:237-48.
7. Zupiria X, Uranga MJ, Alberdi MJ, Barandiaran M. KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Gac Sanit* 2003; 17:37-51.
8. Lester D, Abdel-Khalek A. The Collett-Lester Fear of Death Scale: A correction. *Death Stud.* 2003; 27:81-5.
9. Tomás-Sábado J, Limonero JT, Abdel-Khalek AM. Spanish Adaptation of the Collett-Lester Fear of Death Scale. *Death Stud.* 2007; 31:249-60.
10. Elliott M. The clinical environment: a source of stress for undergraduate nurses. *Aust J Adv Nurs* 2002;20:34-8.

**AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>º</sup> Dolores Guerra Martín, Marta Lima Serrano

**TÍTULO/TITLE:**

Estrategia para capacitar al alumnado de tercer curso de la Diplomatura en Enfermería en la gestión de la información

Introducción: Esta estrategia de enseñanza-aprendizaje está orientada a iniciar el uso de los créditos según se recogen en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Los estudiantes de Grado en Enfermería deben adquirir unas competencias (generales, transversales y específicas) que les habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Una competencia transversal planteada desde la Universidad es la que hace referencia a las habilidades de gestión de la información (habilidad para buscar y analizar información proveniente de diversas fuentes). Se ha detectado un déficit de conocimiento en búsquedas de información científica en el alumnado de tercer curso de la Diplomatura en Enfermería, es por lo que este aprendizaje se ha integrado en el proyecto docente de la asignatura de Administración de Servicios en Enfermería durante el curso 2008/2009.

Objetivo: Capacitar al alumnado en la gestión de la información.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Población de estudio: 45 estudiantes. El aprendizaje se ha llevado a cabo en las preclínicas éstas se enfocan desde la perspectiva de la enseñanza práctica siendo facilitadoras de la formación activa del alumnado. La muestra ha estado compuesta por 41 estudiantes que han asistido a estas preclínicas. Tenían cinco preclínicas organizadas de la siguiente manera: Dos sesiones en el aula de informática en grupos de 8-10 estudiantes, donde aprendían de una manera práctica los contenidos planificados en la asignatura. Una sesión tutorial individual o en pareja donde elegían el tema de búsquedas. Dos sesiones de trabajo autogestionadas por los estudiantes. Tenían que presentar un informe del proceso de trabajo de búsquedas de información de una manera estructurada y especificada en el programa de la asignatura. Una vez entregado el informe se les pasaba un cuestionario de opinión de este aprendizaje en concreto con 9 ítems. La Universidad realizó un cuestionario sobre la actuación docente del profesorado con 18 ítems.

Resultados: La asistencia a las sesiones en el aula de informática, a la sesión tutorial y la presentación del informe ha sido del 91,11% (41 estudiantes). En cuanto a las calificaciones 3 aprobados (7,14%), 15 notables (35,71%) y 24 sobresalientes (57,14%).

Los temas que han elegido han versado sobre la gestión de cuidados en Atención Especializada y en Atención Primaria.

Cuestionario de opinión: 80% no tenía conocimientos suficientes y para el 100% el aprendizaje ha sido útil. Cuestionario sobre la actuación docente, puntuando sobre 5: Media: 4,74. El resto de los resultados se presentan en la comunicación completa.

Discusión: El alumnado ha estado muy satisfecho con esta estrategia de aprendizaje en gestión de la información por realizarse de una manera muy práctica en grupos pequeños y con una tutorización personalizada. En cuanto a las implicaciones para la práctica docente: Para conseguir habilidades de gestión de la información es muy importante la planificación y organización previa de los contenidos del aprendizaje en el proyecto docente de la asignatura. Además de fomentar el aprendizaje activo del alumnado y fomentar el interés por la actualización de conocimientos a lo largo del periodo de formación y del posterior desarrollo profesional

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Barderas, A y Escobar, G. (2004). Fuentes de información en enfermería: Buscando la evidencia. *Enfermería en anestesia-reanimación y terapia del dolor*, nº 12.
- Echevarría, B. (2002). Gestión de la competencia de acción profesional. *Revista de Investigación Educativa*: 29, 1, 7-43.
- Guerra, M. D. y Barrera J. A. (2007). "Autonomía en el aprendizaje sobre el manejo de Bases de Datos de interés para la disciplina enfermera". *Revista de acceso abierto de la Universidad de Murcia RED-U*.
- Guerra, M. D. y García, C. (2008). "Desarrollo de habilidades para la utilización autónoma de las Bases de Datos de interés para la disciplina enfermera". *Experiencia de Innovación Universitaria (I)*. Curso 2005/2006. Editores: Mesa, J. M., Castañeda, R. y Villar, L.

M. Instituto de Ciencias de la Educación. Vicerrectorado de Docencia. Universidad de Sevilla: 291-306.

- Guerra, M. D. (2009). "Estrategias de formación para conseguir que los alumnos sean competentes en la gestión de la información. Experiencia de Innovación Universitaria (I). Curso 2006/2007". Editores: Mesa, J. M., Castañeda, R. y Villar, L. M. Instituto de Ciencias de la Educación. Vicerrectorado de Docencia. Universidad de Sevilla: 221-236.
- Guerra, M. D. (2010). "Adquisición de competencias en búsquedas de información en alumnos y alumnas de la Diplomatura de Enfermería mediante la estrategia de la tutorización". Aprobado para su publicación en la revista Evidentia nº 32 (oct-nov 2010).
- Jiménez, J. A.; Guillén, J. F. y Murillo, R. (2006). Fuentes de documentación para enfermería. Enfermería Global, nº 8. [www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/)
- López, L. y otros. (2002). Recursos de enfermería en la red. Enfermería Global, nº 1.
- Richart, M., Cabrero, J., Tosall, B., Romá, M. T., Vizcaya, M. F. (2001). Búsqueda bibliográfica en enfermería y otras ciencias de la salud. Bases de datos en Internet. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Seva, A. M. (2005). Revistas de enfermería en la red. Enfermería Global, nº 7.

Versión Preliminar - Preliminary Version

**AUTORES/AUTHORS:**

Asiye Gül, Hülya Üstündağ, Neriman Zengin

**TÍTULO/TITLE:**

ASSESSING STUDENT NURSES & MIDWIVES' HAND HYGIENE PRACTICES BY SELF- REPORT

**Objectives**

Healthcare-associated infections (HCAIs) represent a major cause of morbidity and mortality in hospitalized patients and hands play a major role in the transmission of infection in healthcare institutions (Jumaa 2005).

Hand hygiene is the new term encompassing the methods of hand cleaning and handwashing, hand disinfecting with antimicrobials, and surgical hand scrub. Handwashing is described as washing hands with plain or antimicrobial soap and water (Bjerke 2004). Hand hygiene, the single most important measure to prevent of HCAIs (Cole 2009). Nevertheless, the importance of the simple procedure is not sufficiently recognized by healthcare workers (HCWs), and compliance with recommended hand hygiene practices remains unacceptably low, average compliance is usually below 50% (Hugonnet & Pittet 2000, Pittet & Boyce 2001).

According to literature, different tool can be used to measure compliance with hand hygiene recommendation (Moret et al. 2004). Compliance to hand hygiene recommendation was measured in two ways: observational and self-report (O'Boyle et al. 2001). Yet there is no standard for measuring compliance with hand hygiene practices, however, and each method has advantages and disadvantages (Haas & Larson 2007). Self- report of hand hygiene compliance by HCWs has been used in a number of facilities (Boyce 2008). Individual self- report is an easy and inexpensive way to provide information HCWs' compliance with hand hygiene recommendation. It can be done routinely and periodically also enables one to reach a large number of HCWs in very little time. This type of intervention is a very good means to assess HCWs' opinion and knowledge (Moret et al. 2004).

The hand hygiene practices of nursing & midwifery students are important to examine because they are the future work force, and clinical practice provides the opportunity to address any factors leading to noncompliance with hand hygiene practices (Barret & Randle 2008). This study examines nursing & midwifery students' opinions and behaviors regarding hand hygiene during routine patient care.

**Methods**

A cross-sectional survey was performed among students of Bakirkoy Health School, Istanbul University (department of nursing & midwifery), in Turkey. Three hundred and five (n:305) students were taken in the sample group. The study was performed between January and February in 2010. Fifty-two students were excluded from the study since they were freshmen and have not started clinical practice. Second, third, and fourth year students comprised the study group. 305 students responded to the questionnaire among 371 students.

The data were collected by "Fulkerson scale" and "Feldman's criteria form". Fulkerson provided a scale of 15 typical clinical activities that were ranked from clean to dirty. Fulkerson scale: categories 1 through 6 as clean low-risk indications and categorized 7 through 15 as dirty high-risk indications (Wendt et al. 2004). Using the Fulkerson scale, the students were asked under what conditions they performed hand hygiene. The students were asked how do they wash their hands and they assessed this behavior according to Feldman's criteria on the questionnaire. The scores obtained from the answers were totaled between 0 and 20 points. The quality point in handwashing practices of students was obtained by adding up these points. 0-10 points were evaluated as "bad", 11-15 points were evaluated as "moderate" and 16-20 points were evaluated as "good" level of quality in handwashing (Akyol 2007). Written permission for this study was taken from the Health School administration. They were told that their participation in the study was voluntary. In the assessment of data, descriptive statistics such as mean, percentages and chi-square test were used.

**Results**

Three hundred and five students completed the survey. The mean age of the students were 21.90 ±1.90 (min=18, max=35). It is

determined that students can easily access the sink and hand hygiene preparations in the unit (85.9% and %88.9, respectively). 57.4% of the students reported that they used liquid soap to hand hygiene, 77.4% of them were using paper towels to dry and 18.6% of them didn't dry their hands after washing. When passing from one patient to another, 65.9% of the students reported that they were performing hand hygiene and 81% of them were changing gloves. Hand hygiene rates were 80.7% after removing gloves. "Sterile or autoclaved materials" at a rate of 11.8% and "thoroughly cleaned or washed materials" at a rate 25.6% were reported as dirty.

According to Fulkerson scale; hand hygiene rate is 37% for "Sterile or autoclaved materials" and 56.4% for "Thoroughly cleaned or washed materials". Majority of students reported that they always care hand hygiene after not only contact with dirty activities but also after clean activities.

As a result of evaluation of handwashing qualities, 0.7% of students were detected as having "bad", 21.3% as to have "moderate" and 78% as to have "good" quality of handwashing. There was no statistically significant difference between student groups ( $p=0.48$ ).

#### Discussion

Hand hygiene is acknowledged to be a fundamental practice in providing safe health care to patients (O'Boyle et al. 2001). In this study, most of the students reported that they used liquid soap, for hand hygiene in clinical practices. Interestingly, antiseptic usage was very low. In Kuzu et al.'s study, liquid soap usage among nurses was found to be high (99.3%). In a Turkish study conducted in intensive care units, it was determined that 3% of nurses use alcohol based hand disinfectants (Arda et al. 2005). Liquid soap is widely available in health institutions in Turkey and this situation facilitates the usage of this agent. It is clear that students need to be trained on antiseptic usage.

Hand drying is an essential component of effective hand hygiene. It is universally accepted that the transmission of microorganisms is more effective in wet environments than in dry environments (Jumaa 2005). In the study 18.6% of them didn't dry their hands after handwashing. Kesapli et al. (2004) found that the frequency of paper towel usage after handwashing is 79.8%. Poor access to hand hygiene supplies is certainly an import barrier to adequate compliance (Hugonnet & Pittet 2000). After all, it is pleasing that more than three-quarters of the group have opportunity to find paper towel to dry.

Education is seen as the cornerstone of effective practice (Cole 2009). Although the importance of hand hygiene has been stressed in lectures, 65.9% of students who state that they were performing hand hygiene when passing from one patient to another. In Snow et al. (2006)'s study, the rate of hand hygiene after each contact with a patient was 95.5% among student nursing assistants. In our study, the rate is quite low. We think that this issue must be stressed and supported with training programs. Education and training, the most frequently implemented interventions designed to improve compliance, have had limited long-term success (O'Boyle et al. 2001).

Gloves have been used to reduce the transmission of pathogens in clinical setting and to help control outbreak (Jumaa 2005). Failure to remove gloves after patient contact or between dirty and clean body site care on the same patient has to be regarded as non compliance with hand hygiene recommendation (Pittet & Boyce 2001). The frequency of students who said that they would change their gloves when passing to another patient was 81%. Gloves may contribute to the spread of pathogens in turn if not used correctly (Jumaa 2005). It must be acknowledged that using gloves does not eliminate the necessity of hand hygiene. It is absolutely important that students know under what conditions they have to wear gloves or when they have to change their gloves.

Hand hygiene compliance affected by use of glove (Cole 2009). Furthermore, it has been shown that contamination on the skin of gloved hands occurs, implying that hand hygiene is vital after glove removal (Hugonnet & Pittet 2000). The rate of students who said that they were performing hand hygiene after removing their gloves was 80.7%. Hand hygiene after removing one's gloves is an important factor on the prevention of HCAs.

When students were asked to assess the Fulkerson scale as clean or dirty, most students described the first two activities as "clean" (88.2% and 74.6%, respectively). Although the first six activities on the Fulkerson scale were described as "clean", most of the students assessed the third, fourth, fifth, and sixth activities as "dirty" (min=95.4% and max=97.7%). If students know whether these

activities are clean or dirty, they would be able to regulate their hand hygiene behavior. Likewise, this situation is observed when students were asked about conditions that require hand hygiene according to the Fulkerson scale. Since the first two activities were regarded as "clean", the frequency of hand hygiene was low and the following 13 activities reflected similarly high hand hygiene frequencies.

In Larson & Lusk's study (2006), 46.6% reported that hand hygiene is necessary for the seventh activity. The frequency of hand hygiene was higher for the other activities. Wenth et al. (2004), found that compliance rates for antiseptic handrub use after these activities were relatively high for HCWs (between 56% and 90%). They also indicated an unexpectedly high frequency of hand hygiene related practices even after contact with sterile and clean material (Wenth et al. 2004).

Considering these findings, our study group needs to be trained on after which activities they must perform hand hygiene or not to perform it. In this study, students reported a positive attitude and high self-assessment of their hand hygiene behavior. Nevertheless, it is favorable that more than 95% of the group stated that they would perform hand hygiene except on the first two activities. It should be noted that the risk of contamination still exists even during "clean" procedures. Pathogenic microorganism can be recovered from body fluids or infected areas of skin in patients, but also from intact skin of hospitalized patients. HCWs can contaminate their hands with pathogens even when performing clean procedures involving direct patient contact such as taking blood pressure or touching a patient's inanimate environment (Jumaa 2005).

Globally, assessment of compliance with hand hygiene recommendation with the self-report method was good and provided interesting results (Moret et al. 2004). In this study, 78% of the participants were determined to have good handwashing skills according to the Feldman's criteria. Akyol (2007) found this rate to be 21.7% among nurses. Çelik & Koçasli (2008)'s study, 80.9% of students' reported that they washed their hand enough. We think that this situation should be examined with observations in order to assess students' attitudes and behavior in clinical practice.

#### Conclusion

Hand hygiene is a key practice used to reduce the risk and spread of HCAs. Hand hygiene is acknowledged to be a fundamental practice in providing safe health care to patients. The study demonstrates the interest in self-report in the evaluation of the compliance of the students with hand hygiene indications in the clinical practices. The responses given by the nursing & midwifery students, would allow the student to consider their performance in order to identify strengths and areas for further development. In as much as the lack of scientific information on hand hygiene would be barrier compliance with hand hygiene, these implications may be important for clinical practice and may be used for developing new educational strategies.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Akyol A (2007) Hand hygiene among nurses in Turkey: opinions and practices. *J Clin Nurs* 16, 431-437.
- Arda B, Senol S, Isikgöz Tasbakan M, Yamazhan T, Resat Sipahi OR, Arsu G & Ulusoy S (2005) Evaluation of compliance with hand hygiene rules in Ege University Medical Faculty intensive care units. *Yogun Bakim Dergisi* 5(3), 182-186 (in turkish).
- Barrett R & Randle J (2008) Hand hygiene practices: nursing students' perceptions. *J Clin Nurs* 17, 1851-1857.
- Bjerke NB (2004) The evolution handwashing to hand hygiene guidance. *Crit Care Nurs Q* 27(3), 295-307.
- Boyce JM (2008) Hand hygiene compliance monitoring: current perspectives from USA. *J Hosp Infect* 70(S1), 2-7.
- Cole M (2009) Exploring the hand hygiene competence of student nurses: a case of flawed self assessment. *Nurse Educ Today* 29, 380-388.
- Çelik S & Koçasli S (2008) Hygienic handwashing among nursing students in Turkey. *Applied Nurs Res* 21, 207-211.
- Haas JP & Larson EL (2007) Measurement of compliance with hand hygiene. *J Hosp Infect* 66, 6-14.
- Hugonnet S & Pittet D (2000) Hand hygiene-beliefs or science. *Clin Microbiol Infect* 6, 348-354.
- Jumaa PA (2005) Hand hygiene: simple and complex. *Int J Infect Dis* 9, 3-14.

- Kesapli M, Çete Y & Kartal M (2004) The pattern of handwashing and affecting factors in the emergency department. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 24, 235-242.
- Kuzu N, Özer F, Aydemir S, Yalcin AN & Zencir M (2005) Compliance with hand hygiene and glove use in a university-affiliated hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol* 26, 312-315.
- Larson E & Lusk E (2006) Evaluating handwashing technique. *J Adv Nurs* 53(1), 46 -53.
- Moret L, Tequi B & Lombrail P (2004) Should self-assessment methods be used to measure compliance with handwashing recommendations? A study carried out in a French university hospital. *Am J Infect Control* 32, 384-390.
- O'Boyle CA, Henly SJ & Larson E (2001) Understanding adherence to hand hygiene recommendations. The theory of planned behavior. *Am J Infect Control* 29, 352-360.
- Snow M, White GL, Aldeer SC & Standford JB (2006) Mentor's hand hygiene practices influence student's hand hygiene rates. *Am J Infect Control* 34, 18-24.
- Pittet D & Boyce JM (2001) Hand hygiene and patient care: pursuing the Semmelweis legacy. *Lancet Infect Dis* 4, 9-20.
- Wendt C, Knautz D & von Baum H (2004) Differences in hand hygiene behavior related to the contamination risk of healthcare activities in different groups of healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol* 25, 203-206.



**AUTORES/AUTHORS:**

JOSE ANTONIO SIMARRO BLASCO, MARIA CARINA NOHEDA BLASCO, MONICA BASCUÑANA BLASCO, MILAGROS NOHEDA RECUENCO, MARIA JESUS GUJARRO HERNAIZ, PIEDAD BROX MARTINEZ, MARIA ISABEL ROMERO CARRALERO, ISABEL TOLMO ARANDA, ENRIQUE SIMARRO BLASCO

**TÍTULO/TITLE:**

ESTILOS DE APRENDIZAJE Y PERCEPCIÓN DEL ESTRÉS EN ALUMNOS DE ENFERMERÍA, ENFERMERAS Y AUXILIARES EN UCI

**OBJETIVOS:** Por lo general se acepta que no todos aprendemos de la misma manera ni al mismo ritmo ya que cada uno de nosotros utiliza su propio método o estrategia. Así los estilos de aprendizaje se definen como los rasgos cognitivos, afectivos y fisiológicos que sirven como indicadores relativamente estables, de cómo las personas perciben, interaccionan y responden a sus ambientes de aprendizaje (Keefe, 1988)(1) (2).

Las investigaciones cognitivas han demostrado que las personas aprenden de diversas formas (3), lo que hace necesaria la reflexión sobre las variables que influyen en la capacidad de aprender. Una de estas variables es el estilo de aprendizaje o tendencia a desarrollar unas preferencias globales en la elección de estrategias para aprender (4). La comprensión del propio estilo por parte del profesional es uno de los factores claves para desarrollar la capacidad de "aprender a aprender".

El medio habitual de trabajo en las unidades de cuidados intensivos, supone una gran variabilidad de situaciones, con momentos de gran urgencia y estrés. El estrés elevado supone un bloqueo en la forma y calidad de respuesta frente a los cuidados en determinadas situaciones, llegando a anular, en ocasiones, a los profesionales implicados. Se debe tener en cuenta que los enfermeros por las características de la profesión "estar en contacto con el sufrimiento, dolor, invalidez, e incluso la muerte", así como por la interrelación con otros profesionales, están expuestos a mayor cantidad de estresores que otros grupos de trabajadores. Zryewsky y Davis (5) describieron las principales fuentes de estrés de la enfermería y comprobaron que las áreas académica y clínica generaban el 78,4% de los acontecimientos estresantes, el área social el 8% y el área personal el 13,6%. En otro estudio, Mahat (6), observó que los principales estresores en las prácticas clínicas, tenían que ver con el área interpersonal (50%).

Otro motivo de angustia y desorientación son las diferencias entre la teoría aprendida y la práctica que perciben en su entorno.(7) Lazarus y Folkman definen el estrés como "una relación particular entre el individuo y el entorno que es considerado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos". Para estos autores el estrés deja de ser un estímulo o una respuesta fisiológica o emocional, para convertirse en un proceso en el cual la relación entre el individuo y su medio se define como estresante en términos de la interacción dinámica de dos procesos básicos: la valoración cognoscitiva que cada persona hace sobre las demandas ambientales, y las estrategias de afrontamiento con que cuenta para hacer frente a dichas demandas.(8)

Se ha comprobado que uno de los factores terapéuticos más importantes en la terapia de grupo es el fenómeno de la universalización (9): Saber que lo que le ocurre a uno, también le ocurre a los demás, produce en las personas un gran alivio. Las teorías sociocognitivas del estrés sostienen que la respuesta a estímulos estresantes depende de la evaluación cognitiva realizada por el sujeto (8). Dos personas en la misma situación no responden de la misma manera a un mismo estímulo estresante y éste puede desencadenar mayor estrés en una que en otra.

Con todo lo expuesto, se puede determinar que dependiendo del tipo de aprendizaje que tenemos, variará el nivel de estrés ante distintas situaciones. Y con un estrés menor mejorará la respuesta en las actuaciones y se optimizarán los cuidados.

Como objetivos descriptivos, queremos determinar y analizar los estilos de aprendizaje predominantes en el personal sanitario de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del hospital Virgen de la Luz de Cuenca y alumnos de práctica de tercer año. Valorar, también, la percepción del estrés ante distintas situaciones de la práctica clínica, relaciones con el equipo, incertidumbre, relación con el paciente y sobrecarga de trabajo. Nos planteamos interrelacionar los estilos de aprendizaje como forma de adaptación al

estrés, es decir, si varían los niveles de estrés percibido en función del grado de los diferentes estilos de aprendizaje.

**MÉTODOS:** estudio descriptivo, comparativo y transversal realizado en diciembre 2008. Se utilizó el modelo de aprendizaje de Kolb, según el modo de procesar la información. (10) Distribuimos el Cuestionario Honey-Alonso de Estilos de Aprendizaje (CHAEA) (Alonso y cols., 1994). Valora 4 estilos de aprendizaje: Activo, reflexivo, teórico y pragmático. Consta de 80 ítems (20 ítems por cada uno de los cuatro estilos) a las que se responde dicotómicamente manifestando si se está de acuerdo (signo +) o en desacuerdo (signo -)(10,11,12).

El cuestionario se realizó de manera anónima y voluntaria. Se explicó individualmente que se trataba de un cuestionario para determinar la forma de aprender, así como las instrucciones para cumplimentar los formularios, haciendo especial hincapié en que se contestaran todos los ítems.

La puntuación en cada estilo tiene un baremo distinto, identificando cinco grupos internos(muy alto, alto, moderado, bajo y muy bajo)(13). El equipo investigador decidió, a la hora de relacionar estrés con los tipos de aprendizaje, agrupar en dos grupos: por un lado Muy Alto, Alto y Moderado y otro grupo Bajo y Muy Bajo.

Para medir la percepción del estrés se utilizó el cuestionario KEZKAK (14) compuesto por 40 ítems. En la escala KEZKAK los ítems reflejan distintas situaciones potencialmente estresantes a las que pueden enfrentarse los sujetos en la realización de su práctica clínica. Para cada ítem se establecieron 4 respuestas en una escala tipo Likert: nada (0), algo (1) bastante (2) y mucho (3). Se ha considerado estrés en todos aquellos ítems que obtuviesen una puntuación meda superior a 1,5.

Las situaciones estresantes o ítems se agrupan en 9 factores por el orden de importancia del estudio de Zupiria y cols. Cada factor está compuesto por distinto número de ítems y el mismo ítem puede estar en varios factores(14,15,16).

Factores socio-demográficos: sexo, años de experiencia profesional y edad de alumnos. Análisis estadístico con el programa SPSS 15.0. Se ha utilizado la prueba ANOVA y el test de Kruskal-Wallis. Nivel confianza del 95%.

**RESULTADOS:** Respondieron los cuestionarios un total de 40 profesionales sanitarios (25 enfermeras y 15 auxiliares) y 43 alumnos. El 95% fueron mujeres y el 5 % hombres. La media de edad en experiencia profesional enfermeras: 17.15±7.19 años, de auxiliares: 14.62±8.09 y edad de alumnos: 22.86±4.78.

El estilo de aprendizaje más predominante es el reflexivo con una media de 16.34 puntos, seguido del teórico con 14.49, pragmático 13.33 y activo 9.96.

Por grados el estilo reflexivo: Muy bajo(MB) 8.4%, Bajo(B) 10.80%, Moderado(M) 38.6%, Alto(A) 39.8% y Muy Alto(MA) 2.4%.

Teórico: MB 2.4%, B 13.3%, M 28.9%, A 28.9 y MA 26.5%

Pragmático: MB 2.4%, B 9.6%, M 34.9%, A 33.7% y MA 19.3%

Activo: MB 13.3%, B 15.7%, M 53%, A 14.5% y MA 3.6%.

Hay diferencias significativas en el estilo activo entre estudiantes y enfermeras con medias de 10.60 Vs 8.80 con  $p=0.041$ . Entre el resto de grupos no hay diferencias significativas en ningún estilo y grados.

Los ítems con más nivel de estrés son:

Confundirme de medicación: 2.88

Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente: 2.85

«Meter la pata»:2.53

Hacer daño psicológico al paciente: 2.48

Contagiarme a través del paciente: 2.45

Las categorías más estresantes:

FALTA DE COMPETENCIA: 2.37

IMPOTENCIA E INCERTIDUMBRE: 2.08

· Estilo Activo con B/MB: 29%. Diferencias estadísticamente significativas en 3 valores: "Contacto con el sufrimiento" Medias B/MB:

1.74 Vs M/A/MA: 1.34 p=0.016.

3 ítems como "Tener que dar malas noticias" Media 2.27 Vs 1.52 p=0.002. En todos los significativos, el B/MB es >1.5 y el M/A/MA <1.5 o en el límite.

- Reflexivo B/MB 19.24%: diferencias en 5 valores "No controlar la relación con el enfermo" 1.23 Vs 1.74 p=0.005 y 11 ítems como "Estar con la familia de un moribundo" 0.33 Vs 1.62 p<0.0001.

- Teórico (B/MB 15.7%) con diferencia en 4 valores como "Dañarse en la relación con el enfermo" 1.3 Vs 2.04 p=0.03 y 9 ítems como "Estar con un paciente Terminal" 1.00 Vs 1.81. Tanto en el reflexivo como el teórico la mayoría del grupo B/M es <1.5 y M/A/MA es >1.5.

- El pragmático (B/MB 12%) con 1 ítem con diferencia: "No saber cómo responder a la expectativa del paciente" 0.80 Vs 1.91 p=0.015.

#### DISCUSIÓN:

Se observa que es un grupo grande muy heterogéneo. Es imprescindible conocer si los alumnos y profesionales tienen grados de aprendizaje bajo o muy bajos de cada estilo para adaptar la metodología docente al alumno conseguir objetivos más altos en la formación. Por otro lado si cada uno conocemos los grados de nuestros estilos de aprendizaje, nos centraríamos en cursos o acciones formativas más adecuadas a nuestra forma de procesar la información, es decir, más activa en clases participativas, o más pasiva en clases teóricas, a distancias,....

En nuestra unidad, la media obtenida en la escala de estrés KEZKAK muestra una puntuación alta en muchos ítems considerados como factores desencadenantes de estrés. Debemos tener en cuenta que estas puntuaciones nos informan de qué es lo que les parece más estresante a los profesionales en la práctica clínica, no el nivel de estrés.

Diversos estudios consideran que las puntuaciones más altas de percepción del estrés correspondientes a situaciones relacionadas con la falta de competencia, impotencia e incertidumbre (16), deberían disminuir al adquirir experiencia profesional, pero con nuestro estudio descartamos que a mayor experiencia profesional disminuye la percepción de estrés en estas categorías.

Por otro lado sí podemos afirmar que, al comparar algunos ítems individualmente y alguna categoría de nuestro estudio entre estudiantes de enfermería y enfermeros, disminuye el nivel de estrés percibido con los años de experiencia.

Por parte de nuestros supervisores y gerentes, sería importante que a la hora de planificar las unidades y turnos, éstos fuesen realizados dentro de modelos reales de estrés para mejorar la calidad del trabajo.

La siguiente fase del estudio es comparar los niveles de estrés de nuestra unidad con otras unidades del hospital, para valorar las diferencias entre cargas de trabajo. La unidad de Cuidados Intensivos tiene unos niveles de percepción de estrés muy altos.

A nivel individual es importante conocer nuestro estilo de aprendizaje predominante, así como el baremo en los otros estilos, para intentar mejorar en aquellos en los que se tiene un grado bajo o muy bajo. Así mismo, sería interesante potenciar la realización de una formación continuada que se adaptase a nuestro estilo de aprendizaje predominante.

Como función docente, que tenemos dentro del equipo, debemos adaptarnos al estilo de aprendizaje de nuestros compañeros con una metodología docente adecuada a los estilos de aprendizaje de nuestros discentes.

En nuestra unidad los resultados nos muestran un estilo reflexivo más predominante. Algo importante a remarcar es la existencia de un alto porcentaje del grupo B/MB en el estilo Activo. Esto nos indica que deberíamos incidir en disminuir este porcentaje con los medios-métodos más adecuados para mejorar la calidad de la formación.

Grados B/MB en el estilo Activo supone una mayor percepción de estrés. Proponemos que aumentando el estilo Activo disminuiríamos los niveles de sensación de estrés en nuestro servicio. El estilo Activo elevado protege frente a la apreciación del estrés.

Por el contrario, en los estilos Reflexivos y Teórico, sienten más nivel de estrés el grupo con el estilo de aprendizaje M/A/MA.

En el estilo Pragmático no hay diferencias entre los distintos grados de aprendizaje.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Keefe JW. Profiling and utilizing learning style. Virginia: NASSP; 1988.
2. García E, Pascual F. Estilos de aprendizaje y cognitivos. En: Puente A. Estilos de aprendizaje y enseñanza. Madrid: CEPE, S.A.; 1994. p 30.
3. 2. Alonso C. Estilos de aprendizaje y estudiantes universitarios. En Gallego D, Alonso C. Estilos de Aprender y Estilos de Enseñar. Curso de Doctorado: UNED; 2001-2002. p. 39.
4. 3. Alonso C, Gallego D, Honey P. Los estilos de aprendizaje. Procedimientos de diagnóstico y mejora. Bilbao: Mensajero; 1994. p. 55.
5. Zryewskj T, Davis L. Sources of stress in third year bacalaureate nursing students AARN-New-Lett 1987; 43: 24-5.
6. Mahat G., Strees and coping: first year Nepalese nursing students in clinical settings. J.Nurs Educ 1996; 35:163-69.
7. Pérez Andrés, C y otras. La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. Rev. Española Salud Pública Set-Octubre 2002 76:5: 517-530
8. Lazarus R, Folkamn S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca 1986.
9. Zupiria ,X. y otros. Principales estresores de los estudiantes de enfermería relacionados con las prácticas clínicas y factores relacionados. Enfermería Científica; Octubre 2003; 258-259; 59-68.
10. Alonso C, Gallego D, Honey P. Los estilos de aprendizaje. Procedimientos de diagnóstico y mejora. Bilbao: Mensajero; 1994. p. 70-74.
11. Alonso C. Análisis y diagnóstico de los estilos de aprendizaje en estudiantes universitarios. Madrid: Univer-sidad Complutense; 1992.
12. Alonso C, Gallego D y Honey P. Cuestionario Honey-Alonso de Estilos de aprendizaje CHAEA. En: [www.aprender.org.ar/aulas/avadim/recursos/CHAEA1.rtf](http://www.aprender.org.ar/aulas/avadim/recursos/CHAEA1.rtf)
13. Honey P, Mumford A. The Manual of Learning Styles. Berkshire: Ardingly house; 1986.
14. Zupiria Gorostidi X, Uranga Iturriotz MJ, et al. KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Gaceta Sanitaria 2003; 17 (1): 37-51.
15. López Medina IM, Sánchez Criado V. Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Enfermería clínica, vol. 15, N° 6,2005.
16. Antolín Rodríguez R, et col. Situación de las prácticas clínicas que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. Enfermería Global. N°10. 2007.

**AUTORES/AUTHORS:**

MELTEM YILDIRIM, GULCAN KENDIRKIRAN, BAHAR NUR KANBUR, BETUL DUGENCIOGLU, FILIZ GOKCEN, HACER ZENGIN, MAKBULE BATMAZ

**TÍTULO/TITLE:**

Look at me, then empathy: Recognition of emotional facial expressions and empathic tendency in nursing students

Introduction: Nursing is a profession based on human relations and to improve the quality of nursing care it is necessary to build effective communication. With a healthy nurse-patient relationship; it is easier to collect accurate data from the patient, which will be necessary in nursing care plan. When the patient believes that the nurse could really understand him or her, then the patient's trust of the nurse will be stronger and this will strengthen their relationship [1,2].

Throughout their hospitalization period; patients may experience emotions such as passion, anxiety and fear; and to express these emotions they send verbal and non-verbal messages. Approximately 60 percent of the emotions express by the body. Thus; nurses should not only hear what patient complains. Also they should be aware of how the patient behaves and what the facial expressions say exactly [1].

Human face has a fascinating capacity to express emotions and recognizing the patient's facial expressions may be the first step of solving a problem. Also; by recognizing facial expressions, the nurse could consider the severity of the emotions [1,3].

Nursing is a profession of helping [4,5] and the main component of helping relationships is empathy [2,4]. Understanding the patient and his or her problem is only possible through empathy. Empathy is ability of sensing the patient's private world as if it were nurse's own world. It's also called "being in someone's shoes" [2]. Another definition of empathy is "awareness and insight into the feelings, emotions and behavior of another person and their meaning and significance" [6].

Human social interactions are critically dependent on emotional communication [7,8]; and communication is the basic component of nursing care. Ability to recognize emotional facial expressions and ability to empathy are necessary for a qualified nursing care. However; it takes time to improve these skills, thus they should be gained to nursing students during their education process [1,6].

Most nursing students are young and likely to have limited personal experience in hospitals and have limited communication with patient population before beginning their clinical rotations. To improve their empathy skills; with the collaboration of clinical teachers and healthcare professionals, reading and discussing classes should be done in school. There is a large body of books and literature with patient experiences about their illnesses. By reading and discussion these patient experiences; nursing students may improve their empathy skills [6]. Clinical experiences have been always an important part of nursing education. In clinical area; the students would be able to "practicing" as well as "knowing" [9]. While they're trying to have helping and caring relationships with the patients in clinical rotations; they also get too many chances to use what they read and discussed about empathy and facial expressions in their theoretical classes.

Before nursing students becoming a "nurse" in clinical area; their ability to recognize emotional facial expressions and ability to empathy must be improved. Therefore; the purpose of this study is to determine the skills in recognition of emotional facial expressions and empathic tendency in nursing students.

Method: The study was carried out descriptively in school of nursing of a foundation university in Istanbul with written permission, between December 21st-25th, 2009. The target population of the study includes 250 students who registered to school of nursing in 2009-2010 academic education years. The sample includes 218 voluntary students who were at school in data collecting process. The data was collected by Emotional Facial Expression Recognizing Scale (EFERS) and Empathic Tendency Scale (ETS) which are created by Prof. Dr. Ustun Dokmen [10]. EFERS includes 53 photographs which contain 17 emotional situations. The facial expressions in the photographs contain basic emotions (eg; happy) and mixed emotions (eg; happy-surprised). ETS is 20 item likert type scale which tests the empathic tendency. The reliability analysis of EFERS has been done by Dokmen with half-split test; and the correlation between the photographs which numerated odd-even was found  $r=0.90$ . ETS's cronbach's alpha score was found 0.82 by Dokmen. In this study the half-split test correlation was found  $r=0.77$ , ETS's alpha score was 0.77. On the basis of the homogeneity test which is done by One Sample Kolmogorow Smirnow and One Way Anova; the data was evaluated by frequency test, Mann Whitney-U and Kruskall Wallis test.

Results: 95.4% ( $n=208$ ) of the students were female. 80.7% ( $n=187$ ) of them described themselves as a "social" person, 74.3% ( $n=162$ ) of them as an "active" person, 65.1% ( $n=142$ ) of them as an "assertive" person and 74.3% ( $n=136$ ) of them as a "calm" person.

Recognition of emotional facial expressions in 1st grade students were significantly lower than the other students ( $p<0.001$ ). Male students' recognition scores in emotional facial expressions were lower than the female students ( $p<0.01$ ). The students who can't make eye contact with people have lower scores in recognition of emotional facial expressions than the students who can easily make an eye contact ( $p<0.05$ ). The students who can easily recognize if someone is sad before he/she complains have higher scores in recognition of emotional facial expressions ( $p<0.01$ ).

Empathic tendency of the students who describe themselves as social ( $p<0.001$ ), active ( $p<0.01$ ), assertive ( $p<0.01$ ) and calm ( $p<0.05$ ) person were significantly higher. The students who can easily communicate by talking face to face have higher empathic tendency scores significantly ( $p<0.01$ ). The students who can easily look at someone's face while talking have higher empathic tendency scores significantly ( $p<0.05$ ). The students who can't make an eye contact while talking have lower empathic tendency scores significantly ( $p<0.05$ ).

Discussion: According to the lower scores of recognition emotional facial expressions in first grade students; it is thought to be related to absence of clinical experience; because of the schedule in first semester doesn't include clinical rotations. Absence of clinical experience can cause insufficient ability to recognize emotional facial expressions rather than the students who had clinical rotations before. In our study; we found that the female students have significantly higher scores in recognizing emotional facial expressions. We thought that this finding may be related to two different reasons. Firstly, female students constitute bigger part of the sample with 95 percent. Secondly, all the male students are in first and second grades, thereby they have less clinical experience rather the important part of the sample which includes 3rd and 4th grades.

The students who can't make eye contact with people have lower scores in recognition of emotional facial expressions. Dogan and Demiral stated that; individuals who can easily make an eye contact while talking are very successful in impressing the others in communication [11]. Thereby it can be said that for a better communication it is necessary to make an eye contact and looking at someone's face while talking makes it easier to recognize emotional facial expressions. So, it's clear that the students who are able to make an eye contact are also able to recognize facial expressions easily. The statement of Dogan and Demiral is also suitable for the finding that the students who can easily recognize if someone is sad before he/she complains have higher scores in recognition of

emotional facial expressions

The students who describe themselves as social, active, assertive and calm person have higher empathic tendency scores. In the study of Tutuk et al. [4] which investigate nursing students' communication skills and empathic levels; it was found that more social activity indicates better empathy skills. Kozanoglu [12] stated that in opposition to assertiveness; shy people doesn't prefer to be in social environment and doesn't like to be with the people around, mostly prefer to be alone and they generally complain about they can't understand the others. Dincer [13] stated that active and assertive people can easily make an eye contact, speak fluently and communicate easily, also they described as calm and friendly people. The statements of Tutuk et al., Kozanoglu and Dincer [4,12,13] support our finding which is about self describing and empathic tendency.

The students who can easily communicate by talking face to face have higher empathic tendency scores. Ozmutaf and Celikli [14] defined the most important and effective communication style as talking face to face and it's better and safer than the other communication styles like message and web technology. The finding in our study indicates that for a better communication we need to empathy and if individuals prefer to use face to face communication rather than messages or web, it's easier to have empathy and better communication.

The findings of this study can only be generalized to the sample group and making this study with a larger sample and continuing the study for the four years of academic education can be suggested. Clinically, the first grade is the year that the students come across with the patient population recently. Hence; to improve their communication skills as sufficient as possible, interactive education techniques about body language and empathy and discussion groups should be done regularly.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Akpınar RB, Uzun O (2007) Recognizing Skills of Emotional Facial Expressions of the Students of School of Nursing and the Effect of Teaching on the Improvement of Students' Skills. *Ataturk Universitesi Hemsirelik Dergisi*, 10(2):73-80.
2. Cinar N, Cevahir R, Sahin S et al. (2007) Evaluation of the empathic skills of nursing students with respect to the classes they are attending. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 9(3):588-595.
3. Andreasson P (2010) Emotional Empathy, Facial Reactions, and Facial Feedback. *Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences*.
4. Tutuk A, Al D, Dogan S (2002) Determining communication skills and emphatic levels of nursing students. *Cumhuriyet Universitesi Hemsirelik Dergisi*, 6(2):36-41.
5. Mercer SW, Reynolds WJ (2002) Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52:9-13.
6. LaRocco SA (2010) Assisting Nursing Students to Develop Empathy Using a Writing Assignment. *Nurse Educator*, 35(1):10-11.
7. Harrison NA, Morgan R, Critchley HD (2010) From facial mimicry to emotional empathy: A role for norepinephrine? *Social Neuroscience*, 5(4):393-400.
8. Hess U, Philippot P, Blairy S (1998) Facial Reactions to Emotional Facial Expressions: Affect or Cognition? *Cognition and Emotion*,

12(4):509-531.

9. Sharif F, Masoumi S (2005) A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. BMC Nursing 2005, 4:6.

10. Sonmez BS (2005) Recognition of Facial Expressions of Emotions and Empathic Tendency of University Students, Maltepe University, Social Sciencec Institue, Department of Psychology, Human Sciences & Philosophy, MSc Thesis.

11. Dogan S, Demiral I (2007) The Role and Importance of Emotional Intelligence on Institutions' Success. Celal Bayar University, Yönetim ve Ekonomi Dergisi 14(1):209-230.

12. Kozanoglu T (2006) The Effect of Social Skills Education Program of being able to Cope with Shyness on Level of Adolescents' Shyness, Cukurova University Social Sciences Institute, Department of Education Sciences. MSc Thesis.

13. Dincer F (2008) Self-esteem and assertiveness levels of nursing and midwifery students, Cukurova University Social Sciences Institute. Department of Education Sciences. MSc Thesis.

14. Ozmutaf NM, Celikli S (2010) The Factors Affecting the Quality of Communication in Non-Governmental Organizations, Journal of Yasar University 17(5):2842-2858.



**Mesa de comunicaciones 16: Práctica Clínica****Concurrent session 16: Clinical Practice****AUTORES/AUTHORS:**

LUIS VILLAREJO AGUILAR, JOSÉ GUERRERO MORENO, ISABEL SALAS MONDÉJAR

**TÍTULO/TITLE:**

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA, RESULTADOS E INTERVENCIONES PREVALENTES EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS, AL ALTA HOSPITALARIA.

Esta investigación se presentó como Trabajo de Fin de Máster en el Master en Investigación e innovación en salud, cuidados y calidad de vida de la Universidad de Jaén. 2010.

**OBJETIVOS**

1. Identificar los diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras registradas en los informes de continuidad de cuidados al alta (ICC) de los pacientes pluripatológicos tras el alta hospitalaria.
2. Determinar la existencia de relaciones entre el número de diagnósticos, resultados e intervenciones registradas en el ICC de cada paciente con las variables socio demográficas.
3. Identificar grupos de diagnósticos de enfermería, de resultados y de intervenciones que se presentan asociados en los ICC de los pacientes.

**MÉTODOS**

Estudio observacional transversal, descriptivo y analítico. La población estudiada fueron pacientes pluripatológicos hospitalizados, con los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Pluripatológicos, según los criterios de la Junta de Andalucía del año 2002.
- Pacientes con un Informe de Continuidad de Cuidados completado antes del alta hospitalaria y que incluya la identificación de los diagnósticos, resultados e intervenciones al alta hospitalaria.

Se recogieron todos los ICC de los pacientes ingresados en el Hospital San Agustín de Linares (Jaén) durante el período del 1 de enero de 2009 al 1 de marzo de 2010, que fueron remitidos a tres Centros de Salud, escogidos al azar, y pertenecientes al Distrito Jaén-Norte disponibles en sistema informatizado de atención primaria; además se registraron las siguientes variables: edad (años), sexo, motivo de ingreso (causa principal que originó el ingreso), unidad de alta (planta desde la que se informatiza el ICC), nivel de autonomía (Índice de Barthel), diagnósticos enfermeros (NANDA), resultados (NOC) e intervenciones (NIC).

Las variables cuantitativas se expresaron con la media y desviación estándar, y las variables categóricas en porcentajes. Se analizó la frecuencia absoluta de cada diagnóstico, resultado e intervención y el porcentaje que cada uno de ellos representa sobre el total de los mismos. Posteriormente se hizo análisis bivariante mediante tablas de contingencia y test de chi cuadrado y estadístico exacto de Fisher, según los casos y análisis de correlaciones (test R de Pearson). Se utilizó Análisis de la varianza (ANOVA) para medir diferencias de medias en dos o más grupos. Se consideró significación estadística un valor de  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS****1. Diagnósticos:**

Se han identificado 30 diagnósticos distintos, se han formulado un total de 581 diagnósticos, lo que supone una media de 3,85 diagnósticos por paciente  $\pm 1,79$  (desviación estándar). El número de diagnósticos al alta osciló, en cada caso, entre 1 y 9 diagnósticos.

Diagnósticos agrupados: se encontró asociación entre el diagnóstico de deterioro de la movilidad física con el riesgo de caídas ( $0,422 p < 0,0001$ ) y el riesgo de deterioro de la integridad cutánea ( $0,355 p < 0,0001$ ).

**2. Criterios de resultados:**

En la muestra se han identificado 49 criterios de resultados distintos, y se han activado un total de 590 criterios de resultados. El número de criterios de resultados al alta varía desde 1 a 11.

Resultados agrupados: el nivel de movilidad estaba asociado significativamente con criterios como consecuencias de la inmovilidad:

fisiológicas (0,379  $p < 0,0001$ ), conservación de la energía (0,367  $p < 0,0001$ ), conducta de seguridad: prevención de caídas (0,320  $p < 0,0001$ ), conocimiento: proceso enfermedad (-0,210  $p < 0,010$ ) y conocimiento: régimen terapéutico (-0,214  $p < 0,010$ )

### 3. Intervenciones:

Se han propuesto 59 intervenciones distintas, y se han formulado un total de 1010 intervenciones. El número de intervenciones en cada plan de cuidados osciló entre 1 y 22.

Intervenciones agrupadas: se encontraron asociaciones entre la intervención manejo de la energía y prevención de caídas (0,458  $p < 0,0001$ ), ayuda a los autocuidados: AVD (0,424  $p < 0,0001$ ), prevención de UPP (0,331  $p < 0,0001$ ). También entre la intervención apoyo al cuidador familiar con intervenciones como ayuda a los autocuidados: vestido/ acicalamiento (0,513  $p < 0,0001$ ), ayuda a los autocuidados: baño (0,500  $p < 0,0001$ ), ayuda a los autocuidados: alimentación (0,500  $p < 0,0001$ ) y ayuda a los autocuidados: aseo (0,487  $p < 0,0001$ ).

### 4. Relaciones de factores propios del paciente sobre los diagnósticos, resultados e intervenciones

En el análisis bivariado se detectaron relaciones con los siguientes factores:

El nivel de autonomía de los pacientes tenía relación lineal positiva mayor con el número total de diagnósticos ( $r = 0,56$   $p < 0,01$ ), y menor con el número total de resultados ( $r = 0,35$   $p < 0,01$ ) e intervenciones propuestas ( $r = 0,37$   $p < 0,01$ ) en los planes de cuidados.

El número total de diagnósticos al alta mostró también una correlación positiva alta con el número total de resultados ( $r = 0,75$   $p < 0,01$ ), y con el número total de intervenciones ( $r = 0,68$   $p < 0,01$ ). El número total de resultados al alta también mostró una correlación alta positiva con el número total de intervenciones ( $r = 0,65$   $p < 0,01$ ).

Según la diferencia de medias encontrada, no existen diferencias significativas entre sexos en el número total de diagnósticos, resultados e intervenciones registradas en los informes de alta.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se confirma que en el momento del alta hospitalaria, el colectivo de pacientes pluripatológicos presenta una importante demanda de cuidados derivada de la existencia de problemas activos que precisan unos criterios de resultados e intervenciones para garantizar la continuidad de cuidados.

Pese a la variabilidad de diagnósticos encontrados podemos decir que existen unos diagnósticos más frecuentes, de tal manera que los 10 primeros diagnósticos, ordenados según su frecuencia, suponen prácticamente el 81% del total de diagnósticos. En nuestra opinión la mayor frecuencia de diagnósticos enfermeros utilizados pertenecen a problemas fisiológicos y cognitivo-conductuales; se deben en parte al alto grado de deterioro funcional que presentan estos pacientes y por otra parte a la priorización por parte de los profesionales de los problemas biofísicos. En cuanto a los criterios de resultados encontramos en nuestro estudio también gran variabilidad de resultados distintos, en parte coincide con los resultados obtenidos por García Fernández, F.P. et al.17 donde aparecen con más frecuencia los criterios de movilidad, autocuidados: AVD, tolerancia a la actividad y conocimiento del proceso de la enfermedad. Estos resultados en los objetivos de salud centrados principalmente en aspectos fisiológicos, conductuales y de seguridad, pasando a un segundo plano los aspectos creenciales del paciente, responden a una visión biomédica propia de los servicios hospitalarios, que puede no concordar con la realidad propia del paciente, sino del criterio propio del profesional que lo atiende como prioritario en base a su preparación para intervenirlo. En nuestros resultados se observa la concordancia entre la detección de problemas y los campos de intervenciones que se plantean para la solución de los problemas, en los que destacan como más frecuentes las agrupadas en los campos fisiológico y conductuales. Destacan como puntos fuertes en las intervenciones la ayuda a los autocuidados, las relacionadas con la enseñanza del paciente, la prevención y promoción de la salud, y la disminución del dolor y la ansiedad.

En el estudio de correlaciones la presencia de un mayor número de diagnósticos, resultados e intervenciones se relacionó positivamente con la autonomía. Parece claro señalar que exista una relación matemática entre el grado de autonomía medido mediante el Índice de Barthel y el número total de diagnósticos, resultados e intervenciones.

En el análisis para identificar grupos de diagnósticos asociados en los informes de alta se han encontrado que existen asociaciones de diagnósticos entre todos los más frecuentes analizados, pero no se han podido contrastar los resultados obtenidos con estudios similares, pues, no abordan estas agrupaciones, de alguna manera estos datos son relevantes para próximos estudios. Destacar asociaciones encontradas entre el diagnóstico de deterioro de la movilidad física con el riesgo de caídas (0,422  $p < 0,0001$ ) y el riesgo de deterioro de la integridad cutánea (0,355  $p < 0,0001$ ), cuando las enfermeras hospitalarias registran como problema principal del paciente pluripatológico la movilidad física también aprecian o reflejan agrupado en el mismo informe el riesgo de deterioro de la integridad cutánea y el riesgo de caídas, es decir, se asocian de manera positiva. Cabe pues mencionar que en los resultados del siguiente estudio, se agrupan diagnósticos de tipo fisiológico/ funcional debido al alto grado de deterioro funcional de los pacientes que la enfermeras hospitalarias reflejan como prioritarios y no aparecen asociados diagnósticos relacionados con la solución de problemas relacionados con la esfera cognitivo-perceptual como conocimientos deficientes y manejo infectivo del régimen terapéutico que se plantean como con menos posibilidades de abordaje dado el carácter de estos pacientes.

En cuanto a la asociación de los criterios de resultados presentes en los informes se han encontrado correlaciones positivas moderadas o altas entre los resultados control del riesgo con la integridad tisular de piel y membranas mucosas (0,691  $p < 0,0001$ ), detección del riesgo (0,542  $p < 0,0001$ ), bienestar del cuidador familiar (0,514  $p < 0,0001$ ) y superación de problemas de la familia (0,413  $p < 0,0001$ ); también aparecen juntos de manera frecuente el resultado tolerancia a la actividad con la conducta de seguridad de prevención de caídas (0,565  $p < 0,0001$ ). Se muestra una tendencia a agrupar criterios de resultados que afectan a la salud del paciente, dado el carácter frágil de los pacientes, y de los cuidadores, por la carga implícita que supone estos pacientes para las familias.

En el análisis de las intervenciones más frecuentes que se presentan juntas en los informes se han encontrado correlaciones altas entre la intervención de apoyo al cuidador familiar y la ayuda a los autocuidados (0,513  $p < 0,0001$ ), apoyo emocional (0,408  $p < 0,0001$ ), aumentar el afrontamiento (0,398  $p < 0,0001$ ) y apoyo a la familia (0,343  $p < 0,0001$ ); por otra parte intervenciones agrupadas que aparecen con frecuencia están manejo de la energía con prevención de caídas (0,458  $p < 0,0001$ ), ayuda a los autocuidados (0,424  $p < 0,0001$ ) y prevención de úlceras por presión. Como correlaciones negativas se han encontrado intervenciones relacionadas con el asesoramiento con las relacionadas con los déficit de autocuidados (-0,323  $p < 0,0001$ ), es decir, cuando las enfermeras hospitalarias reflejan intervenciones prioritarias relacionadas con la educación al paciente no registran en el mismo informe intervenciones de ayuda para los autocuidados.

El presente estudio contribuye a subrayar la importancia de una adecuada valoración enfermera al alta, de cara a establecer estrategias preventivas y de seguimiento de este subgrupo poblacional para evitar su deterioro e ingresos hospitalarios innecesarios. La comunicación enfermera hospitalaria y de familia mediante el Informe de Continuidad de Cuidados es necesaria para una gestión eficaz de los recursos disponibles, tales como cuidados domiciliarios, ayudas económicas o medidas de apoyo a la cuidadoras. Dado el carácter descriptivo de este estudio su máxima utilidad es identificar los principales problemas, resultados e intervenciones propuestas en los planes de cuidados al alta, y grupos de asociación entre ellos aportando datos para investigaciones futuras que mejoren la salud y calidad de vida de los pacientes pluripatológicos.

De forma más global, los resultados del estudio, permitirán realizar propuestas para la actualización de los planes de cuidados estandarizados en pacientes pluripatológicos.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Van den Akker M, Buntinx F, Roos S, et al. Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. *J Clin Epidemiol.* 2001; 54(7): 675-9.
2. Zambrana García JL, Velasco Malagón MJ, Díez García F, Cruz Caparrós G, Martín Escalante MD, Adarraga Cansino, MD. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en servicios de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.*

2005; 205(9):413-7.

3. Proceso asistencial integrado. Atención al paciente pluripatológico. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2002.
4. García-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisado M, Ramirez-Duque N, Gonzalez de la Puente MA, et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. Med Clin (Barc). 2005; 125: 5-9.
5. Allen D. Telephone follow up for older people discharge from A&E. Nursing Standard 1997; 11(46): 34-7.
6. Merchán MN, et al. Alta de Enfermería. Enfermería Científica 1997: 180-181:28-30.
7. Naylor M, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. JAMA 1999; 218(7): 613-20.
8. Vidal O, Cifuentes E, Aranda O, Alcázar U. Informe de enfermería al alta hospitalaria. Enfermería Clínica 1999; 9(2): 49-54.
9. Lavin MA, Avant K, Craft-Rosenberg M, Herdman TH, Gebbie K. Contexts for the study of the economic influence of nursing diagnoses on patient outcomes. International Journal of nursing Terminologies and Classifications; 15: 39-47.
10. McCloskey J C, Bulechek G M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Nursing Interventions Clasification (3ª ed.). Madrid: Harcourt, 2002.
11. Johnson M, Mass M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería. Nursing Outcomes Clasification (2ªed.). Madrid: Harcourt, Mosby 2003.
12. García Fernández, FP, Carrascosa García, MI. Resultados de las intervenciones enfermeras en el proceso pluripatológico para mejorar la práctica clínica. Gerokomos 2008; 19 (4):170-176.
13. Flores E. Diagnósticos enfermeros en atención primaria en la población anciana mayor de 65 años. Enf Clini. 1996; 6: 242-8.
14. Ramírez Duque N, Ollero Baturone M, Bernabeu Wittel M, Rincón Gómez M, Ortiz Camuñez MA, García Morillo S. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. Rev Clin Esp.2008;208(1): 4-11.

**AUTORES/AUTHORS:**

LAURA HERNANDEZ RUIZ, MARIA SORAYA CAMARA FERNANDEZ, RUBEN VIANA GUERRA, LETICIA MORENO GONZALEZ

**TÍTULO/TITLE:**

NECESIDADES BÁSICAS MÁS AFECTADAS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

**INTRODUCCIÓN**

El aumento de la población anciana en los países desarrollados es uno de los cambios más significativos que se ha producido en la sociedad desde mediados del siglo XX. La disminución de la tasa de mortalidad y de la fecundidad junto con el aumento de la esperanza de vida ha llevado a este fenómeno.(1)

Según los datos de 2007 del Instituto Nacional de Estadística la población en la provincia de Burgos tiene una esperanza de vida media al nacimiento de 82,006 años. La de los varones es de 78,9136 y las mujeres de 85,3396 años. Son cifras más elevadas que la media española.(2)

La población mayor de 85 años en Burgos es de 3,3%, esto hace un total de 12.436 personas, distribuidas en 4060 varones: (32,6%) y 8376 mujeres: (67,3%).

Según la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, se considera paciente geriátrico a la persona mayor que cumple tres o más de los siguientes criterios: edad superior a 65-75 años; presenta pluriopatología; su enfermedad tiene un carácter invalidante; su evolución está condicionada por factores psíquicos y/o sociales; requiere institucionalización. (3)

La demanda sanitaria de la población envejecida es enorme. Las estancias de estos pacientes suelen ser más prolongadas y el número de reingresos mayor que el de la población de menor edad.(4)

La unidad de geriatría del Complejo Asistencial de Burgos (CAB) fue abierta en Octubre de 2008. Es unidad de agudos cuyos criterios de inclusión son pacientes mayores de 85 años o menores de 85 con deterioro físico y/o mental grave.

Tiene una capacidad de 19 camas, todas ellas hidráulicas para favorecer la autonomía de los pacientes.

En esta unidad el programa informático Gacela se lleva utilizando de forma completa desde abril de 2009. Es la herramienta utilizada por el SACYL para la gestión de cuidados de enfermería y que trabaja con la nomenclatura NANDA-NIC-NOC 2007-2008.

Para revisar el estado de la cuestión se ha realizado una búsqueda de bibliografía en las bases de datos de enfermería de CUIDEN, ENFISPO, Instituto Carlos III-Biblioteca Virtual de Salud y MEDLINE. Ninguno de los hallazgos estaba realizado en una unidad de pacientes agudos, por lo que los resultados obtenidos no son comparables.

**OBJETIVOS:**

El objetivo general de este estudio es determinar las necesidades básicas en las que enfermería actúa con mayor frecuencia en una unidad de geriatría de agudos, tomando como referencia los diagnósticos enfermeros.

Otros objetivos planteados son determinar los diagnósticos enfermeros más prevalentes en la población de estudio e identificar si existen diferencias significativas entre grado de dependencia y sexo.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de carácter prospectivo, realizado en la Unidad de geriatría del Complejo Hospitalario de Burgos, durante el periodo transcurrido entre el 17 de enero y el 19 de marzo de 2010.

La población de estudio fueron todos los pacientes ingresados en la unidad en el tiempo de estudio. Se consideró criterio de inclusión a todos los pacientes que cumplen los criterios de ingreso en la unidad y como criterios de exclusión aquellos individuos menores de 85 años y que no ingresan a cargo de geriatría.

Las variables estudiadas fueron sociodemográficas como la edad y el sexo y variables de tipo clínico, entre las que se encuentran las necesidades básicas de Virginia Henderson, diagnósticos de enfermería (según taxonomía NANDA) y la puntuación obtenida en la escala de Barthel, que valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria y les asigna una puntuación de 0, 5, 10 ó 15 obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100.

El método de recogida de datos fue la revisión de historias clínicas (programa Gacela).

Análisis estadístico de los datos: en primer lugar se describieron los resultados obtenidos. Para las variables cualitativas se calculó las frecuencias absolutas y relativas y para las cuantitativas se halló la media y desviación típica (DS).

A continuación se estimó si existía asociación entre las variables sociodemográficas y clínicas. Para ello se utilizarán los test de contraste adecuados: paramétricos y no paramétricos. Se consideró que existe significación estadística siempre que  $p < 0,05$ .

Para procesar los datos y realizar tablas y figuras se utilizó la hoja de cálculo Excel de Microsoft Office para Windows y los cálculos estadísticos se completaron con el programa informático SPSS v 16.

Aspectos éticos. Se aseguró el anonimato y la confidencialidad de los datos. Se informó al equipo de la realización de este estudio. Se notificó a la dirección del centro de los principales resultados encontrados a la finalización del estudio. Los autores se comprometieron a difundir, los resultados obtenidos, ya fueran negativos o positivos, en medios de difusión de acceso público.

## RESULTADOS:

- Población incluida: 100 individuos: 84% mujeres y 16% hombres.
  - Edad: media 90,9, DS 4,3. Menores de 85 años hubo 4.
  - Diagnósticos de enfermería: Se formularon un total de 236 diagnósticos de enfermería, repartidos por pacientes de la siguiente manera: el 63% de los pacientes tiene 2 diagnósticos, hay 9 pacientes con 1 diagnóstico y 1 paciente con 6 diagnósticos.
  - Los diagnósticos de enfermería más frecuentes son: Patrón respiratorio ineficaz 25% (n = 59), Riesgo de infección 15,7%, Intolerancia a la actividad 8,5%, Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 6,8%, Deterioro de la movilidad física 5,5%, e Insomnio otro 5,5%.
  - Las necesidades básicas en las que la enfermería actúa con más frecuencia son: Respirar normalmente 27,1% (n = 64), Seguridad 25%, Movilidad 14,8%, Higiene y piel 10,2%, Eliminación 8,9% y las necesidades en las que se trabaja con menos frecuencia son Comunicación y Vestirse un 2%.
  - Grado de dependencia según la Escala de Barthel: se encontró un 34% con dependencia total, 17% dependencia grave, 8% dependencia moderada, 39% dependencia leve y un 2% de pacientes independientes.
  - Relacionar: sexo y grado de dependencia. Dependencia total 34% (29% mujeres, 5% hombres), Dependencia grave 17% (15% mujeres, 2% hombres), Dependencia moderada 8% (5% mujeres, 3% hombres), Dependencia leve 39% (33% mujeres, 6% hombres), Independiente 2% (2% mujeres, 0% hombres).
- Pese a estas diferencias porcentuales no se ha encontrado significación estadística ( $p = 0,491$ )

## DISCUSIÓN – CONCLUSIONES:

- Como consecuencia de que la esperanza de vida de las mujeres de Burgos sea mayor que la de los hombres, éstas precisan más asistencia sanitaria, lo que se refleja en nuestra unidad, atendiendo seis veces más a mujeres que hombres.

- El hecho de que sea una unidad geriátrica de agudos condiciona las necesidades básicas y los diagnósticos con los que la enfermería trabaja. Los individuos con frecuencia ingresan por una reagudización de los procesos crónicos derivados de su edad, por ejemplo, insuficiencia cardiaca y patología respiratoria que afectan principalmente a las necesidades básicas de respirar normalmente, movilización, reposo y sueño, higiene y piel.

Al ingreso a los individuos se les realizan técnicas invasivas como sondajes y canalización de vías, que aumentan el riesgo de infección e influyen en las necesidades de seguridad y temperatura.

Hay necesidades básicas como valores y creencias, trabajar y realizarse, actividades lúdicas y aprender en las que apenas incidimos, puesto que en nuestro servicio el usuario es dado de alta en el momento que se resuelve la patología que motivó su ingreso.

- Observamos que un 51% de los usuarios ingresados presenta un grado de dependencia grave y total, lo que condiciona las necesidades básicas alteradas y diagnósticos de enfermería establecidos. Esto le confiere al plan de cuidados de cada individuo unas características propias de este tipo de dependencia.

- Relevancia de los datos encontrados para el trabajo enfermero: Nos permite conocer las necesidades básicas en las que la enfermería de nuestra unidad geriátrica actúa con más frecuencia y la prevalencia de los diagnósticos enfermeros detectados, pudiendo agilizar así nuestro trabajo a la hora de realizar un plan de cuidados a nuestros pacientes, tomando nuestros resultados como referencia para aplicar un plan de cuidados estandarizado susceptible de modificación según las características individuales de cada paciente.

- Trabajar con metodología enfermera permite hablar con el mismo lenguaje a todos los profesionales cualesquiera que sea su ámbito de trabajo. El proceso de enfermería requiere de conocimientos teóricos y un esfuerzo personal para llevarlos a la práctica. Este trabajo nos ha dado la oportunidad de demostrar que es posible aplicar el método científico en la realidad enfermera actual.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

##### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Lorenzo Carrascosa, L. "Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones". Instituto nacional de estadística 2003.
2. INE 2007. Disponible en : <http://www.ine.es/jaxiBD/tabla.do?per=12&type=db&divi=IDB&idtab=8>. (Fecha de consulta: 13.04.2010).
3. SEEG . "Programa docente de la especialidad de Geriátria". Disponible en:

[www.segg.es/book/definicion/de/la/especialidad/y/campo/de/accion](http://www.segg.es/book/definicion/de/la/especialidad/y/campo/de/accion). (Fecha de consulta: 20.04.2010).

4. Jose Manuel Rivera Casado, "Clínicas urológicas de la Complutense ,2, 13-23, editorial Complutense de Madrid, 1993.
5. Frías Trigo VM, Anguera Manrique M, Rius Toledo MM, Martínez Masegosa E. "Diagnósticos enfermeros en una unidad socio sanitaria de asistencia psicogeriátrica". Revista Enfermería Clínica 2005; 15:71-5.
6. Fernandez Solan C, Roman Alonso E, Martínez Sellares R. "Método de trabajo en una institución geriátrica basado en los diagnósticos enfermeros". Revista Gerokomos 2001; 12 (3): 107-113.
7. Gil-Fernández de Padilla M. Tesis de licenciatura en enfermería. "Diagnósticos más frecuentes en enfermería geriátrica". Revista Desafíos. Universidad Nacional de Rosario. Diciembre 1999.
8. Jiménez Navascués L, Lafuente Mateo D, Hernández Romero B, Fernández Rodríguez C, Hajar Ordovás C. "Ancianos. Calidad de vida y necesidades básicas". Revista Rol Enfermería 1999; 22 (11): 743-746.
9. Nanda International. "Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación" Madrid : Elsevier 2007-2008.
10. Johnson M, Bulechek G, Butcher H. "Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones" Madrid: Elsevier Mosby 2007.



**Mesa de comunicaciones 17: Cuidados materno-infantiles****Concurrent session 17: Mother and Infant Care****AUTORES/AUTHORS:**

Florentina Pina Roche, Pilar Almansa Martínez

**TÍTULO/TITLE:**

LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

**INTRODUCCIÓN**

Este trabajo pretende ser una aproximación a la investigación sobre los conocimientos, las actitudes y la práctica de los estudiantes de Enfermería de la Región de Murcia ante la mutilación genital femenina (MGF), partiendo de la premisa de que constituye un problema de salud poco conocido, a pesar de su importancia en nuestro entorno dado el aumento de la población de riesgo y las graves consecuencias para la salud que se asocian con esta práctica culturalmente aceptada en 28 países del África subsahariana.

Según datos de la OMS (2008), aunque hay indicios de decrecimiento de la práctica de la MGF, sigue estando muy extendida en algunas partes del mundo. La OMS calcula que de unos 100 millones a 140 millones de niñas y mujeres han sido sometidas a ella y que cada año otros tres millones de niñas corren el riesgo de ser objeto de la misma.

Estudios realizados en España ponen de manifiesto que la MGF y sus complicaciones asociadas, son problemas emergentes en nuestro país en los últimos años, como consecuencia del aumento de la inmigración procedente de los países subsaharianos donde se practica en mayor o menor medida, este rito de iniciación. El 1 de enero de 2008, y según el padrón municipal de población, residían en España 178.682 personas de alguna de las nacionalidades de África subsahariana donde se practica la MGF. Con relación al anterior Mapa de la MGF, realizado con datos de 2005, esta población ha aumentado en casi 50.000 personas. El 22,9 % son mujeres (Kaplan, 2009). El mapa de la MGF en España de 2009 (Kaplan, 2009) describe por comunidades autónomas la población de riesgo de MGF y su distribución. En general, las provincias mediterráneas, Baleares y Canarias, presentan una concentración de la población extranjera estudiada más notable que en el resto de España. En la Región de Murcia residen 6.867 personas con nacionalidad del grupo de países en los que este rito se practica en mayor o menor porcentaje, de forma que se configura como la octava región española en número de residentes de este origen.

**La Enfermería ante la MGF**

Naciones Unidas a través de diversas agencias como la Organización Mundial de la Salud, (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP), publicó de forma conjunta en 1997 una Declaración Contra la Mutilación Genital Femenina y un plan para eliminarla. Según este documento la mutilación genital femenina (MGF) "comprende todos los procedimientos quirúrgicos que conllevan la ablación parcial o total del aparato genital externo, u otro tipo de lesiones, en los órganos genitales de la mujer por razones culturales o no terapéuticas de otro tipo". El texto subraya la necesidad de adoptar un enfoque multidisciplinar en las acciones dirigidas a erradicar la MGF, ya sea a nivel regional, nacional o internacional. De ello se deriva la aportación imprescindible de los profesionales sanitarios, (médicos, matronas y enfermeras) para la detección y la prevención en familias en situaciones de riesgo.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) destaca que la MGF es un problema que se plantea a todos los profesionales de la salud, pero más concretamente a las enfermeras pues es probable que las niñas y las mujeres a quienes se ha practicado sufran importantes problemas físicos, mentales y psicológicos (CIE, 2007).

**OBJETIVO:**

Identificar el grado de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la mutilación genital femenina en un grupo de estudiantes de Enfermería que están finalizando la diplomatura.

#### METODOLOGÍA:

Estudio observacional, transversal y descriptivo.

#### Participantes:

En el presente trabajo se ha utilizado una muestra de 215 estudiantes universitarios de tercer curso de la Diplomatura en Enfermería de la Universidad de Murcia, de los que un 84,18% (181) eran mujeres y un 15,81% (34) eran hombres. La edad media es de 23,85 años (DE=0,85).

La participación en el estudio fue voluntaria y anónima.

El criterio de inclusión en la muestra fue estar matriculado en la asignatura Enfermería Materno-Infantil-1.

#### Procedimiento:

En primer lugar se elaboró un cuestionario tomando como referencia otras encuestas validadas sobre conocimientos, actitudes y prácticas.

Los ítems fueron seleccionados por miembros del grupo de investigación mediante la técnica del brainstorming, partiendo del objetivo propuesto. Posteriormente se redactaron las preguntas que componen los 11 ítems del cuestionario CAP, además de las variables sociodemográficas (sexo y edad), que pretenden medir los conocimientos (6 ítems), las actitudes (3) y las prácticas (2) sobre la mutilación genital femenina.

La recogida de datos se realizó en las aulas de la universidad mediante la aplicación del cuestionario por parte de miembros de grupo de investigación, durante el mes de mayo de 2010, separando a la muestra en cuatro grupos.

#### RESULTADOS:

Conocimientos: el 94,88% (n204) de los encuestados afirma conocer la MGF aunque solo un 55,34% puede identificar una de las tipologías propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El mismo porcentaje, un 55,34% (n119) admite saber identificarla aunque no es posible determinar a cual de los tipos hacen referencia.

Por otra parte, los problemas psíquicos que se asocian con la MGF son enunciados por el 91,16% por delante de los problemas físicos (75'81%) y sexuales-reproductivos (87'9%). Más de la mitad de los encuestados asocian la MGF con todo tipo de problemas: físicos, psíquicos, emocionales, sexuales, reproductivos y sociales.

De forma mayoritaria, asocian la MGF a la tradición cultural en primer lugar y a la religión en segundo lugar.

El 57% de los estudiantes encuestados desconocen la existencia de una legislación que prohíbe y penaliza la MGF en territorio español. Únicamente el 34,4% afirma conocer la legislación española relativa a su penalización.

Actitudes: mayoritariamente se muestran en contra de considerar la MGF como una práctica que debe respetarse por razones geográficas, culturales o religiosas y casi en su totalidad entienden que este problema de salud debe incluirse en la formación enfermera. Una de las aportaciones más interesantes del cuestionario utilizado ha sido el haber despertado en un 86,5% (186) de la muestra el interés por profundizar en el estudio y el conocimiento de esta práctica cultural de graves consecuencias para la salud.

Prácticas: más de la mitad, el 69'75% estaría dispuesto a comunicarlo a su superior/a, frente a un 20% (43) que opta por la denuncia formal.

Respecto a la pregunta de si debe respetarse esta práctica por razones culturales, tradicionales o religiosas el 83% considera que no aunque llama la atención que más del 23% se muestra dispuesto a participar como enfermera/o en el procedimiento si este se practicara con un control sanitario. No participarían en este procedimiento aunque se realizara en un centro sanitario el 66%.

No hemos encontrado diferencias significativas en ninguna de las variables estudiada respecto al sexo o la edad.

## DISCUSIÓN

En la revisión bibliográfica hemos constatado que existen pocos trabajos sobre MGF y no hemos encontrado estudios similares con estudiantes de ciencias de la salud. Las aportaciones más destacadas proceden del Grupo Interdisciplinar para la Prevención y Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) de la Universidad Autónoma de Barcelona, que tras realizar una encuesta entre profesionales sanitarios, llegó a la conclusión de que el 56% de los encuestados no identificaba correctamente el tipo de MGF, el 17% no estaba interesado en el tema. Los datos obtenidos en nuestro trabajo resultan similares a los aportados por Moreno Navarro (2002) respecto al conocimiento de los tipos de MGF pero varían en el interés por conocer esta práctica que en nuestro caso es superior al 86%. Del estudio realizado por Moreno (2002) se deduce que los y las profesionales de atención primaria necesitan de una formación que les permita realizar un trabajo preventivo (Moreno Navarro, 2002), lo que coincide con los resultados obtenidos con el presente estudio.

En otro estudio similar Moreno Navarro (2008) concluyó que un porcentaje importante de los profesionales sanitarios no lo consideran un problema de salud y no lo identifican de manera correcta; creen necesaria una formación específica y que la mejor manera de evitarla es la prevención. Están de acuerdo con la posibilidad de una realizar intervenciones desde su entorno de trabajo para prevenirla.

Según los resultados obtenidos consideramos insuficiente el nivel de conocimientos sobre la legislación española que castiga la practica de la MGF como un delito de lesiones, tipificada en el artículo 149.2 del Código Penal. Las penas van de seis a doce años de prisión. También puede ir acompañada de penas de inhabilitación especial de hasta 10 años para el ejercicio de la potestad, la tutela o la guarda. No podemos determinar el grado de conocimiento de los estudiantes encuestados sobre la normativa que permite perseguir extraterritorialmente la MGF, cuando se realiza en los países de origen durante un viaje de visita.

Resultan especialmente sorprendentes los resultados referentes a que cerca de la cuarta parte de la muestra esté dispuesta a participar en el procedimiento de MGF si se realiza bajo control sanitario, a la vez que un 11% no sabe/no contesta. Estos datos ponen de manifiesto no sólo el desconocimiento por parte de los estudiantes participantes en el estudio de la legislación española, sino las recomendaciones del CIE (2004) que prohíbe a todos los profesionales de enfermería participar en este procedimiento.

En su informe de 2007, el CIE plantea una nueva realidad consistente en la "medicalización" de la MGF que está empezando a preocupar desde la perspectiva profesional. De igual modo, la OMS (2008) ha expresado su preocupación por los datos que muestran una tendencia creciente del aumento del número de mutilaciones genitales femeninas efectuadas por profesionales de la salud en todas las regiones donde éstas se practican, por lo que insta encarecidamente a los profesionales sanitarios a que no realicen ni participen en estos procedimientos.

Habitualmente la MGF es un procedimiento realizado por las parteras tradicionales o por las mujeres más ancianas de la comunidad

que utilizan un instrumento cortante (cuchillos, hojas de afeitar, cristales...) en precarias o nulas condiciones de asepsia e higiene del instrumental, sin ningún tipo de anestesia. En la actualidad, se está empezando a realizar en algunos países en hospitales y clínicas, por parte de profesionales médicos que utilizan instrumental quirúrgico y anestésicos. Esto plantea una idea errónea de que con la "medicalización" disminuyen las consecuencias negativas que este procedimiento tiene para la salud de las niñas y las mujeres. Sin embargo, aún en las mejores condiciones higiénicas y sanitarias, la MGF sigue ocasionando un daño intencionado de partes sanas del cuerpo, sin ninguna finalidad terapéutica que sigue teniendo consecuencias graves para la salud, a largo plazo.

La presencia cada vez mayor en nuestro país de mujeres procedentes de los países de África subsahariana donde se practica la MGF y los problemas de salud que se asocian a dicha práctica, plantea un nuevo reto para los profesionales de enfermería en su identificación y la prevención de las situaciones de riesgo.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Consejo Internacional de Enfermeras. Declaración de posición: Eliminación de la mutilación genital femenina. Ginebra, CIE; 2004.
2. Consejo Internacional de Enfermeras. Mutilación genital femenina. Ginebra, CIE; 2007.
3. Kaplan A. "Mutilaciones genitales femeninas: entre los derechos humanos y el derecho a la identidad étnica y de género". En: De Lucas J, editor: Multiculturalidad, y justicia. Cuadernos de Derecho Judicial. Madrid: Escuela Judicial, Consejo General del Poder Judicial; 2002.
4. Kaplan A, Martínez C, (coordinadores). Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales. Barcelona: Associació Catalana de Llevadores; 2004.
5. Kaplan A, Castany MJ, Torán P, Bermúdez K. "Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales". Migraciones, 19, 2006, 189-217.
6. Kaplan A, López Gay A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009. Universidad Autónoma de Barcelona; 2009.
7. Moreno Navarro J, Castany Fabregat MJ. Els professionals sanitaris davant la mutilació genital femenina. Primàrics. Institut Català de la Salut 2002; 14: 14-15. Disponible en <http://www.gencat.net/ics/primarics/14/index.html>.
8. Moreno, J.; Kaplan A.; Toran, M.; Muñoz, L. Castany, MJ.; Fernández, M. Percepció dels professionals d'Atenció Primària sobre les MGF. Institut català de la Salut, 2008.
9. Organización Mundial de la Salud. La mutilación genital femenina: prevención y gestión de las complicaciones sanitarias. Directrices de política general para enfermeras y matronas. Ginebra: OMS; 2001.
10. Organización Mundial de la Salud. Mutilación genital femenina. A61/11. Ginebra: OMS; 2008.

**AUTORES/AUTHORS:**

María Teresa Gil Urquiza, Raquel Díez de Hoyos, María Teresa Álvarez Larnaga, Yolanda Serrano de la Hera, María Ángeles Rodríguez Alonso, Carmen Arce Velo, María Jesús Barcenilla Domingo, Marta Galnares Gómez, Beatriz Ruiz Soto

**TÍTULO/TITLE:**

Prevalencia y evaluación de la lactancia materna mediante el Index of Breastfeeding Status

Objetivos: Conocer la prevalencia de la lactancia materna (LM) y evaluar la intensidad acumulada en los primeros 6 meses de vida en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

**Método.**

Estudio multicéntrico, descriptivo, longitudinal y prospectivo, de todos los nacidos en dos hospitales públicos, Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" y Hospital de Laredo y uno privado, Clínica Mompía, que son todos los centros sanitarios donde se atienden partos en Cantabria. El número total de la muestra fue de 1026 (binomios madre-recién nacido) incluidos de manera consecutiva desde el 11 de mayo al 26 de julio de 2009.

La información sobre las pautas de alimentación que recibe el lactante se ha elaborado a partir del recordatorio de alimentación del día anterior, empleando los indicadores recomendados por la OMS (1). Para ello se ha utilizado el cuestionario validado de "alimentación en el día de ayer", del programa LACMAT 3.3 (2), para las preguntas de recuerdo de 24 horas y para el resto de las variables se elaboró un cuestionario estructurado, construido a partir de la bibliografía consultada y que fue validado mediante un panel de expertos. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas directas realizadas en el momento del alta postparto, y posteriormente por entrevista telefónica con cuestionario estandarizado, a los quince días, y a los 1, 2, 3, 4, 5, y 6 meses. Todos los cuestionarios fueron administrados por un encuestador.

La intensidad de lactancia acumulada se ha valorado con el Index of Breastfeeding Status (IBS) (3), que consta de una escala de 7 niveles ordinales, mutuamente excluyentes, que mide el porcentaje de leche materna recibida, en comparación con la cantidad total de alimentación diaria, (nivel 1, 100 % leche materna; nivel 4, un 50 % leche materna y el resto leche artificial o sólidos; nivel 7, 100 % leche artificial o sólidos).

Para el análisis estadístico, se emplearon los porcentajes, con su intervalo de confianza (IC) del 95 %, para la descripción de las variables cualitativas y el test de chi cuadrado para la comparación de las variables cualitativas.

Resultados: Iniciaron lactancia materna el 86,0 % de las madres y se obtuvo un inicio temprano de LM del 49,1% (IC: 46,0-52,2). El Índice de LM en el momento del alta fue del 81,2% (IC: 78,6-83,5), el 53,3 % (IC: 50,1-56,3) al 3º mes y un 32,7% (IC: 29,9-35,7) al 6º mes.

Los lactantes alimentados con lactancia materna exclusiva (LME), IBS nivel 1, antes del 6º mes son el 17,1% (IC: 14,9-19,6) descendiendo al final del 6º mes al 7,3% (IC: 5,8-9,1). El IBS en niveles 1-4 fue 78,4% (IC: 75,7-80,8) en el momento del alta; del 50,1% (IC: 47,0-53,2) al 3º mes y el 28,3% (IC: 25,6-31,2) al 6º mes.

No se detectaron diferencias significativas entre hospitales del IBS nivel 1-4; en cambio sí se observaron diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) entre hospitales en el IBS nivel 1, en el momento del alta hospitalaria, oscilando entre el 79,5% (IC: 51,1-70,8) y 56,7%

(IC: 40,1-57,1), pero éstas no se mantienen en los meses sucesivos.

Discusión: La prevalencia de LM al 3º y 6º mes son superiores a las cifras de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 (4), (52,5% y 24,7%, respectivamente) mientras que la LME al 3º y 6º mes, están muy alejadas de los objetivos "Healthy People 2010" (5) (60% y 25% respectivamente).

En nuestro estudio, la utilización del IBS resulta de gran utilidad en la práctica clínica, porque un porcentaje de los lactantes reciben una cantidad simbólica de leche materna, que probablemente no genere ningún beneficio nutricional, y tradicionalmente se incluyen dentro de la categoría de lactancia materna del mismo modo que aquellos lactantes que reciben una lactancia materna casi exclusiva.

Estos datos se han obtenido del Proyecto PSG 09/01 Factores que Influyen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna en Cantabria, financiado en la Convocatoria de ayudas de Salud y Género (BOC 25 de junio de 2008), puesta en marcha por la Fundación Marqués de Valdecilla, mediante la acción coordinada del IFIMAV y el Observatorio de Salud Pública de Cantabria (OSPC) y con la financiación de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad con cargo a su programa Plan de Salud para las Mujeres.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of a consensus meeting. Washington 2007. [Consultado el 10 de abril de 2010]. Disponible en: [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/pdfs/iycf\\_indicators\\_for\\_peer\\_review.pdf](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/iycf_indicators_for_peer_review.pdf)
2. Jaquenod M y Vallone F. Programa Lacmat 3.3. [Fecha de consulta 10 de junio de 2007]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar>
3. Labbok M, Krasovec K. Toward consistency in breastfeeding definitions. *Stud Fam Plann*. 1990; 21(4):226-30.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo [base de datos en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [actualizada marzo de 2008; acceso 10 de abril de 2008]. Encuesta Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msc.es>
5. United States. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Conference Edition-Volumes I and II. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health; 2000:47-48.

**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Angela Palmeira Reis, Rosiani C. B. Ribeiro de Castro

**TÍTULO/TITLE:****EXPERIENCIAS DEL ENFERMERO OBSTETRA CON LOS PADRES ADOLESCENTES**

En la década de 90, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud, en Brasil, fueron creados en algunos hospitales, los Centros de Parto Normal (CPN) como estrategia para la implementación de un nuevo modelo de atención al parto y nacimiento. El cuarto de pre-parto, parto y puerperio (PPP) tiene características diferentes del ambiente hospitalario, con estructura favorable al cuidado durante el trabajo de parto y parto, en que la fisiología se alía a las necesidades y elecciones de la mujer, con la enfermera obstétrica realizando la asistencia (1).

La asistencia prestada en el CPN se apoya en el modelo humanista y rescata las características fisiológicas y naturales del nacimiento. El parto es considerado una vivencia emocional de la mujer y un evento social de la familia, por lo tanto, la atención debe ser individualizada y flexible, con apoyo emocional continuo y transmitiendo a la mujer la sensación de ser comprendida (2).

De acuerdo con el Ministerio de Salud de Brasil, el concepto de asistencia humanizada involucra prácticas y actitudes con el objetivo de favorecer el parto y el nacimiento saludable, así como la prevención de la morbilidad materna y perinatal (3). El programa se inicia en el pre-natal, con el equipo de salud preparando adecuadamente la parturienta para el momento del parto, incluyendo cuidados que visan ofrecer a la mujer la posibilidad de vivir el parto y puerperio con privacidad y autonomía (3). En esta perspectiva, el Programa de Humanización del Pre-Natal y Nacimiento propuesto asegura que los hospitales públicos o con convenio con el Sistema Único de Salud deben garantizar a la mujer el derecho a la presencia y elección del acompañante en el proceso de parto (4). De esta forma la asistencia integral y humanizada al parto prestada por el Enfermero Obstetra (EO) no puede dejar de incluir al padre, figura también importante de este proceso, independiente de la edad.

La adolescencia es una transición entre la fase infantil para la adulta, siendo normal del desarrollo humano, con cambios físicos, biológicos, fisiológicos, sociales y psicológicos. La presencia de un embarazo en este momento de transición añadirá otros cambios, tanto para la madre como para el padre adolescente. El involucramiento precoz con el embarazo tendrá repercusión sicológica y de conducta en el padre adolescente, pues tendrá que desarrollar simultáneamente dos papeles diferentes: ser adolescente y ser padre (5).

La Enfermera Obstétrica es considerada fundamental para la asistencia, es el profesional calificado que presta asistencia obstétrica, durante el ciclo gravídico puerperal, en los partos normales sin distocia y debe tener sensibilidad para transmitir seguridad, confort y bienestar individualizados a la mujer, aliando los avances científicos cuando necesarios y permitiendo el rescate de la autonomía de la mujer, en su parto (3). Motivadas por el proceso de creación del vínculo familiar, las Enfermeras Obstétricas incentivan a la mujer a tener a su lado su compañero, argumentando con ambos la importancia de tal momento para el trío que, al acompañar el nacimiento de su bebé, iniciará el vínculo afectivo entre padre e hijo(a) al vivir la experiencia de, por ejemplo, cortar el cordón umbilical, ayudar a secar al recién nacido que está sobre el abdomen de su compañera. La participación del padre, de un compañero o incluso un acompañante durante la gestación y parto tiene fundamental importancia para que la mujer pueda sentirse amparada, protegida y acogida (6).

La humanización depende de la capacidad de hablar y de oír, o sea, viabilizar en las relaciones e interacciones humanas el diálogo, no sólo como una técnica de comunicación verbal que posee un objetivo pre-determinado, pero sí como forma de conocer al otro, comprenderlo y para que puedan propiciar el bienestar recíproco (7).

A partir de lo expuesto ha surgido la inquietud cuanto al escenario actual de la asistencia al padre adolescente por el Enfermero Obstétrica, durante el parto de su compañera.

¿Cómo los Enfermeros Obstétricos evalúan la participación de "padres" adolescente? ¿Cómo esos padres se comportan durante el

trabajo de parto, parto y puerperio? ¿Son activos en los cuidados conjuntos de la madre y del recién nacido, orientados por esos profesionales?

Se espera con este estudio contribuir para aumentar los conocimientos en el área, posibilitando al Enfermero Obstétrico, saber la importancia de la participación del padre adolescente en el momento de nacimiento de su hijo.

Objetivo: Describir la percepción que los Enfermeros Obstétricos tienen sobre la participación del padre adolescente durante el trabajo de parto y parto e identificar cual asistencia que este profesional presta al padre adolescente en este momento.

Método: Estudio exploratorio descriptivo y cualitativo, entrevistando 12 enfermeras obstetras de un Centro de Parto Normal, en Institución Pública de la Municipalidad de São Paulo. Se ha utilizado un instrumento semi-estructurado, con datos de identificación de las profesionales y de la asistencia al padre adolescente. Las respuestas han sido grabadas y transcritas, y sometidas al análisis de contenido. Todas las Enfermeras Obstétricas han participado voluntariamente tras firmar el Término de Consentimiento Libre Esclarecido. Para el desarrollo del estudio han sido seguidas las directrices y normas que reglamentan las investigaciones que incluyen seres humanos en Brasil (8). Los trechos transcritos de cada entrevista de las enfermeras han sido identificados utilizándose nombres de flores, como Azalea, Begonia, Fresa, Gardenia, Margarita, Palma, Rosa.

Resultados y Discusión: El análisis realizado tuvo como objetivo verificar las semejanzas y particularidades (9) presentes en las declaraciones de las Enfermeras Obstétricas participantes.

El análisis de los datos ha señalado tres categorías:

1) Descripción de la conducta y sentimiento del padre adolescente.

Las Enfermeras Obstétricas han relatado que los padres adolescentes en el trabajo de parto y parto se muestran ansiosos, asustados, con miedo, inseguros, curiosos y algunos incluso nerviosos con la compañera, sin embargo, mucho más participativos que los otros padres mayores, haciendo prontamente lo que le es orientado e incentivando su compañera. Algunos tuvieron la presencia de su madre en el cuarto de pre-parto, parto y puerperio, por solicitud de él. Ejemplificando:

“Parece que están asustados, pero me parece que son incluso más compañeros que algunos hombres adultos. Se quedan allí todo el tiempo”. (Gardenia).

“Él llora, expresa más los sentimientos que los otros padres que no son adolescentes. Se emociona con la compañera al demostrar cariño y con el bebe también”. (Palma).

Cuando es permitido que participe del trabajo de parto, quedándose junto a la compañera hasta el momento del parto, el padre se pone tenso, pero siente felicidad y tiene una experiencia muy grande con relación al parto y al bebe. Estos sentimientos aparecen mezclados con nerviosismo y tristeza por ver su compañera sintiendo dolor y no poder evitarla. Así como la mujer, el hombre vivencia ansiedad con relación al parto, por ser algo desconocido e imprevisible (10). Cuando el parto se acerca, padres y madres se preocupan con la salud del bebe y quieren saber se todo está bien. Es común el miedo que el hijo nazca con algún defecto físico o mental. Este sentimiento es expreso por el padre, que espera el nacimiento de su bebe con ansiedad, para estar seguro que éste es normal (10).

En el periodo de espera del parto el padre está lleno de expectativas, tiene miedo de lo desconocido y de la responsabilidad de ser padre. Está ansioso, solicitando a todo instante informaciones sobre el parto (11).

2) La relación de la Enfermera Obstétrica con el padre adolescente en el trabajo de parto.

La relación ha sido afectiva y humanizada. Ejemplificando:



“La relación con los adolescentes es muy buena, pues suele hacer lo que orientamos”. (Azalea)

“Al principio nosotros dialogamos, le preguntamos si tiene condiciones de estar presente, si está sintiendo alguna cosa”. (Margarita)

“El padre adolescente acata las orientaciones recibidas, participa, ayuda, es receptivo”. (Rosa)

En el caso del relacionamiento, el proceso de comunicación es necesario y debe ser eficiente, sea verbal o no verbal (12). El dialogo entre los profesionales de salud, pacientes y familiares favorece una relación de confianza y la obtención de buenos resultados para la asistencia con calidad. El cuidador necesita saber oír, estar presente y tener empatía con el otro. Es necesaria la sensibilidad de los profesionales para que ejecuten los cuidados, observando las manifestaciones verbales y no verbales de la parturienta, indicando al enfermero sus necesidades individuales. La comunicación es esencial para una mejor asistencia a esa parturienta y su acompañante que están viviendo el proceso de parición (12).

### 3) Enfermera Obstétrica como educadora.

Orientan y aclaran dudas durante todo el trabajo de parto, parto y pos-parto, a partir del conocimiento específico para cada situación vivida en el proceso. Con el padre adolescente, lo describen como una persona de fácil aceptación de orientación y cumplidores de las acciones solicitadas, muchas veces mejor que un padre adulto. Ejemplificando:

“Yo nunca tuve problemas con el padre adolescente, ya tuve problemas con los padres mayores”. (Begonia)

“Yo creo que son más participativos que los mayores, los adultos”. (Fresia)

“Y así, las orientaciones generalmente no las contestan, siguen nuestras orientaciones”. (Begonia)

Es fundamental la ampliación en el proceso de la asistencia de enfermería al adolescente, siendo esencial el ahondamiento de la preparación del enfermero para que se pueda sobrepasar la atención clínica y comprenderles como un ser integral (13). Los adolescentes desean obtener información en pro de la salud.

En general, los adolescentes no se sienten preparados y son temerosos frente al futuro, no saben al cierto los pasos que tomarán con relación a la paternidad y tampoco tienen la consciencia de la importancia de promover la salud, de obtener hábitos saludables y de realizar acciones para su mantenimiento (13). El ejercicio de la práctica de educación en salud presupone abertura, disponibilidad para oír el otro, en la relación interpersonal y en la acción educativa en sí, pues el acto participativo es humanizante. Las Enfermeras Obstétricas realizan este dialogo, incluso en el trabajo de parto y parto con el padre adolescente, realizando orientaciones de tal forma que ellos puedan fiarse en este profesional.

Conclusión: Las Enfermeras Obstétricas que han contestado a este estudio evalúan la participación de los padres adolescentes en el proceso de parto como positiva, relacionándose con ellos, observando su conducta y sentimientos, y orientándoles en todas las fases del parto. Las Enfermeras Obstétricas ejercen papel muy importante en la humanización del Centro de Parto Normal, acogiendo a la pareja, orientando desde el inicio de la internación, durante el trabajo de parto y parto: aclarando las dudas, tejiendo un lazo de confianza que permite establecer el equilibrio emocional de las parturientas y acompañante, en especial el padre adolescente, cualificando la asistencia prestada.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Referencias:

1. Schneck CA, Riesco MLG. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um Centro de Parto Normal intra hospitalar. REM-

Rev. Min.Enf;10(3):240-246,jul/set,2006.

2. Campos SEV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais , Brasil . Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (6):1349-1359, jun, 2007.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 569/GM, de 1 de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2000.
5. Nunes CEG. Adolescência e paternidade: um duelo de papéis sociais. Psico. 1998; 29(1):125-38.
6. Braga R.A participação do pai. Canaã; 2002.p.6-9. (Coleção Nossos Filhos; 5).
7. Oliveira BRG, Collet N, Vieira CS. A humanização na assistência à saúde. Rev Latino Am Enfermagem 2006, março-abril;14(2):277-84.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Estabelece os requisitos para realização de pesquisa clínica de produtos para saúde utilizando seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1996.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
10. Santo LCE, Bonilha ALL. Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho.Rev. Gaúcha Enf., Porto Alegre, 21(2), p.87-109, jul. 2000.
11. Abreu ASGT. O significado da espera do parto, o vivido do pai na ótica compreensiva da enfermagem. Rio de Janeiro: UERJ, 1997.[Dissertação] Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.
12. Siqueira AB, Filipini R, Posso MBS, Fiorano AMM, Gonçalves AS. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. Arq Med ABC. 2006;31(2):73-7.
13. Lago PED, Santos SMC, Crivellato. Enfermagem em Educação: o elo na promoção da saúde do adolescente. [citado set 2010]. Disp em:  
[www.uniandrade.edu.br/links/menu3/...enfermagem/artigo044.pdf](http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/...enfermagem/artigo044.pdf)

**AUTORES/AUTHORS:**

Maidier Belintxon Martin, Olga Lopez-Dicastillo, María Carmen Zaragüeta Lumbier, María Carmen Adrian Garde, Iosune Martiarena Arbilla

**TÍTULO/TITLE:**

Explorando la instauración de la lactancia materna

**INTRODUCCIÓN**

Varias organizaciones tanto nacionales como internacionales (OMS, 1981) han destacado la importancia de la alimentación exclusiva con leche materna los seis primeros meses de vida. Estas recomendaciones se han realizado en base a los resultados de estudios de investigación que concluyen que la LM es lo mejor tanto para el niño como para la madre (Manhire, Hagan, & Floyd, 2005). La Organización mundial de la salud define la lactancia materna como la ingesta de leche materna, lo que excluye la toma de cualquier otro alimento que no sea el derivado del pecho materno (OMS, 1979).

A pesar de los beneficios que ofrece la lactancia materna tanto para el niño como para la madre, y las recomendaciones ofrecidas por la OMS y otras agencias nacionales e internacionales, son muy pocos los recién nacidos que reciben lactancia materna hasta los seis meses, con tasas de lactancia materna más bajas de lo deseado en todo el mundo (Aguilar, 2004). En España, se podría decir que la prevalencia de la lactancia materna en el momento del alta tras el parto es aceptable, entorno al 75 – 80% de la población. En cambio, a lo largo del primer semestre de vida, ésta se abandona masivamente, de tal modo que a los tres meses, sólo una cuarta parte de los niños siguen recibiendo lactancia materna y más de la mitad siguen lactancia artificial y a los seis meses la tasa de lactancia materna es prácticamente indetectable (Barriuso & Sánchez, 2002).

Son muchos los factores que influyen en la decisión de las madres de dar Lactancia materna, entre ellos se han descrito la edad, la educación y la cultura (Gill, 2001). Sin embargo, aspectos como la percepción y la vivencia de las propias madres no se ha estudiado con tanta frecuencia. Los profesionales de la salud necesitan conocer estos aspectos para poder diseñar intervenciones que sean significativas para las madres y por lo tanto más efectivas para la promoción de la lactancia.

Por todo lo anteriormente mencionado el objetivo de esta investigación es explorar cómo las madres perciben y experimentan la lactancia materna para poder así identificar los aspectos que influyen en su instauración y poder utilizar esta información para informar intervenciones futuras que permitan la promoción de la lactancia materna.

**MÉTODOS:**

Se llevó a cabo un estudio fenomenológico, en el que participaron 12 mujeres primíparas con deseos de amamantar a sus hijos. La media de edad de estas madres fue de 31,58 (SD 4,833) años. El tiempo medio de estancia en la clínica tras dar a luz fue de 4,87 (SD 1,70) días. La duración media de la lactancia materna fue de 3,29 (SD 2,92) meses. Las madres fueron seleccionadas utilizando un muestreo intencional. Tras conseguir la aprobación ética y el consentimiento informado de las participantes, los datos se han recogido utilizando grupos focales y entrevistas. En primer lugar, se realizaron tres grupos focales con las participantes en el tercio final de su embarazo para conocer sus expectativas y conocimientos acerca de la lactancia. Después del parto, cada madre participó en dos entrevistas semiestructuradas, a los tres días y al mes de haber dado a luz para recoger sus experiencias. El análisis de los datos se hizo utilizando el método de Giorgi (1985).

**RESULTADOS:**

Las madres se sorprenden con aspectos que no esperaban al imaginarse cómo iba a ser la lactancia, por ejemplo el dolor de los pezones durante o tras la succión, la duración de cada toma o la dedicación que requiere.

Atribuyen a los recién nacidos parte de la responsabilidad para lograr una instauración exitosa de la lactancia, ligando aspectos individuales de cada niño con el éxito o fracaso de la misma. Entre estos aspectos se encuentran su forma de agarrarse al pecho, succionar o incluso sus características personales como 'ser tranquilos'.

Además, las madres se ven protagonistas de un cambio que conlleva una desorganización en sus vidas y una modificación del rol que como mujeres tenían hasta ese momento. Por otro lado, algunas ven embarazoso el hecho de alimentar al niño en público, incluso en frente de sus familiares o amigos, influyendo tanto en la decisión de amamantar como en la de abandonar la lactancia materna.

Por último, las madres destacan la importancia del apoyo de sus allegados, especialmente del padre, en la instauración de la lactancia.

De los profesionales de salud esperan ayuda en la toma de decisiones, que sus consejos se adapten a lo que cada madre necesite y relatan cómo en ocasiones reciben consejos contradictorios de los distintos profesionales.

#### DISCUSIÓN:

La decisión de amamantar está determinada por un cúmulo de emociones, actitudes, experiencias y características personales. Hay autores que señalan que las madres no se sienten capaces de llevar a cabo ese nuevo rol y señalan que debido al estilo de vida de hoy en día no se tiene tiempo suficiente para alimentar al recién nacido con lactancia materna ( Manhire, Hagan, & Floyd, 2005)

El hecho de que alimentar al bebe en público se vea como algo embarazoso hace que la lactancia materna sea más difícil y añade un mayor riesgo a la depresión postnatal ( Harris, Robyn & Summers, 2003)

El apoyo de los profesionales y la información que éstos ofrecen se ha descrito como una clara influencia en la experiencia de la lactancia materna (Langton, Hauck & Coyle, 2002). El no recibir apoyo o información contradictoria por parte de ellos puede ser una de las mayores barreras para que la lactancia materna se instaure con éxito.

Conocer el punto de vista de las madres permitirá a los profesionales diseñar intervenciones de promoción de la lactancia materna que tengan en cuenta sus percepciones y necesidades, y por lo tanto que éstas sean más efectivas.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Aguilar, M. J. (2005). Lactancia materna. Madrid: Else

Barriuso, L. M., Sanchez T., Romero C. et al.(1998). Epidemiología de la lactancia materna en el centro norte de España. Esp Pediatr, 50 (3).

Gill, S. L. (2001). The little things: Perceptions of Breastfeeding Support. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 30, 401-409.

Harris, M., Robin, N., & Summers, A.(2003). Breasts and breastfeeding: Perspectives of women in the early months after birthing. Breastfeeding review,11(3), 21-29.

Langton, D., Hauck, Y., & Coyle, K. (2002). The path of determination: Exploring the lived experience of breastfeeding difficulties. Breastfeeding Review,10(2), 5-12.

Manhire, K. M., Hagan, A. E., & Floyd, S. A. (2007). A Descriptive account of New Zealand Mother's responses to open-ended questions on their breast feeding experiences. Midwifery, 23 372-381.

Organización mundial de la Salud. (1979). Reunión Conjunta OMS/UNICEF sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño Ginebra.

Organización mundial de la Salud. (1981). International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. Ginebra: WHO.

Versión Provisional - Preliminary Version

**Mesa de comunicaciones 18: Promoción de la salud****Concurrent session 18: Health Promotion****AUTORES/AUTHORS:**

SONIA MENA REVILLA, GEMA DORADO RUIZ, FRANCISCO JAVIER BRU GORRAIZ

**TÍTULO/TITLE:**

¿CÓMO USAMOS LOS PRESERVATIVOS MASCULINOS? ESTUDIO OBSERVACIONAL A TRAVÉS DE TALLERES EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

**JUSTIFICACIÓN**

En Abril 2009 se empezaron a realizar talleres de preservativo masculino a la población atendida en la consulta de enfermería, del programa de prevención ITS/VIH de Madrid Salud.

**OBJETIVO**

Estudiar el modo de utilización del preservativo masculino, de la población atendida en la consulta de enfermería del programa de prevención ITS/VIH de Madrid Salud, desde el 1º de Febrero al 31 de Marzo del 2010, a través de los talleres realizados con los usuarios.

**METODOLOGÍA**

Se realiza un estudio descriptivo observacional para conocer la población a la que se le realizan los talleres y cómo usan los preservativos masculinos.

Al usuario se le da un preservativo masculino en la consulta y lo coloca sobre el pene de muestra.

Se elabora una plantilla en la que se registra la información del paciente y lo que observa enfermería al realizar el taller con el usuario. Muestra: 142 pacientes.

**RESULTADOS**

Más de la mitad de la población atendida en la consulta fue extranjera. Un 71% eran de nacionalidad sudamericana.

El grupo etario más numeroso es de los 26-35 años y el sexo mayoritario mujeres.

El 80% se identificaron sexualmente como heterosexuales de los cuales un 44% ejercen la prostitución.

De los 142 individuos un 58% tuvieron alguna rotura de preservativo en el último año.

En un 26% de los pacientes se confirmó que habían padecido alguna ITS en el último año.

En el taller del preservativo las enfermeras observaron que el 99% de los usuarios no comprueban si aparecen los ítems del envoltorio (marcado CE, fecha de caducidad, nº lote).

Tan solo el 9% comprobaba el estado del envoltorio. Algunos usuarios refirieron al terminar el taller que no lo comprobaron en la consulta pero si lo hacen habitualmente.

Un 59% de los pacientes tuvieron dificultad para abrir el preservativo;

considerando con dificultad aquellos que lo hacían con los dientes, tijeras o ni siquiera lograron abrirlo sin la ayuda de la enfermera que estaba realizando el taller. Con los dientes lo abrieron un 34%.

Un 70% no supo diferenciar el lado correcto por el que tienen que desenrollar el preservativo. De los que si supieron diferenciarlo, un 83% lo hicieron metiendo los dedos dentro. Tan solo un 4% soplando.

Del total de individuos un 77% no comprimieron el depósito del preservativo.

Según la identidad sexual un 62% de los heterosexuales tuvieron alguna rotura de preservativo en el último año y un 45% del grupo homo/trans/bisexuales.

Según nacionalidades, los extranjeros tuvieron más roturas de preservativo masculino que la población española atendida.

En el grupo de heterosexuales trabajadores del sexo el 78% tuvo alguna rotura de preservativo en el último año.

La diferencia de edad media entre los que si tuvieron alguna rotura y no la tuvieron es poco significativa.

Del grupo de pacientes que tuvieron alguna ITS en el último año un 49% refiere haber tenido alguna rotura de preservativo. De los que no padecieron ninguna ITS tuvieron alguna rotura el 62%.

**CONCLUSIONES**

La accesibilidad a los preservativos y las campañas que reiteran su uso deben estar ligadas a talleres que enseñen a la población el uso correcto.

Los talleres deberían hacerse extensibles a toda la población.

Los talleres deben hacerse de forma sistemática en trabajadoras del sexo por su mayor nº de roturas.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Blázquez Martínez, J.M. "Los anticonceptivos en la antigüedad clásica". Biblioteca virtual Miguel de Cervantes.

Mclaren, Augus. "Historia de los anticonceptivos". Minerva ediciones.

Programa GALIA (FUNDADEPS). "Guía de actuación para agentes de salud en VIH/SIDA"

Martos, Ana. "Breve historia del condón y de los métodos anticonceptivos" Nowtilus 2010.

Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid, número 4 volumen 15. Abril 2009. Análisis de las interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid (IVE 2008).

Wikipedia. "El preservativo masculino"

**AUTORES/AUTHORS:**

ÁNGELA GARCÍA GARCÍA, SANDRA GONZÁLEZ MERINO, SANDRA DE LAS HERAS DIEZ, ROSARIO HERNANDO CUÑADO, ANA MARÍA PÁRAMO

**TÍTULO/TITLE:**

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL HÁBITO TABÁQUICO EN FUTURAS PROMOTORAS DE SALUD.

**INTRODUCCIÓN.**

La Organización Mundial de la Salud considera que el hábito tabáquico constituye la primera causa de pérdida de salud, así como de muerte prematura y evitable en los países desarrollados (1). También es conocido que el tabaquismo es el principal problema de salud pública susceptible de prevención (2,3).

Los fumadores presentan, en conjunto, un exceso de mortalidad sobre los no fumadores del 70%. La magnitud del problema y sus repercusiones como factor de riesgo de múltiples patologías (2,4) así como el coste sanitario y social que genera (5) hace que su abordaje desde el sistema sanitario sea un reto que ocupe un lugar prioritario entre sus objetivos (6,7).

Se debe tener especial interés en estudiar las conductas de riesgo en la infancia y la adolescencia ya que el hábito de fumar se inicia y se consolida en estas etapas (8). Una de las principales funciones de los profesionales de enfermería es la prevención de enfermedades mediante la educación para la salud (9), ya sea ejerciendo el consejo profesional referido a prácticas poco saludables (como en el caso del tabaquismo), ayudando a los individuos y a la sociedad a modificar dichas conductas –cuyo papel está internacionalmente reconocido (10) - o bien modélicamente a través del propio estilo de vida (11).

El presente estudio tiene como propósito analizar las conductas, creencias y actitudes relacionadas con el hábito tabáquico del colectivo de los estudiantes de enfermería de la Universidad de Burgos.

Como objetivos específicos se pretende:

- Identificar el grado de dependencia a la nicotina.
- Determinar el número de fumadores por curso.
- Verificar la existencia de relación entre ser hijo de padres fumadores y ser fumador.
- Identificar las creencias de los estudiantes respecto al hábito tabáquico.

**MATERIAL Y MÉTODOS.**

Estudio descriptivo y transversal, realizado en la Escuela Universitaria de Enfermería de Burgos en noviembre de 2009.

La población está formada por todos los alumnos matriculados el curso 2009/2010 (N=216).

Las variables cuantitativas recogidas son: edad, curso académico, edad de inicio en el consumo de tabaco, número de cigarrillos consumidos por día. Las variables cualitativas son: sexo, hábito personal y familiar de tabaquismo, opiniones y creencias de los estudiantes respecto al consumo de tabaco.

Como instrumento de recogida de datos se utilizó un cuestionario autoadministrado y anónimo que constó de ocho preguntas de elaboración propia con las que se recogía información sociodemográfica, más los seis ítems del test de Fagerström (12)

- ¿Fuma usted cuando está enfermo y debe permanecer en la cama?
- ¿Fuma usted más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?
- ¿Cuántos cigarrillos fuma/fumaba al día?
- ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?
- ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido?
- ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?

Para promover la participación, se incluyó en la encuesta una introducción en la que se explicaba el motivo del estudio y se



aseguraba la confidencialidad y el anonimato.

Análisis de datos. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas, para las cuantitativas se halló la media y desviación típica (DE). En los casos pertinentes se contrastaron los resultados con los test ji cuadrado y t de Student. Se consideró la existencia de significación estadística siempre que  $p < 0,05$ . Los cálculos se completaron con el programa informático SPSS v16.

Aspectos éticos. Para poder entregar una encuesta a los alumnos se solicitó el consentimiento de la directora mediante un escrito.

## RESULTADOS.

De los 216 estudiantes de enfermería de la Universidad de Burgos matriculados en el curso 2009/2010 (67 matriculados en 1º; 69 en 2º y 80 en 3º) que constituían la población de estudio, contestaron 175 (59 de 1º; 55 de 2º y 61 de 3º), lo que sitúa la tasa global de participación en un 81%. Los sujetos no incluidos en el estudio fueron 41, que se encontraban ausentes el día en que se pasó la encuesta por la escuela, ya que todos los presentes completaron dicho cuestionario.

Participaron 11 varones y 164 mujeres, lo que refleja la distribución por sexos de este colectivo de alumnos.

La edad media fue de 21,83 años (DE: 5,57), siendo ésta mayor en las mujeres (21,87 años, DE: 5,69) que en los varones (21,27 años, DE: 3,58).

De los 175 alumnos estudiados, hay 120 que no fuman (69%), el 24% de los estudiantes de enfermería fuman y el 7% son ex fumadores, considerando como fumadores a aquellos que responden afirmativamente a la pregunta: "¿Fumas?".

En el primer curso 43 individuos son no fumadores (83,05%,  $n=59$ ), en segundo curso son 34 (61,81%,  $n=55$ ) y en tercer curso no fuman 43 alumnos (70,49%,  $n=61$ ), no habiéndose encontrado significación estadística en estas diferencias de consumo por curso ( $p=0,61$ ).

El número medio de cigarrillos fumados es de 8,13 (DE: 5,36), considerando tanto a los fumadores como a ex-fumadores en su período de fumadores.

El nivel de dependencia, según el test de Fagerström, fue bajo en un 90,5%, medio en un 4,8% y alto en otro 4,8% de los fumadores. La mayor parte de la población indica que no necesita ayuda para abandonar el hábito (50,9%).

Se preguntó a los encuestados sobre el hábito tabáquico de sus progenitores. De los padres el 33,7% no fuman, 24% sí fuman, 31,4% son exfumadores y 10,8% no saben o no contestan. El 40% de las madres no fuman, 23,4% sí fuman, 19,4% son ex-fumadoras y 17,2% no saben o no contestan.

Un 85% de los participantes consideraron difícil dejar de fumar, mientras el 15% consideró que no lo era. El 65% cree que deberían prohibir fumar a la entrada de los hospitales.

Si los fumadores quisieran dejar de fumar el 51%, no pediría ayuda a nadie, a los amigos y familiares pediría el 22%, a profesionales sanitarios el 18%, consultaría libros e Internet el 2% y el 7% restante no saben o no contestan a esta pregunta.

El 75% ha intentado dejar de fumar alguna vez: el 39% contestó que lo intentó pero sin éxito, el 25% lo hizo con éxito, otro 25% ni se lo planteó, y el 11% respondió que lo estaba intentando actualmente.

La situación en la que más cigarrillos fuman los participantes es en los momentos de fiesta (73,8%).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

La tasa de participación obtenida (81%) es elevada, debido posiblemente a que la entrega y recogida de la encuesta se realizó en la Escuela de Enfermería dentro del horario lectivo, facilitando la contestación de la misma. También hay que tener en cuenta que la cumplimentación de la encuesta no llevó más de 5 minutos. El 19% que no contestó probablemente ese día se encontraba ausente, ya que todas las encuestas entregadas fueron contestadas. Esta tasa de respuesta nos hace pensar que los alumnos encuestados están interesados en el tema y, por otra parte, que se solidarizaron con las responsables del estudio, ya que muchos de ellos también tendrán que hacer este tipo de trabajos en un futuro.

En cuanto a las preguntas realizadas, la que mayores problemas dio a la hora de procesarla fue la relativa al hábito tabáquico de los

padres/madres, quizá debido a la existencia de múltiples opciones o a que se realizó una lectura demasiado rápida de las dichas opciones.

La prevalencia de tabaquismo encontrada en la Escuela de Enfermería de Burgos (24%) es similar a los resultados publicados por otros centros (13) : en la escuela de Baleares (14) (26%) o en la de San Sebastián (26,2%), aunque difirió el número de participantes (120, 345 y 91 respectivamente). También son datos coherentes con los que proporciona la Encuesta Nacional de Salud de 2006 sobre porcentaje de fumadores mayores de 16 años (26,4%).

El grupo de trabajo esperaba que los alumnos de tercero fumaran menos en comparación con los de primer curso, debido a los conocimientos recibidos a lo largo de la carrera sobre los hábitos nocivos para la salud. Sin embargo, los resultados de las encuestas no corroboraron esta creencia, ya que el número de fumadores entre ambos cursos no es significativamente diferente, aunque el número de cigarrillos sí es mayor en primero que en tercero: 10,3 y 7,3 respectivamente. Paradójicamente, la respuesta a la pregunta sobre cuál es la principal razón por la que se intenta dejar el tabaco es la mejora de la salud y no por el estudio de la carrera de enfermería.

El bajo porcentaje de participantes que pediría ayuda a otras enfermeras para lograr abandonar el consumo, sugiere la escasa confianza sentida acerca de las posibilidades de éxito que puede tener enfermería en la deshabituación tabáquica. Pensamos que este aspecto podría corregirse desde el pregrado, formando en estas habilidades a las futuras profesionales.

Como enfermeras hemos de insistir en la importancia de considerar la función modélica que asumimos ante los usuarios del sistema sanitario, ya que nuestro propio ejemplo, la educación informal, puede tener más impacto que cualquier otra intervención planificada. Si un 24% de los alumnos de enfermería fuman: ¿podrán ayudar a dejar de fumar a otras personas?

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Peto R, Lopez AD. Future worldwide effects of current smoking patterns. En: Koop CE, Pearson CE, Schwartz MR, eds. Critical Issues in Global Health. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass 2001; 154-61.
2. Salleras L, Pardell H, Saltó E, Martín G, Serra L, Plaús P et al. Consejo antitabaco. Med Clí (Bar) 1994; 102: 109-117.
3. Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Gali N, Gayta R et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. Med Clin (Barc) 1995; 104:49-53.
4. Estapé J, Agustí A, Font A, Salvador T, Viñolas N. Tabaco y Cáncer. Med Clin (Barc) 1987; 89: 30-37.
5. Pandell H. El tabaquismo: epidemia de nuestro tiempo. Med Clin (Barc) 1985; 85: 539 - 541.
6. Solberg LI. Abandono del hábito tabáquico mediante la aplicación del programa de ayuda al fumador en el centro de salud de Chantrea. Conferencia pronunciada el 12-12-89 en el Salón de Actos del Hospital M. Servet. Zaragoza.
7. Villalbí JR, Córdoba R. Ayudar a los pacientes a realizar cambios en el estilo de vida: problemas y perspectivas desde la Atención Primaria. At Primaria 1990;7: 82 - 84.
8. Solano S, Pérez E, González JM, Ruiz MJ, Suarez J, Jiménez CA. Funciones del profesional de la salud frente al tabaquismo. Comité Ejecutivo Área de Tabaquismo. Disponible en: <[http://db.separ.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/separ/separ2003.pkg\\_publicaciones-.muestradoc?p\\_id\\_menu=912](http://db.separ.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/separ/separ2003.pkg_publicaciones-.muestradoc?p_id_menu=912)> [Consultado el 16 de noviembre del 2009].
9. Active resistance to passive smoke. Lancet, 1998; 33(2): 351: 845.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. SALUD21 (OMS). Salud para Todos en el Siglo XXI. Madrid, 1999.
11. Martínez C. El rol de la enfermera en la atención al tabaquismo. Prev Tab. 2003;5(3):186-9.
12. Begoña E., Vázquez F.L. The Fagerström test for nicotina dependence in a spanish sample. Psychological Reports, 1998, 83,1455-1458.
13. Alegre M., Gutiérrez A., Oliván V. Prevalencia del tabaquismo, conocimiento y valoración de los métodos de cesación tabáquica

en estudiantes de medicina. Anales [en línea] 1999; 22 (2). Disponible en:

<<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/n2/salud2.html>> [Fecha de consulta: 13 de Enero del 2010].

14. González-Torrente S, Berrasar-Veny M, Pericàs-Beltrán J, de Pedro-Gómez JE, Aguiló-Pons A, De Lluç Bauzá-Amengual M. Hábito tabáquico entre los estudiantes de enfermería y fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears: opinión ante la regulación del consumo en lugares públicos. *Enferm Clin.* 2008;18 (5):245-52.

Versió provisional - Preliminary version

**AUTORES/AUTHORS:**

Lucía Benito Aracil, Marta Pineda Riu, Silvia Iglesias Casals, Mònica Salinas Masdeu, Ignacio Blanco Guillermo

**TÍTULO/TITLE:**

Sensibilidad y especificidad de los criterios para la detección de familias con Síndrome de Lynch

**Introducción:**

El cáncer colorrectal es la segunda neoplasia más frecuente y de mayor mortalidad, tanto en hombres como en mujeres.

Anualmente se diagnostican en España casi 22.000 tumores y fallecen prácticamente 12.000 personas. Se han descrito tanto factores ambientales (dieta y estilo de vida) como factores genéticos relacionados con la aparición del cáncer de colon.

Cuando la presencia de estos tumores se da en varias personas emparentadas de primer o segundo grado hablamos de cáncer de colon familiar.

El cáncer hereditario es aquel que presenta una mutación en la línea germinal y predispone al individuo a una mayor susceptibilidad para desarrollar un determinado tumor. Este tipo de cánceres representan entre un 5-10 % de los Cánceres Colorrectales, y entre estos el más frecuente es el Cáncer de Colon Hereditario No Polipósico o Síndrome de Lynch (entre un 2 y un 5 %). Se trata de una enfermedad con patrón autosómico dominante debida a mutaciones en los genes reparadores del ADN. La mayoría de las mutaciones del Síndrome de Lynch o Cáncer de Colon Hereditario No Polipósico se encuentran en los genes reparadores; MLH1 y MSH2 (entre 45% y 85%), MSH6 y PMS2.

La ausencia de signos clínicos obvios dificulta la identificación y el control clínico de la enfermedad, aunque las características que sugieren un síndrome de predisposición hereditaria al cáncer colorrectal son: edad precoz al diagnóstico (una media aproximada de 45 años de edad), múltiples familiares afectados de Cáncer Colorrectal o extracolónicos asociados (endometrio, estómago, intestino delgado, sistema hepatobiliar y ovario) y transmisión vertical de la enfermedad.

La indicación más importante de un posible CCHNP proviene de una cuidadosa y extensa historia familiar, por ello es muy importante la recogida de la historia familiar de cáncer del individuo, ya que nos permitirá a través de los Criterios de Ámsterdam y los de Bethesda, un diagnóstico clínico de la enfermedad.

Para identificar los individuos con sospecha de Síndrome de Lynch, la enfermera de consejo genético utiliza criterios clínicos definidos internacionalmente, los criterios de Ámsterdam y los criterios de Bethesda.

Estos criterios se establecieron con el objetivo de facilitar el diagnóstico clínico de la patología.

**Criterios de Ámsterdam**

- 3 o más familiares DIRECTOS afectados de cáncer colorrectal o tumores relacionados (endometrio, vías biliares, intestino delgado, tracto urinario).
- 2 o más generaciones afectadas.
- Al menos un afecto diagnosticado antes de los 50 años de edad.
- Es necesario descartar la Poliposis Adenomatosa Familiar
- Es necesaria la confirmación histológica

**Criterios de Bethesda:**

- Cáncer colorrectal diagnosticado antes de los 50 años.
- Presencia de cáncer colorrectal sincrónico o metacrónico, o de cáncer colorrectal y un tumor asociado a CCHNP, independientemente de la edad.
- Cáncer colorrectal con histología de tumor de inestabilidad de microsatélites alta diagnosticado antes de de los 60 años.

- Cáncer colorrectal y uno o más familiares de primer grado con un tumor asociado a CCHNP diagnosticado antes de los 50 años.
- Cáncer colorrectal i dos o más familiares de primer o segundo grado con un tumor asociado a CCHNP independientemente de la edad de diagnóstico.

Es muy importante la correcta selección de las familias candidatas a este tipo de estudios, debido al elevado coste de los estudios genéticos y al elevado coste emocional que este supone para las familias.

El objetivo del estudio es evaluar la sensibilidad y especificidad de los criterios de Ámsterdam y Bethesda para la detección de familias con Síndrome de Lynch en el contexto de una Unidad de Consejo Genético, y la identificación de variables clínicas que pudiesen aumentar su rendimiento.

#### Método:

Se seleccionaron 1304 pacientes de 531 familias con antecedentes personales o familiares de cáncer de colon y que se les había realizado estudio de inestabilidad y/o inmunohistoquímica en el tumor.

Para el análisis de microsatélites se realizó extracción de DNA genómico de bloques tumorales parafinados y leucocitos de sangre periférica. La inestabilidad se estableció analizando los marcadores BAT26 y D12S95 (como primer cribaje) y BAT25, D4S2948, D21S415 y D21S1235 (como segundo cribaje) como está descrito anteriormente (González-García et al., J Natl Cancer Inst, 2000). Los tumores se consideraron inestables cuando presentaban inestabilidad como mínimo en 2 marcadores.

La inmunohistoquímica de proteínas reparadoras se realizó en cortes de tejido tumoral parafinado utilizando anticuerpos primarios dirigidos contra las proteínas MLH1 (Transduction lab), MSH2 (Pharmigen) y MSH6 (Pharmigen).

El análisis de mutaciones germinales en los genes MLH1, MSH2 y MSH6 se realizó para la secuenciación directa de toda la región codificante y los límites exón-intrón. En algunos casos, se ha realizado el análisis de QMPSF (Quantitative Multiplex PCR of Short Fluorescent fragments) para la detección de grandes deleciones en los genes MLH1 y MSH2 (Charbonnier et al, Cancer Res, 2000) Se utilizó como gold estándar el resultado del estudio genético. Éste obtiene dos tipos de resultados: portador de mutación, o indeterminado (no ha sido posible detectar la mutación).

Se analizó la validez de criterios y manifestaciones clínicas mediante sensibilidad y especificidad. Las manifestaciones clínicas analizadas fueron: edad al diagnóstico, presencia de tumores extracolónicos y localización derecha del cáncer de colon.

A partir de los datos obtenidos se realizó la evaluación de la serie mediante el programa estadístico SPSS versión 13.0 para Windows.

#### Resultados:

De las 531 familias incluidas en el estudio, 88 cumplían criterios de Ámsterdam, 334 cumplían criterios de Bethesda y 109 eran agregaciones familiares.

De las 88 familias que cumplían criterios de Ámsterdam se encontró mutación en 40 de ellas, y de las 334 familias Bethesda se detectó mutación en 22. No se encontró mutación en ninguna de las 109 familias clasificadas como agregaciones familiares.

Los criterios Amsterdam obtuvieron una sensibilidad de 0,64 y una especificidad 0,90. Los criterios de Bethesda una sensibilidad de 1 y especificidad de 0,23.

Se añadieron variables clínicas a estos criterios para observar si mejoraban la sensibilidad y especificidad. Se obtuvieron valores de mejora en la especificidad de los criterios de Bethesda al añadir la presencia de cáncer de colon de localización derecha tanto en el individuo probando como en la familia (0,79) y de tumores extracolónicos relacionados con Síndrome de Lynch (0,95). La sensibilidad disminuyó en ambos casos, la presencia de cáncer de colon de localización derecha, que se obtuvo 0,59 y presencia de tumores extracolónicos relacionados con Síndrome de Lynch que disminuyó a 0,24.

Conclusión:

Este estudio pone de manifiesto la importancia de una recogida cuidadosa de la historia familiar por parte de las enfermeras de consejo genético para la identificación de este tipo de familias, mediante los criterios de Ámsterdam y Bethesda. Los primeros permiten clasificar mejor a un individuo no portador, y los Bethesda tienen mejor capacidad de asegurar que cuando no se indica un estudio genético, el paciente no será portador de la mutación. Añadir las características clínicas estudiadas mejora la especificidad de los criterios de Bethesda, por lo que puede ser de utilidad en la selección de familias candidatas a estudio genético.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. de la Chapelle A. Genetic predisposition to colorectal cancer. *Nat Rev Cancer* 2004;4:769-80
2. Lindor N M et al. Lower cancer incidence in Ámsterdam-I Criteria families without mismatch repair deficiency. *Familial Colorectal cancer type X JAMA* 2005;297:1979-85.
3. Lynch H T, de la Chapelle A. Hereditary Colorectal Cancer. *N Engl J Med* 2003;348:919-32.
4. Gruber S B. New developments in Lynch Syndrome (Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer) and mismatch repair gene testing. *Gastroenterology* 2006;130:577-87.
5. Llor X et al. Differential features of colorectal cancers fulfilling Ámsterdam criteria without involvement of the mutator pathway. *Clin Cancer Res* 2005;11(20):7304-10.
6. V Piñol et al. Accuracy of revised Bethesda guidelines, microsatellite instability, and immunohistochemistry for the identification of patients with hereditary nonpolyposis colorectal cancer. *JAMA* 2005;293:1986-94.
7. Goecke t et al. Genotype-Phenotype comparison of german MLH1 and MSH2 mutation carriers clinically affected with Lynch Syndrome: A report by the German HNPCC Consortium. *J Clin Oncol* 2006;24:4285-92.
8. Brown S.D., Freivogel M., Hereditary Colorectal Cancer in the Gastroenterology Clinic. How Common Are At-Risk Patients and How Do We Find Them? *Gastroenterology Nursing* 2009; 32 (1):8-16.
9. Bellizzi A M., Frankel, W. L. Colorectal Cancer Due to Deficiency in DNA Mismatch Repair Function. A Review. *Adv Anat Pathol* 2009;16:405–417.
10. Lynch H.T., Lynch J.F., Attard T.A. Diagnosis and management of hereditary colorectal cancer syndromes: Lynch syndrome as a model. *CMAJ* 2009 181(5):273-280.
11. Tranø G., Sjursen W., Wasmuth HH., Hofslie E., Vatten LJ. Performance of clinical guidelines compared with molecular tumour screening methods in identifying possible Lynch syndrome among colorectal cancer patients: a Norwegian population-based study *British Journal of Cancer* 2010; 102, 482 – 488.
12. Monzon JG. et al. Validation of predictive models for germline mutations in DNA mismatch repair genes in colorectal cancer. *Int. J. Cancer*. 2010 126, 930–939.

**AUTORES/AUTHORS:**

AMALIA RODRIGUEZ FRANCO, EPIFANIA RODRIGO DE PABLO, M LOURDES LASAOSA MEDINA, ROCIO CASAÑAS SANCHEZ, M JOSE CALVO APONTE, YOSEBA CANOVAS ZALDUA

**TÍTULO/TITLE:**

ESTUDIO SOBRE LA EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

**OBJETIVO**

Evaluar la efectividad de un programa de enfermería de intervención grupal psicoeducativa en pacientes con sintomatología depresiva en un centro de Atención Primaria de Barcelona ciudad.

**MÉTODO**

Diseño: ensayo clínico longitudinal anidado en un ensayo clínico aleatorizado controlado multicéntrico, longitudinal, prospectivo, de dos cohortes (intervención y control).

Ámbito: 1 equipo Atención Primaria (AP).

Criterios de inclusión: pacientes diagnosticados de depresión leve/moderada según la escala BDI (BDI  $\geq 10$  y  $< 30$ ) identificados en la consulta del médico/enfermera del equipo de atención primaria entre diciembre del 2008 y marzo del 2009. Consentimiento informado firmado.

Criterios de exclusión: 1) Trastorno mental severo, 2) Patología orgánica terminal, 3) Discapacidad sensorial o cognitiva, 4) Idioma, 5) Residentes temporales

Variables de análisis: variables sociodemográficas (sexo, nacionalidad, estado civil, número de hijos, situación laboral).

Instrumentos de medición: cuestionario BDI (Beck Depression Inventory) y EuroQoL-5D.

La intervención grupal consta de 12 sesiones de una duración de 90 minutos con una cadencia semanal conducidos por 2 enfermeras.

**RESULTADOS**

Los resultados que presentamos son los relativos al EAP de Paseo San Juan, que es uno de los 13 EAPs participantes en el ensayo clínico con un muestra total de 241 pacientes.

La muestra del estudio son 24 pacientes, 12 Grupo Intervención (GI) y 12 Grupo Control (GC).

Las características sociodemográficas de la muestra son el 95,8% mujeres y 4,1% hombres todos de nacionalidad española. Su estado civil: casados 37,5%, viudos 4,2%, solteros 33,3%, separados 25%. El número de hijos oscila entre un valor de 0 y 4. La situación laboral son empleados/autónomos 37,5%, parados 33,3%, jubilados 8,3%, amas de casa 4,1% y personas con incapacidad permanente 16,6%.

La media del BDI al inicio del estudio fue GI 18,4 y GC 21 y de EuroQol GI 36,4 y GC 28,5. Al cabo de un año de seguimiento el BDI fue GI 12,4 y GC 17,8 y de EuroQol GI 62,8 y GC 44. Como se aprecia han mejorado las puntuaciones en ambas escalas. Hay una diferencia significativa entre el grupo control y grupo intervención.

**DISCUSIÓN**

Se demuestra la utilidad de las intervenciones grupales psicoeducativas llevadas a cabo por enfermeras previamente formadas como una herramienta de trabajo útil en atención primaria para el manejo de pacientes con depresión leve/moderada.

Este estudio puede ayudar a extrapolar este formato de trabajo con grupos psicoeducativos a nivel de la comunidad en otros centros

de salud.

#### ASPECTOS ÉTICOS-LEGALES

Este estudio ha sido financiado con una Beca ETES (PI 07/90712) y el proyecto de investigación que se presenta es una parte del estudio global multicéntrico que corresponde a nuestro centro.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bas Ramallo F., Andrés Navia V. terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento. Madrid: Fundación Universidad- Empresa; 1994.
2. Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. Inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatr 1961; 4: pág. 561-571.
3. Casañas Sánchez R, Armengol Vallés J, Puigdevall Grau E. Institut Català de la Salut. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat. Guia per la infermera. Sesions grupals psicoeducatives en l'episodi depressiu a l'atenció primària. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2006.
4. Dimidkian S et al. Randomized trial of behaviour activation, cognitive therapy and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. Journal of consulting and clinical psychology 2006; 74 (4): pág. 658-670.
5. EuroQoL Group. EuroQoL- a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990; 16: pág. 199-208.
6. Grupo de Trabajo sobre Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2006/06. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008.
7. Jacobson NS et al. A component analysis of cognitive-behavioural treatment for depression. Journal of Consulting and clinical psychology 1996; 64: pág. 295-304.
8. Johnson M, Bulechek G, McCloskey D et al. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid: Harcourt Elsevier DL; 2004.
9. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Depression: management of depression in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline number 23. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. Londres; 2004.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2004.
11. Palacín M. Grupos para la promoción de la salud. En: Sáez Cárdenas S, Pérez Calvo RM. El Grupo en la promoción y educación para la salud. Lleida: Ed. Milenio; 2004.
12. Pérez Álvarez M. La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. Papeles del psicólogo 2007; 28 (2): pág. 97-110.



**Mesa de comunicaciones 19: Práctica Clínica****Concurrent session 19: Clinical Practice****AUTORES/AUTHORS:**

Trinidad Fernández Sánchez, M<sup>a</sup> Rocio López Sanz, M<sup>a</sup> Teresa Urdiales Gutiérrez, Pilar Urueña Ceruelo, Africa Negueruela Ordoqui, Margaret Pompeya Gonzalez Alonso

**TÍTULO/TITLE:**

Efecto de una intervención de enfermería múltiple protocolizada en el periodo intraoperatorio en la disminución del dolor

Objetivos: Los objetivos de este estudio son:

- Evaluar si una intervención enfermera protocolizada realizada durante la intervención de pacientes quirúrgicos traumatológicos disminuyen el nivel del dolor experimentado en las primeras 48 horas posquirúrgicas.
- Evaluar si la intervención enfermera señalada disminuye el nivel de ansiedad en los pacientes quirúrgicos traumatológicos.

Métodos: El estudio se ha realizado en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid durante el primer semestre y del segundo semestre del 2009.

Se ha realizado un estudio experimental, estableciendo dos grupos de pacientes asignados de forma aleatoria, uno es el grupo control que recibe todas las actividades que se realizan actualmente y otro es el grupo experimental al que se le realiza la intervención enfermera protocolizada.

Los sujetos del estudio son los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en traumatología de tres tipos Prótesis total de cadera, Prótesis parcial de cadera y Osteosíntesis en el hospital clínico universitario de Valladolid durante el año 2009. que cumplían los inclusiones establecidos

Se ha realizado un muestreo consecutivo de los pacientes asignándoles de forma aleatoria al grupo control o experimental hasta conseguir el tamaño muestral calculado en base al error  $\alpha$  establecido y al poder estimado.

El estudio había sido valorado por el comité de ética del hospital considerando que se ajustaba a los principios éticos. Los pacientes que cumplían los requisitos para participar en el estudio se les informaba verbalmente y por escrito del estudio pidiendo su consentimiento por escrito para participar en él, se les indicaba que la participación era totalmente voluntaria y que su negativa no supondría ningún trato discriminatorio.

En el preoperatorio las variables recogidas son edad, sexo, tipo de operación, nivel de ansiedad rasgo, nivel de ansiedad estado

En el postoperatorio se recoge el nivel de ansiedad estado, los analgésicos consumidos y la intensidad del dolor a las 12, 24, 36 y 48 horas después de la intervención.

Para medir el grado de ansiedad hemos utilizado el State Trait Anxiety Inventory –STAI (inventario de ansiedad estado y rasgo). El dolor se ha valorado por medio de la Escala Numérica Verbal (ENV).

Resultados: Se ha tomado una muestra de 129 pacientes de los cuales 49,6% pertenecen al grupo experimental y 50,4% al grupo control.

Entre los cuales 45,7 % son mujeres y 54,35 % son hombres. Por tipo de intervención, predominan las intervenciones de prótesis total de cadera con un 69,7 %, prótesis parcial de cadera 11,6 % y osteosíntesis 19,4%.

En cuanto a la edad hasta 70 años hay 40,3 %, de 70 a 80, 32,6 % y más de 80, 27,1% pacientes.

Los resultados de la aplicación del cuestionario para medir la ansiedad muestran una posición inicial de igualdad para el grupo experimental y control antes de aplicar la prueba y sin embargo diferentes resultados en el postest. Hay diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en el postest a favor del grupo experimental que presenta menor ansiedad.

Los resultados de la valoración del dolor presentan una tendencia decreciente en ambos grupos desde el momento que se toma la primera medida sin que se den diferencias significativas entre el grupo control y el experimental.

Discusión: LA intervención enfermera disminuye el nivel de ansiedad de los pacientes ello nos hace considerara que la intervención mejorará la recuperación del paciente sin embargo los perfiles del grupo experimental y control en la valoración del dolor nos llevan a considerar que ello puede encontrarse también influenciado por el escaso poder discriminativo de la escala numérica verbal del dolor

Implicaciones en la práctica: Es necesario evaluar a las intervenciones enfermeras para evidenciar la influencia de nuestras actuaciones en la salud del paciente y desarrollar nuestras actuaciones en base a la evidencia científica, es por ello que consideramos que el hecho de que la intervención protocolizada disminuya la ansiedad del paciente debe llevar consigo su implantación de forma sistematizada en el hospital en el que trabajamos.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) Marín Romero I, Martínez Gómez P, Ponsich Pubill J, Pubill Grasa M. Ansiedad en paciente intervenidos de rodilla (Prótesis Total Rodilla). *Enferm Global* 2004; 4:1-11.
- 2) Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Mosby 1996: 232.
- 3) Barrilero Gómez JA, Casero Mayorga JA, Cebrián Picazo F, Córdoba Monedero CA, García Alcaraz F, Gregorio González E, et al, Casero. Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. *Rev Enferm (Albacete)* 1998; 208.
- 4) Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). Palo Alto California: Consulting Psychologist. En prensa; 1970.
- 5) Spielberger ChD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Madrid: TEA; 1982.
- 6) Simões Flório MC, Galván CM. Cirugía ambulatorial: Identificacáo dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(5):630-7.
- 7) McDonald S, Hetrick S, Green S. Educación prequirúrgica para el reemplazo de cadera o de rodilla (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK:John Wiley & Sons, Ltd). Fecha de modificación más reciente: 23 de noviembre de 2003.
- 8) Cuñado Barrio A, Legarre Gil MJ, Ruiz Castón J, Silveira de la Torre J, Caballero Martínez L, García López F. Efecto de una visita enfermera estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes quirúrgicos: ensayo clínico aleatorizado. *Enferm Clin* 1999; 9(3):98-104.
- 9) Gálvez Toro A, Bonill de la Nieves C, Torres Luzón C, Rodríguez Bailón M, Ayudarte Larios ML. Experiencia sobre la visita prequirúrgica: una revisión de evidencias. *Evidentia* 2006 mar-abr; 3(8). En : <http://www.index-f.com/evidentia/n8/213articulo.php> [ISSN 1697-638X]
- 10) Kimberger O, Illievich U, Lenhardt R. The effect of skin surface warming on pre-operative anxiety in neurosurgery patients. *Anaesthesia* 2007; 62(2): 140-145.
- 11) Cooke M., Chabover W., Schluter P., Hiratos M. The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 52 (1): 47-55
- 12) The Joanna Briggs Institute. La música como procedimiento en el medio hospitalario. 2001; 5(4):1-6

**AUTORES/AUTHORS:**

M CARMEN CASTAÑO SÁNCHEZ, CARMELA RODRIGUEZ MARTÍN, J IGNACIO RECIO RODRIGUEZ, YOLANDA CASTAÑO SÁNCHEZ, M FE MUÑOZ MORENO, MANUELA ALONSO GONZALEZ, MANUEL A GÓMEZ MARCOS, LUIS GARCIA ORTIZ

**TÍTULO/TITLE:**

CALIDAD DE VIDA DE LA PERSONA HIPERTENSA, CUESTIONARIO SF-36, DIFERENCIAS DE GÉNERO.

Objetivo: Analizar la calidad de vida de las personas hipertensas antes y después de una intervención educativa grupal y en relación al sexo, mediante el Cuestionario de Salud SF-36.

Método:

Diseño: Ensayo clínico aleatorio: Evaluación de una estrategia para mejorar los estilos de vida de pacientes hipertensos en Atención Primaria de Salud.

Ámbito: Atención Primaria.

Sujetos: Por muestreo aleatorio se seleccionaron a 101 personas hipertensas de entre 35-74 años de edad, randomizando 51 al grupo de intervención (GI) y 50 al grupo control (GC). Edad media 64,98 (DE 9.06), 61,4% mujeres.

Mediciones: Calidad de Vida Relacionada con la Salud mediante el Cuestionario de salud SF-36 que valora las siguientes dimensiones: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional, Salud mental y Evolución declarada de la salud. Edad y sexo.

Resultados:

Escala SF-36 (rango 0-100).

No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el GI y el GC en la calidad de vida, después de la intervención educativa grupal.

Analizada la calidad de vida por sexos encontramos en la valoración inicial diferencias en la Función física (mujeres 87,5 y varones 92,58); en la valoración final hay diferencias en la Función física (mujeres 82,03 y varones 90,68), Rol físico (mujeres 73,24 y varones 90), Dolor corporal (mujeres 67,59 y varones 82,42), Vitalidad (mujeres 67,22 y varones 80,95) y Salud mental (mujeres 69,05 y varones 87,80).

Conclusiones:

Las personas hipertensas perciben de buena a muy buena su calidad de vida. Quizás por partir de un buen nivel no se han encontrado diferencias entre los grupos después de la intervención educativa grupal.

Si hay diferencias en función del sexo, tanto en la valoración inicial como en la final, con una percepción de mayor calidad de vida en los varones.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. L García Ortiz ,I. Santos Rodríguez , PL. Sánchez Fernández, M<sup>a</sup> C. Mora Santiago ,J Arganda Maya,M<sup>a</sup> T. Rodríguez Corral efectividad de una intervención de mejora de calidad en la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos. Revista Española de Cardiología 2004; 57: 664-51
2. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. American Heart Association 2003. Hypertension 2003;42:1206-52.

3. European Society of Hypertension- European Society of Cardiology. Guidelines for the management of arterial hypertension, Guidelines Committee 2007. *Journal of hypertension* 2007; 25: 1105-1187.
4. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med.* 2001;344:3-10. 26.
5. Alonso J, Prieto L, Anto JM. [La versión en español de la SF-36 Health Survey (SF-36 Cuestionario de Salud): un instrumento para la medición de resultados clínicos]. *Med Clin (Barc).* 1995; 104:771-776.
6. Alonso J., Regidor E., Barrio G., Prieto L., Rodríguez C., de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica* 1998; 111: 410-6 .
7. Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris. Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Agosto 2000.
8. Vilagut G et al. Interpretación de los Cuestionarios de Salud sf-36 y sf-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin.* 2008; 130(19):726-735.
9. Rodríguez Martín C, Castaño Sánchez C, García Ortiz J, Recio Rodríguez JI, Castaño Sánchez Y, Gómez Marcos MA. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en Atención Primaria: un ensayo clínico aleatorio. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 441-452.

**AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>a</sup> Delirio Jiménez Sánchez, Antonio Javier Piña Martínez, Mónica Moreno Moreno, Ascensión Villada Munera, Eduardo Candel Parra, M<sup>a</sup> Ángeles del Egido Fernández, M<sup>a</sup> Pilar Córcoles Jiménez

**TÍTULO/TITLE:**

Comprensión y recuerdo de una intervención educativa para prevenir incontinencia en ancianos con fractura de cadera

El proceso de atención de Enfermería es un proceso de resolución de problemas que se adecua a un método clínico para la praxis enfermera(1). Consta de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación, siendo de carácter dinámico y cíclico. En la fase de implementación se realizan los cuidados planificados para resolver los problemas que presenta el paciente. A fin de estandarizar y unificar la denominación de las acciones enfermeras, se estableció la clasificación NIC(2). Existen guías que proponen una serie de intervenciones NIC para cada diagnóstico de Enfermería(3).

La fase de evaluación supone una medida de la capacidad de las intervenciones para resolver problemas y de la calidad de la atención, además de fomentar el juicio crítico profesional. Para determinar los resultados producidos en el paciente por las intervenciones de Enfermería se han propuesto criterios de resultado (Nursing Outcomes Results, NOC)(4). Se definen como un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medidos a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de Enfermería. Están compuestos por indicadores, que se miden a través de una escala tipo Likert de cinco puntos, que cuantifica el estado del indicador en un paciente desde la situación menos a más deseable, y proporciona una puntuación en un momento dado(4).

Aunque pueden encontrarse numerosas publicaciones sobre la utilización teórica de estas taxonomías(5), así como planes de cuidados estandarizados que utilizan NIC y NOC, la gran mayoría no se presentan resultados de su uso en pacientes concretos. Por otra parte, existen estudios que demuestran la efectividad de intervenciones educativas apoyadas en soportes escritos realizadas por profesionales de Enfermería para mejorar la frecuencia y el volumen de las incontinencias(6). Un programa sencillo de consejo y entrenamiento mostró mejoría en la calidad de vida percibida por pacientes con incontinencia, así como una reducción de los episodios de pérdida de orina y del consumo de pañales o compresas, con la consiguiente disminución del gasto(7).OBJETIVO: Determinar la comprensión de la información recibida por los pacientes y familiares tras una intervención educativa para prevenir incontinencia en ancianos con fractura de cadera.

MÉTODO: Estudio analítico longitudinal prospectivo. Población y muestra: Pacientes mayores de 65 años, ingresados por fractura de cadera secundaria a una caída en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete y Hospital Virgen de la Luz, de Cuenca, previamente continentales para la eliminación fecal y urinaria. Criterios de exclusión:

- Deterioro del estado mental medido con el Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer. Consta de diez preguntas relacionadas con la orientación témporoespacial, memoria reciente y de acontecimientos anteriores, que se puntúan con un punto cada fallo. La puntuación máxima es 10, entre 0 y 2 errores se considera intacto, entre 3 y 4 errores leve, entre 5 y 7 errores moderado y entre 8 y 10 errores grave deterioro intelectual. Se han excluido aquellos pacientes cuya puntuación era superior a cuatro.
- Rechazar la participación en el estudio.
- Desarrollar alguna complicación que requiera sondaje vesical mantenido o prolongue el periodo de hospitalización por encima de quince días.
- No tener posibilidad de contactar con el paciente o cuidador principal por teléfono.

Se han incluido los pacientes por muestreo consecutivo.

Se realiza la intervención educativa "Entrenamiento del hábito urinario", intervención de Enfermería reconocida y descrita en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería(2), que tiene como objetivo establecer un esquema predecible de vaciado de la vejiga

para evitar la incontinencia. Las actividades que se eligen de esta intervención para enseñarlas al paciente y a su cuidador principal son:

- Establecer un intervalo de horario inicial para ir al aseo, en función del esquema de eliminación y de la rutina habitual.
- Establecer un intervalo para ir al aseo preferiblemente no inferior a dos horas.
- Ayudar al paciente a ir al aseo y provocar la eliminación a los intervalos prescritos.
- Utilizar el poder de la sugestión (hacer correr agua o vaciar la cisterna del inodoro) para ayudar al paciente a eliminar.
- Reducir el intervalo de ir al aseo en media hora si se producen más de dos episodios de incontinencia en 24 horas.
- Aumentar el intervalo de ir al aseo en media hora si el paciente no tiene episodios de incontinencia en 48 horas, hasta que se consiga el intervalo óptimo de 4 horas.
- Mantener el ir al aseo, tal como se haya programado, para ayudar a establecer y mantener el hábito de eliminación.
- Dar una respuesta o refuerzo positivo al paciente cuando elimine a la hora programada, y no realizar ningún comentario si el paciente muestra incontinencia.

Cuando el paciente no puede aún movilizarse para ir al aseo, la actividad se sustituye por proporcionarle la botella o cuña en las mismas condiciones.

Esta intervención se lleva a cabo durante el ingreso hospitalario, entre el 2º y 4º día del postoperatorio, por un profesional de Enfermería previamente entrenado. Al finalizar la intervención educativa se deja un tiempo para que el paciente y el cuidador formulen preguntas y dudas, se resuelven las mismas y se les pide que repitan las enseñanzas recibidas para asegurar la comprensión de las actividades. Se entregan asimismo unos folletos realizados ad hoc, que sirven como recuerdo y refuerzo de la intervención.

Entre el 7º y el 10º día tras el alta hospitalaria se realiza llamada telefónica para medir la comprensión y recuerdo de las actividades recomendadas, utilizando el Criterio de Resultados NOC "Conocimiento actividad prescrita"(4). Se define como la "magnitud de la comprensión transmitida sobre la actividad y el ejercicio prescritos", eligiendo los indicadores "Descripción de la actividad prescrita", "Explicación del propósito de la actividad" y "Descripción de la estrategia para el incremento gradual de la actividad". La escala de medición de cada indicador es de tipo Likert y va desde 1 a 5 (desde "Ninguno" hasta "Extenso"). La recogida de datos incluye otras variables (sociodemográficas, relacionadas con la fractura y proceso quirúrgico, y estado del paciente).

Análisis estadístico: frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y dispersión, según tipo de variables. Análisis bivalente utilizando Chi-cuadrado para variables cualitativas y U de Mann-Whitney para comparación de variables cuantitativas entre dos grupos. Nivel de significación estadística  $p < 0,05$ .

RESULTADOS: Hasta el 31 de mayo de 2010 se habían incluido 22 pacientes en el estudio. Un 73,9% son mujeres, la edad media es de 81,86 años (d.t.=7,07), siendo un 34,8% mayores de 85 años. Un 65,2% tenía un estado mental intacto (puntuación Pfeiffer entre 0 y 2). La puntuación media del Índice de Barthel referido antes de la fractura de cadera era de 93,47 (d.t.=7,75).

El tipo predominante de fractura es la pertrocantérea (43,5%) y el tipo de reparación más habitual ha sido la colocación de clavo-placa (69,6%). Las complicaciones durante la estancia hospitalaria aparecieron en 4 pacientes, consistiendo en anemia que requirió transfusión en 3 casos, y aparición de ileo paralítico en otro paciente. La estancia hospitalaria media fue de 7,78 días (d.t.=2,62).

La media de días transcurridos hasta la llamada telefónica para evaluación del NOC fue de 9,81 (d.t.= 2,59).

Por lo que se refiere a la variable principal, es decir, la evaluación del conocimiento sobre la intervención de Enfermería realizada, encontramos la siguiente distribución en los indicadores:

- Para el indicador "Descripción de la actividad prescrita" muestran un conocimiento sustancial un 54,5% y extenso un 40,9% de los pacientes.
- Para el indicador "Explicación del propósito de la actividad", un 18,2% tienen un conocimiento sustancial y el resto (81,8%) extenso.
- Para el indicador "Descripción de la estrategia de incremento gradual de la actividad" un 4,5% muestra un conocimiento escaso, otro

4,5% conocimiento moderado, un 59,1% conocimiento sustancial y un 31,9% muestran un conocimiento extenso.

Los factores que se relacionan de forma estadísticamente significativa con conocimiento extenso sobre explicación del propósito de la actividad son ser mujer ( $p=0,04$ ) y ausencia de complicaciones postoperatorias ( $p=0,01$ ). Las personas con menor edad muestran un conocimiento extenso sobre la descripción de la estrategia de incremento gradual de la actividad, de manera estadísticamente significativa ( $p=0,019$ ).

DISCUSIÓN: Al igual que ocurre en la mayoría de los estudios con población anciana que ha sufrido una fractura de cadera, existe un predominio de mujeres en la muestra y una edad media elevada(8). Son personas que antes de la fractura mantienen una elevada autonomía para las actividades de la vida diaria.

La intervención educativa se lleva a cabo durante el postoperatorio inmediato, lo que puede plantear dudas sobre la oportunidad y la capacidad del paciente, anciano y con una intervención quirúrgica tras un traumatismo importante, para comprender y retener la información. Existen estudios donde se ha encontrado eficacia de intervenciones educativas de Enfermería realizadas durante el ingreso hospitalario en pacientes ancianos(9, 10), aunque en especialidades del área médica y con media de edad menos elevada, por lo que su situación puede ser diferente.

La evaluación de aspectos relacionados con la salud de la población mediante escalas estandarizadas puede ser evaluada telefónicamente; esta metodología es perfectamente válida para determinar la prevalencia de discapacidades en la comunidad(11) y en mayor medida si previamente ha existido un contacto personal entre entrevistador y paciente(12), como es nuestro caso. La evaluación de la efectividad de la intervención educativa realizada a través de NOC permite hacer una apreciación ajustada y sensible de la comprensión de la información recibida por el paciente. Vemos que una abrumadora mayoría de los sujetos son capaces de retener la información, pues a pesar de la edad avanzada y de la realización precoz de la educación durante el postoperatorio, el recuerdo de la intervención educativa es muy extenso en los sujetos. En la práctica clínica, este dato es relevante pues viene a corroborar la percepción que tenemos muchos profesionales sobre el hecho de que la educación sanitaria realizada en Atención Especializada en procesos agudos puede ser eficaz incluso en poblaciones envejecidas; base de los muchos planes de cuidados en hospitalización que incluyen actividades de educación a los pacientes. En este mismo sentido se orientan los resultados de los estudios antes mencionados(9, 10).

Por otra parte, la utilización de NOC permite apreciar diferencias en la comprensión y recuerdo según el tipo de información, pues si prácticamente el total puede explicar la finalidad de las actividades que se les propusieron, así como describir en qué consisten las mismas, vemos diferencias al describir lo relacionado con el incremento gradual de los intervalos. Quizá esta parte sea la más compleja de la intervención, pues un 9% tiene un conocimiento escaso o moderado. Este resultado es relevante porque nos permite detectar partes de la información que necesiten mayor refuerzo para asegurar su eficacia. Lo mismo puede decirse de los factores que muestran relación con un menor recuerdo de la información: los hombres, las personas más ancianas y los que han tenido alguna complicación en el postoperatorio deben recibir más refuerzo de la intervención educativa ya que muestran un recuerdo menos extenso.

Como limitaciones, la evaluación de los conocimientos se ha hecho en un plazo corto de tiempo, y está en curso la evaluación de la efectividad que esta intervención educativa tenga en orden a prevenir la incontinencia urinaria.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Brito Brito PR. El proceso enfermero de Atención Primaria (IV): implementación. ENE Revista de Enfermería. 2008; 4: 6 – 12.
- (2) McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª edición. Madrid: Elsevier Mosby; 2005.
- (3) Johnson M, Maas M, McCloskey JC, Bulechek GM, Butcher H, Moorhead S et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª Ed. Madrid: Elsevier; 2006.
- (4) Moorhead S, Johnson M, Maas M (Eds.). Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 3ª edición. Madrid: Elsevier, 2006.
- (5) Román Cereto M, Campos Rico A, Viñas Heras C, Palop R, Zamudio Sánchez A, Domingo García R et al. Las taxonomías

enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enfermería Científica*. 2005; 15 (3): 163 – 166.

(6) Milne J. The impact of information on health behaviors of older adults with urinary incontinence. *Clin Nurs Res* 2000; 9(2): 161 –176.

(7) Borrie MJ, Bawden M, Speechley M, Kloseck M. Interventions led by nurse continence advisers in the urinary incontinence: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2002; 166 (10): 1267 – 1273.

(8) Candel-Parra E, Córcoles-Jiménez MP, Del Egido-Fernández MA, Villada-Munera A, Jiménez-Sánchez MD, Moreno-Moreno M, et al. Independencia para actividades de la vida diaria en ancianos previamente autónomos intervenidos por fractura de cadera secundaria a una caída tras 6 meses de evolución. *Enferm Clin*. 2008; 18 (6): 309 – 16.

(9) Yera-Casas AM, Mateos-Higuera del Olmo S, Ferrero-Lobo J, Páez-Gutiérrez TD. Evaluación de la intervención educativa al paciente anciano con insuficiencia cardiaca, realizada por enfermería a través de un plan de cuidados estandarizado. *Enferm Clin*. 2009; 19 (4): 191 – 198.

(10) Lázaro Castañer C, Marín-Barnuevo Fabo C, García Sánchez V, Martínez Puerta D, Pardo Ibáñez D, Gutiérrez Díaz A. Valoración de un programa de educación para la salud durante el ingreso hospitalario, tras un síndrome coronario agudo (SCA). *Enfermería en Cardiología*. 2006; XIII (39): 22 – 26.

(11) Korner-Bitensky N, Wood-Dauphinee S, Siemiatycki J, Shapiro S, Becker R. Health-related information postdischarge: telephone versus face-to-face interviewing. *Arch Phys Med Rehabil*. 1994 Dec;75(12): 1287-96.

(12) Evans M, Kessler D, Lewis G, Peters TJ, Sharp D. Assessing mental health in primary care research using standardized scales: can it be carried out over the telephone? *Psychol Med*. 2004 Jan; 34(1):157-62.



**Mesa de comunicaciones 20: Cuidados a pacientes críticos****Concurrent Session 20: Critical Care****AUTORES/AUTHORS:**

Ana Castillo Ayala, Juana Sanchez Sanchez, Ana Rodriguez Gonzalo, Felix Sanchez Vicario

**TÍTULO/TITLE:**

Paciente donante y trasplantado: conocimientos y actitud de la enfermería en cuidados críticos.

Objetivos: Valorar los conocimientos del personal respecto al proceso de donación, conocer las necesidades enfermeras respecto al donante y trasplantado, detectar el nivel de compromiso con la donación y comparar estos resultados entre las diferentes unidades.

Método: Estudio descriptivo transversal realizado en noviembre del 2009. El ámbito de estudio fueron las unidades de cuidados intensivos (UCIs) del hospital Ramón y Cajal de Madrid. La población diana fueron todas las enfermeras destinadas a dichas unidades que estuvieran en activo en el momento en el que se desarrollaba el estudio. La participación fue voluntaria obteniéndose el consentimiento verbal. Se administró una encuesta autodiseñada de 42 ítems: 28 ítems presentan un formato de triple opción de respuesta, 13 un formato de respuesta de elección múltiple y 3 un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos. El supervisor de cada unidad entregó los cuestionarios a su personal no haciéndolo los investigadores con el fin de evitar condicionamientos debido a su implicación en el proceso de donación. Se recogieron en un plazo máximo de una semana. Se realizó un muestreo por conveniencia. Las variables principales estudiadas fueron: indicadores sociodemográficos, conocimientos sobre la organización, equipos y participación en equipos de trasplante, formación y conceptos básicos, relación y atención al paciente donante, relación con el paciente trasplantado y entorno próximo y nivel de compromiso con la donación. Se analizaron los datos referentes a la formación y conceptos básicos en las UCIs neuroquirúrgica, médica y cardiaca debido a que aportan el 73%, 16% y 6% respectivamente de todos los donantes del hospital. Además, los trasplantados son atendidos exclusivamente en la UCI cardiaca. Las variables cuantitativas y cualitativas se expresan en frecuencias y porcentajes. Para la comparación de variables cualitativas se emplea la prueba  $X^2$ . Se utilizó el programa SPSS versión 15.0

Resultados: Se recogieron 68 encuestas, lo que supone un índice de respuesta del 91%. Para los datos específicos de las tres UCIs (neuroquirúrgica, médica y cardiaca) se obtuvieron 42 encuestas, lo que supone el 93% de respuesta.

El 40% de los profesionales se encuentra en la franja de edad de 31 a 40 años. Un 57% lleva un mínimo de 11 años como enfermero y el 51% lleva más de 7 años exclusivamente en intensivos.

Un 97% conoce la actividad trasplantadora del hospital. El 96% conoce al equipo de trasplantes. El 69% confía en dicho equipo. El miembro identificado con mayor porcentaje como integrante del mismo es la enfermera (96%) seguida del cirujano (91%), el miembro identificado con menor porcentaje es el radiólogo (34%). Un 34% de los encuestados ha participado en un equipo de trasplantes.

Tiene formación sobre donación y trasplantes el 53% de los enfermeros. Conoce el proceso de donación un 50%. El 74% conoce los criterios de Muerte Encefálica (ME), aunque el 71% duda del diagnóstico ante movimientos espásticos. Asocia ME con ausencia de función del tronco el 28%. Duda o cree que el paciente en ME se recupera el 40%. Un 50% afirma que un EEG plano siempre indica ME.

El 74% de los encuestados ha atendido donantes. Al 71% le gusta cuidar a este tipo de pacientes aunque sólo el 61% indica no tener sensación de cuidados inútiles. El donante genera un estrés entre medio y alto en el 65% de los profesionales, debido a sobrecarga de trabajo (36%) y falta de personal (38%) principalmente. Un 60% indica que no existen medios suficientes en sus unidades para atender adecuadamente a estos pacientes, achacándolo a falta de material y de personal el 44%. Cuando se pregunta como podría mejorar esta situación indican que con cursos de formación (93%), con charlas en las unidades (77%) y conociendo mejor al equipo de trasplantes (71%). Cree que debe destinarse una enfermera exclusivamente al donante un 68%.

El 69% de los enfermeros ha atendido trasplantados. Sólo el 47% indica que les gusta atender a dichos pacientes. El 54% señala que precisan cuidados más específicos que cualquier otro paciente de UCI. Un 71% demanda una enfermera exclusiva al trasplantado.

El 12% del personal está registrado oficialmente como donante, el 50% de ellos de órganos y tejidos. Está a favor de la donación el 74% del personal aunque en su entorno la cifra se eleva al 85%. El 31% han pensado alguna vez en la posibilidad de precisar un

trasplante en un futuro.

En cuanto a los resultados específicos de las tres UCIs referentes a la formación y conceptos básicos, destaca el escaso número de personal que ha recibido formación en donación y trasplantes en la unidad neuroquirúrgica del 53%, de un 67% en la médica y de un 33% en la cardíaca. En cuanto al proceso de donación, en la UCI neuroquirúrgica afirman conocer el proceso el 53% de los enfermeros, en la médica el 60% y en la cardíaca el 17%, muy por debajo esta última del 50% obtenido en los resultados generales del hospital. En referencia a conocer los criterios de ME, las tres unidades superan el porcentaje general (74%) siendo del 80%, 87% y 75% respectivamente en estas tres UCIs. Ante espasmos dudan del diagnóstico o piensan que está mal realizado el 53% de los profesionales la UCI neuroquirúrgica, el 67% de los de la médica y el 75% de la cardíaca, cuando en el hospital hablamos del 73%.

Se observó una asociación significativa cuando se habla de conocer al equipo de trasplantes y la confianza que este le genera ( $p=0,022$ ) hallando que quienes conocen al equipo de trasplantes presentan mayor porcentaje de confianza en él respecto a quienes no lo conocen. También se encontró significación entre conocimiento de los criterios de ME y conocer el concepto real de lo que significa la ME ( $p=0,031$ ); quien dice no conocer los criterios ciertamente no saben cual es el termino real de muerte encefálica en mayor porcentaje que aquellos que han afirmado conocerlos.

Tanto los que señalan desconfiar del criterio de ME como los que afirman que no les genera desconfianza este concepto, indican que estos pacientes no se recuperan respecto a los que piensan que se recuperan ( $p=0,017$ ).

Gusta cuidar más al donante que al trasplantado ( $p=0,035$ ). A quienes les gusta cuidar poco al donante tampoco le gusta el cuidado del trasplantado, a los que les gusta cuidar bastante o mucho al donante también les gusta cuidar trasplantados.

Aquellos profesionales que indican tener niveles de estrés muy alto encuentran en la sobrecarga de trabajo una de las causas ( $p=0,42$ ).

Según la UCI donde trabajan estos profesionales, se reclaman más medios ( $p=0,004$ ). El personal que tiene en su entorno próximo un trasplantado piensa más en la posibilidad de necesitar un trasplante para ellos mismos en un futuro respecto a los que no tienen ningún trasplantado ( $p=0,011$ ).

Discusión: El manejar una población activa principalmente entre 31 y 40 años muestra unos profesionales en una franja de edad ideal ya que tienen experiencia, buena capacidad para la actividad profesional y un tramo de edad muy adecuado para una formación intensiva y especializada.

Que sólo un 69% de los encuestados confíe en el equipo de trasplantes es motivo de preocupación, así como que sólo un 28% sepa identificar a todos los miembros del equipo indicados. Posiblemente, un mejor conocimiento de sus miembros y una relación más directa con ellos mejoraría esta situación, punto ya reclamado por el 71% de ellos.

Nos preocupan las dudas que generan los conceptos legales establecidos entorno al significado y diagnóstico de muerte cerebral, lo cual requiere mayor formación lo que haría que ese 40% de personas que aún afirman o dudan de que un paciente en ME pueda recuperarse, disminuyese notablemente.

En la práctica clínica, el déficit general de conocimientos sobre conceptos básicos y sobre el proceso de donación y trasplantes, podría generar cierta reticencia en el cuidado del donante repercutiendo por tanto en la calidad de la asistencia.

El punto positivo lo encontramos en los propios profesionales que se dan cuenta de ello y por lo tanto demandan dicha formación a través de cursos (93%) y charlas en las unidades (77%).

El alto porcentaje de enfermeros que indican la necesidad de una atención exclusiva al paciente donante, junto con la sobrecarga de trabajo y falta de personal que señalan como elementos de estrés, hace que nos planteemos a nivel organizacional la necesidad de prestar más apoyo con el fin de mejorar esta situación. En nuestro hospital, sólo tiene dedicación exclusiva la enfermera cuando se atiende a un trasplantado durante sus primeras 48 horas en UCI.

Es importante el hecho de que la mayor parte del personal, 78%(50), se declaren a favor de la donación aunque no estén registrados como tales, ya que la enfermería es un punto de referencia importante en la promoción de este proceso. Aunque hay que pensar porque esta cifra aumenta hasta el 85%(58) cuando se habla del entorno.

Que un bajo porcentaje de profesionales no se plantee necesitar un órgano pero sí darlo, demuestra un gran acto de generosidad. Llama la atención, especialmente, la UCI de cardiología por su escaso personal formado lo que podría justificar porqué tantos profesionales dudan o piensan que se a realizado mal el diagnóstico de ME cuando un paciente presentas espasmos (75%) o porqué cuando ven un EEG plano indican que ese paciente siempre está en ME (83%).

Ante los resultados obtenidos, encontramos la necesidad de realizar un estudio extensivo a más hospitales con el fin de detectar si realmente esto es una situación de exclusiva de nuestro centro o si se presenta también en otros, teniendo que plantearse por tanto ,a nivel institucional, la necesidad de mejorar la preparación de los profesionales que atienden a los donantes para alcanzar así la máxima calidad en cuidados.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ley 30/1979, de 27 de octubre sobre extracción y trasplante de órganos.
- Ríos Zambudio A, Martínez-Alarcón L, et all. Attitude of nursing staff toward organ donation in a Spanish hospital with a solid-organ transplant program. Prog Trans Dec 2009;19(4):371-377.
- Haupt WF, Rudolf J. European brain death codes: a comparison of national guidelines. J Neurol 1999;246:432-37.
- Ingram JE, Buckner EB, Rayburn AB. Critical Care Nurses´ attitudes and knowledge related to organ donation. Dimensions of critical care nursing 2002;21(6):249-55.
- Coll E, Miranda B, Dominguez-Gil B, Martin E, Valentin M, Garrido G, Mahillo B, Rosa G de la, Matesanz R. Donantes de órganos en España: evolución de las tasas de donación por comunidades autónomas y factores determinantes. Med Clin 2008;131(2):52-9.
- Cantwell M, Clifford C. English nursing and medical students´ attitudes towards organ donation. J Adv Nus. 2000;32(4):961-8.
- Gorena M, Gonzalez R, Castillo L, Gomez C, Calderara M, Pinto A, Cuevas S, Hernandez F, Gonzalez F. Visión de los profesionales de la salud acerca de la donación y trasplante de órganos en un centro de trasplante renal. Rev Chil Uro 2003;68(1):93-8.
- Haupt WF, Rudolf J. European brain death codes: a comparison of national guidelines. J Neurol 1999;246:432-37.
- Wainwright D. Seeking an ethical and legal way of procuring transplantable organs from the dying without further attempts to redefine human death. Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine 2007, 2:11.
- Shemie SD. Clarifying the paradigm for the ethics of donation and transplantation: Was " dead" really so clear before organ donation?. Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine 2007, 2:18.
- Dubois JM, Anderson EE. Attitudes toward death criteria and organ donation among healthcare personnel and the general public. Prog Transplant 2006;16(1):65-73.
- Bener A, El-Shoubaki H. Do we need to maximize the knowledge and attitude level of physicians and nurses toward organ donation and transplant?. Experimental and Clin Transplant 2008;4(6).
- Rios A, Matinez-Alarcon L, Ayala MA, Sebastian MJ et all. Spanish and Latin America nursing personnel and deceased organ donation: a study of attitude. Transplant Proc 2010;42:216-21.

**AUTORES/AUTHORS:**

Alba Maestro González, Sara Peña Pérez, Juan Manuel Casas Fernández de Tejerin

**TÍTULO/TITLE:**

Utilización de los Servicios de Urgencia por los internos de un centro penitenciario

Objetivos: Conocer la morbilidad sentida y analizar la utilización de los Servicios de Urgencia en una muestra de población penitenciaria y analizar las causas subyacentes a ésta.

Métodos: Estudio realizado sobre los registros de utilización de los servicios de Urgencia y de morbilidad diaria de la población reclusa entre los años 2006-2009 en el centro penitenciario de Burgos. Los datos fueron procesados identificando los casos de forma anónima. Las variables estudiadas fueron: edad, nacionalidad, fecha y motivo de consulta, ingreso hospitalario y duración de éste. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSSv 17.0 con pruebas exactas, obteniendo parámetros básicos de frecuencias y tendencia central y realizando las comparaciones entre variables mediante la Chi cuadrado de Pearson y de asociación lineal, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.

Resultados: Se revisaron 1461 registros de morbilidad diaria del centro penitenciario. La media diaria de reclusos fue de 556, se censaban diariamente una media del 17,1% como enfermos. La tasa de utilización diaria de los servicios de urgencias extrapenitenciarios fue de 0,6/1000 reclusos/día. Se revisaron 489 registros de asistencia a Urgencias. La media de edad de los reclusos asistidos fue de 37'1 años, el 79'6% eran españoles y el 20'4% inmigrantes (7'4% europeos, 7'6% africanos, 4'1% latinoamericanos y 7% asiáticos) y los motivos subyacentes: autolesiones (10%), otras lesiones (43%) y otras enfermedades no traumáticas ni intencionales (46%). Significativamente ( $\chi^2 p=0,000$ ) predominaron las autolesiones y lesiones en los cuartiles inferiores de edad y las enfermedades en el superior. Significativamente ( $\chi^2 p=0,02$ ) la población inmigrante acudía a urgencias en mayor porcentaje por lesiones (56%) y la autóctona por causas no traumáticas (49%) siendo el porcentaje de autolesiones similar en ambas (10% vs 9%). Significativamente ( $\chi^2 p=0,01$ ) la población procedente del continente asiático lo hizo en un elevado porcentaje por autolesiones (42%) si bien su representación en la muestra total fue escasa (7 casos), y la africana por lesiones (62%). Se produjo el ingreso hospitalario en el 34'8% de los asistidos con una mediana de estancia de 6 días (rango 0-62). Significativamente el ingreso fue más frecuente en el cuartil de mayor edad (45%,  $\chi^2$ : Pearson  $p=0,006$ , asociación lineal  $p=0,001$ ), en población autóctona (37%  $\chi^2 p=0,006$ ) y cuando era motivada por enfermedad no traumática ni intencionada (58%,  $\chi^2 p=0,000$ ). Se ajustó mediante regresión logística el ingreso por edad, origen y causa, objetivándose que el factor determinante del ingreso era la causa que motivaba la consulta

Discusión: El conocimiento de la epidemiología de la morbilidad urgente en la población penitenciaria permitirá organizar más eficientemente los recursos y unidades de hospitalización de referencia, así como su ubicación dentro de la estructura del hospital cuando las causas de enfermedad subyacente así lo aconsejen. En cuanto al papel de la enfermería en este estudio es primordial ya que podemos conocer y evaluar las necesidades de salud de estos pacientes y establecer planes de cuidados y prevención para este sector tan poco conocido.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Sesma J, Miró Ò. Urgency and emergency care: at the service of the citizen. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2010; 33 (Supl. 1):5-6.

Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. Triage: a key tool in emergency care. An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33 (Supl.1):

55-68.

Miret C, Martínez Larrea A. The professional in emergency care: aggressiveness and burnout. An.Sist. Sanit. Navar.201, Vol 33, Suplemento 1.

Martínez A, Hinojal R. Manejo del paciente violento en prisión. Rev. Esp Sanid Penit.1998; 1:13-19.

Jimenez Murillo L, Montero Pérez F.J. Complexity of emergency care in XXI century Spain.An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33 (Supl. 1): 7-11

Vegue González M, Álvaro Brun E. El secreto médico en Instituciones Penitenciarias. Rev Esp. Sanid Penit.2001; 3:22-29.

Lessenger JE. Prisoners in the emergency department. Ann Emerg Med.1985 Feb; 14(2):179-83.

Miguel M, García J, Rincón S, Herrero A, Vera E, Meneu I. Características de los ingresos hospitalarios generados en un centro penitenciario (1995-1997). Rev. Sanid Penit 2000; 1: 3-7.

Deans C. The effectiveness of a training program for emergency department nurses in managing violent situations. Aust J Adv Nurs. 2004 Jun-Aug; 21(4):17-22

Lamb HR, Schock R, Chen PW, Gross B. Psychiatric needs in local jails: emergency issues. Am J Psychiatry.1984 Jun; 141(6):774-7.

Kuzak N, O'connor M, Pickett W, O'brien T, Reid K, Pearson M. Impact of a prison triage system on injuries seen in emergency departments.CJEM.2001 Jul;3(3):199-204.

Miret C, Miro O, Pedrol E, Gomez-Angelats E, Casademont J, Camp J, Milla J, Urbano- Marquez A. The demand for emergency medical care by the prison population. An Med Interna 1995 Apr;12(4):175-81.

Boyce SH, Stevenson J, Jamieson IS, Campbell S. Impact of a newly opened prison on an accident and emergency department. Emerg Med J.2003 Jan; 20 (1):48-51.

Ellis DG, Mayrose J, Jehle DV, Moscati RM, Pierluisi GJ. A telemedicine model for emergency care in a short-term correctional facility. Telemed J E Health.2001 Summer; 7(2):87-92.

Chan TC, Vilke GM, Smith S, Sparrow W, Dunford JV. Impact of an after- hours on-call emergency physician on ambulance transports from a county jail. Prehosp Emerg Care.2003 Jul-Sep; 7(3):327-31.

Rilova Pérez I. 75 aniversario fundación Centro Penitenciario de Burgos (1932-2007). Ed. Campher Artes Gráficas, Burgos 2007.p.25.

**AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>a</sup> Pilar Rodríguez Lara, M<sup>a</sup> Magdalena de Tovar Fernández, M<sup>a</sup> Carmen Jimenez Estradas, M<sup>a</sup> Luisa Quintero Solís, Manuel Torres Martín

**TÍTULO/TITLE:**

RESULTADOS DE LA PROTOCOLIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRECOZ DEL DOLOR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

**INTRODUCCIÓN**

El dolor es una experiencia sensorial y emocional compleja que se asocia a daño tisular presente o potencial. Durante el transcurso de la vida todas las personas se ven afectadas en algún momento por la presencia de dolor. Un malestar que, en caso de ser intenso o crónico, disminuye considerablemente la calidad de vida de quien lo padece e incluso repercute en el entorno familiar. Como consecuencia, esto hace que el dolor sea uno de los principales motivos de consulta en los distintos niveles asistenciales y en particular en los Servicios de Urgencias hospitalarios<sup>1,2,3,4</sup>.

A nivel mundial, los pacientes con dolor reciben un alivio inadecuado<sup>5</sup> o el tratamiento llega con retraso debido a la masificación de los servicios de urgencias<sup>6</sup>.

Como el dolor es una experiencia subjetiva, la valoración del mismo a veces difiere desde el punto de vista del enfermo, el cuidador o del profesional que lo atiende<sup>7,8</sup>. De aquí la importancia de una normalización a la hora de la evaluación del mismo.

En la literatura está demostrado que la evaluación y control temprano del dolor se está convirtiendo en la práctica estándar de los servicios de urgencias de países como Australia, Estados Unidos o Reino Unido. Se considera como una buena práctica clínica el control del dolor tan pronto como sea posible. Por tanto, la gestión del dolor debe de hacerse desde el primer contacto del paciente con un profesional de salud, que habitualmente es en el triaje. Muchos trabajos han demostrado que las enfermeras en triaje pueden seguir un protocolo e iniciar una analgesia eficaz<sup>9,10,11,12</sup>.

Desde el servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU) hemos valorado como una necesidad ineludible y un compromiso ético, minimizar el sufrimiento que el dolor produce en las personas durante su estancia en el servicio, y especialmente durante su espera hasta ser atendidos por el médico por primera vez. Para ello se puso en marcha a principios del 2009 un protocolo interdisciplinar de atención precoz del dolor desde el triaje.

**OBJETIVO**

Evaluar la implantación del protocolo interdisciplinar de atención precoz del dolor desde el triaje e identificar áreas de mejora tras su implantación.

**METODOLOGÍA**

Diseño: Estudio Observacional Transversal retrospectivo.

Ámbito: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Bormujos).

Centro perteneciente al Consorcio Sanitario Público del Aljarafe, que presta asistencia sanitaria a la población de la comarca del Aljarafe sevillano, con una población de 250.980 habitantes y 28 municipios diferentes. Funciona de forma completa desde 2004,

produciéndose en el último año 98.563 demandas asistenciales en urgencias.

Desde su apertura cuenta con un sistema de documentación clínica informatizado denominado Acticx®. Éste programa cuenta con un Módulo de Cuidados de Enfermería que proporciona una herramienta para facilitar, asistir y guiar en el análisis y explotación de los datos durante la toma de decisiones.

Población: Se analizaron todos los pacientes atendidos en el 2009 cuyo motivo de consulta para acudir al SCCU es el dolor. Se marcan los siguientes criterios de exclusión:

- Menor o igual a 13 años de edad.
- Alteración cognitiva, bien por bajo nivel de conciencia, bien por consumo de tóxicos, bien por agitación.
- Incluidos en protocolo de atención al dolor torácico.
- Consulte por dolor abdominal Agudo-subagudo, hasta valoración médica.
- Que el paciente no quiera.
- Gestantes.
- Cuando presenten nauseas y vómitos.
- Haber consumido analgésicos en las 3 últimas horas previas.
- Ante la duda, no se administrará medicación
- Paciente que consulte por fiebre, ya que requiere valoración médica.

Se trabajó con números totales, no realizándose muestreo de ningún tipo.

Recogida de datos: Los datos se recogerán mediante una explotación ex profeso a la base de datos del programa de gestión de documentación clínica del centro, Acticx®. La consulta alimentará una base de datos diseñada para el estudio en entorno Access. En todo momento se asegurará el anonimato de los datos recogidos.

Se analizan las siguientes variables: sexo, edad, motivo de consulta, inclusión en protocolos, valoración del dolor, analgesia previa, analgesia administrada, motivos de reclamación durante la espera, reacciones adversas o errores de medicación y nivel de triaje.

## RESULTADOS

Durante el periodo de estudio el SCCU de nuestro hospital asumió un total de 98.563 asistencias. Si tenemos en cuenta que para el análisis hemos excluido a los pacientes pediátricos, de los 80.497 pacientes adultos atendidos acuden por dolor el 54% (43498).

La distribución del dolor por grupos de patología fue: dolor torácico 8,5%, dolor abdominal el 18,9% y otros dolores el 72,6%.

Del total de pacientes que acuden por dolor cumplían los criterios de inclusión 31.610 (excluyendo los dolores abdominales y dolores

torácicos). La adhesión al protocolo del dolor fue del 58%, siendo 18.376 los pacientes a los que se les hizo una valoración del dolor desde el triaje y se les ofreció analgesia según protocolo.

No existen diferencias significativas en cuanto al sexo (49% hombres y 51% mujeres).

La edad varió de 14 años a 98 años. La edad media fue de 44,48; con una media de 41 y una moda de 28. El periodo de 21-50 años supone el 53,5% de las asistencias por dolor, siendo el grupo de los 31-40 el de mayor incidencia con un 18%.

En cuanto al nivel de triaje asignado se comportan de la siguiente manera: prioridad 1 el 1%, prioridad 2 el 4%, prioridad 3 el 37% y prioridad 4 el 58%. Tan solo se le registró la valoración del dolor al 14,2% de los pacientes con prioridad 1 y al 46,3% de prioridad 2. De los registrados, el 82% y el 83,9 respectivamente, presentaban un dolor de intensidad grave.

La puntuación media del dolor de estos pacientes fue de 7 (intensidad moderada), con una media y moda de 8. El 5% de los pacientes valorados presentaban dolor de intensidad leve (puntuación de 0 a 3), el 44% presentaban dolor de intensidad moderada (puntuación de 4 a 7) y el 47% de los pacientes valoraron el dolor de intensidad grave (puntuación 8-10). Un 4% de los pacientes no estaban capacitados para valorar el nivel de dolor.

Más del 55% de los pacientes con nivel de triaje 3 y más del 40% de los niveles 4 valoran su dolor de intensidad grave. El 36% de los niveles 3 y el 50% de los niveles 4 refieren un dolor de intensidad moderada. Sólo el 3,1 y el 6,4 respectivamente valoran su dolor como intensidad leve.

Más del 70% de los pacientes puntuaban el dolor que presentaban como mayor o igual de 7 en una escala del 1 al 10. Al 44% de los pacientes que puntuaban el dolor con un valor mayor de 8, por lo que por protocolo no se les podía ofrecer analgesia. De los pacientes a los que se les evaluó el dolor como intensidad leve (949) solo el 5,5% aceptaron paracetamol oral en triaje. El 95,2% de los pacientes evaluados como dolor de intensidad moderada rechazaron la administración de ibuprofeno en triaje.

La mayoría de los pacientes que habían tomado analgesia en el domicilio lo hacían por iniciativa propia.

Los pacientes que reconsultaban por el mismo motivo, no aceptaban analgesia oral en el triaje.

De los pacientes que se negaron al alivio del dolor en triaje no se registraron los motivos.

El 40% de los pacientes que hacían alguna solicitud/reclamación durante la espera lo hacían por dolor, y de estos la mayoría no habían aceptado la analgesia en el triaje.

Del total de pacientes que aceptaron tomar analgesia oral en el triaje, no se ha registrado ninguna reacción adversa, ni errores de medicación.

## CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en cuanto a la prevalencia del dolor en nuestro servicio es similar a la encontrada en otros estudios<sup>13</sup>.

Los beneficios de la utilización de protocolos para la atención del dolor en un servicio de urgencias están demostrados. Sin embargo,



para garantizar la adhesión a estos protocolos, es necesario un seguimiento y control periódico, así como una evaluación continua, a fin de optimizar el manejo del dolor<sup>14</sup>. Los resultados de Adhesión obtenidos en nuestro estudio son similares a los encontrados en la bibliografía.

En nuestro caso la falta de adhesión de los profesionales al protocolo, según nos comentan ellos mismos, es la diferencia que encuentran entre la valoración que el paciente hace de su dolor y la valoración que ellos mismos hace. Entendemos que en este aspecto tenemos un área de mejora importante y que deberíamos identificar los motivos por los que se produce esta diferencia en la valoración del dolor.

Pensamos que la valoración del dolor que los pacientes realizan está sobredimensionada, al creer que al dar más puntuación se les atenderá antes. Son pocos los pacientes que quieren que se les administre analgesia oral antes de ser vistos por el médico. Creemos que podría deberse a que relacionan este hecho con un retraso en su atención. Sería necesario buscar una herramienta de valoración del dolor en la que participara el profesional y no solo el paciente, con el fin de controlar esas variables subjetivas que están condicionando el poder ofrecer analgesia.

Los pacientes que aceptan la medicación oral en el triaje no suelen reclamar durante su espera; mientras que de aquellos que reclaman y que estaban incluidos en el protocolo, habían rechazado la analgesia oral que se les ofreció.

La principal preocupación a la hora de implantar un protocolo de dolor es la seguridad de los pacientes. El primer riesgo está en la naturaleza inherente de la medicación analgésica administrada. La utilización de protocolos interdisciplinarios estandarizados contribuye a un manejo eficaz del dolor, garantizando la seguridad de los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

### BIBLIOGRAFIA

1. Cordell WH, KK Keene, BK Giles, JB Jones, JH Jones. The high prevalence of pain in emergency medical care. Am J Emerg Med. 2002; 20 (3): 165-9
2. Todd KH. Pain Management in the emergency department. Chicago: American College of Emergency Physicians; 2004.
3. Lim GH, Wee FC, SeoW E. Pain management in the emergency department. Hong Kong J Emerg Med 2006;13(1):38-45.
4. Tanabe P, Buschmann M. A prospective study od ED pain management practices and the patient's perspective. J Emerg Nurs 1999;25(3):171-7.
5. Rupp T, Lelaney KA. Inadequate analgesia in emergency medicine. Ann Emerg Med 2004;43(4):494-503.
6. Campbell P, Dennie M, Dougherty K, Iwaskiw O, Rollo K. Implementación of an ED protocol for pain management at triage at a busy Level I trauma center. J Emerg Nurs 2004;30(5):431-8.
7. Guru V, Dubinsky I. The patient vs. Caregiver perception of acute pain in the emergency department. J Emerg Med. 2000; 18 (1): 7-12
8. Marquie L, E Raufaste, Lauque D, Marine C, Ecoiffier M, Sorun P. Pain rating by patients and physicians: evidence of systematic pain miscalibration. Pain. 2003; 102(3):289-96.
9. Seguin D, A nurse-initiated pain management advanced triage protocol for ED patients wich an extremity injury at a level I trauma center. J Emeerg Nurs 2004;30(4):330-5.

10. Boyd RJ, Stuart P. The efficacy of structured assessment and analgesia provision in the paediatric emergency department. *Emerg Med J* 2005;22(1):30-2.
11. Fry M, Holdgate A. Nurse-initiated intravenous morphine en the emergency department: efficacy, rate of adverse events and impact on time to analgesia. *Emerg Med (Fremantle)* 2002;14(3):249-54.
12. Coman M, Kelly AM. Safety of a nurse-managed, titrated analgesia protocol for the management of severe pain in the emergency department. *Emerg Med* 1999;11:128-32.
13. Wagner JM. Acute Pain in the emergency department: clinical practice, research and development. 2008. [cme.medscape.com/viewarticle/576475](http://cme.medscape.com/viewarticle/576475)
14. Stephan FP, Nickel CH, Martin JS, Greber D, Delpont-Lebnen K, Bingisser R. Pain in the emergency department: adherence to an implemented treatment protocol. *Awiss Med Wkly* 2010; 140(23-24):341-347

Version Provisional - Preliminary version

**Mesa de comunicaciones 21: Cuidados pacientes crónicos y personas mayores****Concurrent Session 21: Chronic and Elderly Care****AUTORES/AUTHORS:**

Wladyslawa Czuber-Dochan, Christine Norton, Lesley Dibley

**TÍTULO/TITLE:**

Inflammatory bowel disease related fatigue – patient reported problems, methods of management and help required.

Background: Inflammatory Bowel Disease (IBD) affects 3.6 million people in Europe and the United States. More than 40% of people with IBD report fatigue to be the most troubling symptom when the disease is in remission. However little is known about how IBD patients experience and manage fatigue in everyday life. No study was found in which fatigue was studied in persons with IBD.

Objectives: To explore the phenomenon of IBD related fatigue through exploring patient perceptions, experience and coping strategies used to minimise the impact of fatigue on their daily life.

Methods: A qualitative exploratory study was conducted. Data were collected via focus group interviews lasting between 90 and 120 minutes. A purposive sample of n=45 participants with a diagnosis of IBD and self-reporting fatigue were recruited from the United Kingdom National Association for Colitis and Crohn's Disease (NACC). Five focus groups interviews were carried out Nov 2008 - Jan 2009. The participants were over 18 years of age. Illness duration ranged from recent to over 50 years. Data were recorded digitally, transcribed verbatim and analysed thematically. Ethical approval was obtained from the College research ethics committee.

Findings and discussion: The data were read several times by two researchers independently and five themes were identified: the experience of fatigue, causes of fatigue, managing fatigue, consequences of fatigue, seeking help and support. Participants explained that fatigue associated with IBD is at times overwhelming and multidimensional. They recognised fatigue as being physical and mental, acute and persistent. Fatigue was recognised as a complex aspect of IBD that could be influenced by a range of interconnected factors. Participants accepted fatigue as an integral part of IBD, often not differentiating between the disease and their fatigue. The need to feel 'normal' was seen as important for personal emotional integrity. Dietary management and rest and sleep were mentioned frequently. Some participants however found that being busy is a better strategy for them. Fatigue is often all-encompassing, and has a major debilitating effect on the physical, social, emotional and financial wellbeing of people with IBD. They also express the need for the problem to be recognised by healthcare professionals.

Conclusion: IBD-related fatigue affects life in many dimensions. Fatigue appears to present itself in a disorderly, unpredictable manner, which makes it difficult to assess and treat. People use a variety of coping strategies; however none have been tested in a trial. Issues related to IBD fatigue are not well understood and often not addressed in clinical consultations.

Implications for practice: Further research is needed to fully understand the nature and impact of fatigue. Development of a fatigue assessment tool and tested interventions are required in order to support people with fatigue in IBD.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Casellas, F., Lopez-Vivancos, J., Badia, X, Vilaseca, J., & Malagelada, J-R. (2001) Influence of Inflammatory Bowel Disease on different dimensions of quality of life European Journal of Gastroenterology & Hepatology 13 (5):567-572.

Ghosh, S., & Mitchell, R. (2007) Impact of inflammatory bowel disease on quality of life: results of the European federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations (EFCCA) Journal of Crohn's and Colitis 1(1):10-20.

Minderhoud, I.M., Oldenburg, B., Sytze van Dam, P., & van Berge Henegouwen, G.P. (2003) High prevalence of fatigue in quiescent inflammatory bowel disease is not related to adrenocortical insufficiency. The American Journal of Gastroenterology. 98(5); 1088-93.

**AUTORES/AUTHORS:**

Rogério Rodrigues, Filipa Pascoinho

**TÍTULO/TITLE:**

Informal caregivers of older people with oncological pathology: difficulties and coping strategies in the care process

**Objectives**

The aim of this study was to explore the difficulties of the informal caregivers of the older people that suffer with oncological pathology on the HDFS-EPE (Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE -Portugal) area, and the coping strategies that they use to continue the caring process.

**Methods**

Background: Actually the population ageing process is understood as a mundial phenomenon. And the increase of the hope of living could be understood such as a declaration of progress or, for other hand, a social, medical and economic challenge 1,2,3. With the large increase of older people becomes evident the expansion of chronic diseases, characteristics of the ageing process. One of those diseases is the oncologic disease that is a crisis factor that affects not only the old patient but all his familiar system 4,5,6,7,8,9.

Design: This is a descriptive, co- relational and of quantitative nature study. Sample: sample composed by 65 informal caregivers of old people followed on the HDFS, EPE (consults/day hospital). Instruments, method of data collection: Where realized semi-structured interviews to the caregivers based on a socio-demographic questioner and the scales CADI (Carer's Assessment of Difficulties Index), and CAMI (Carer's Assessment Managing Index), which pretends to evaluate the caregivers difficulties and their coping strategies to surface the caring process, respectively.

**Results**

The conclusions of the results obtained are that, the informal caregivers of the old patients with oncologic disease follow on HDFS, EPE (consults/day hospital) perceived little difficulties on the caring process. The most evident difficulties are the financial problems ( $p<0,01$ ), physical demands ( $p<0,001$ ) and deficient professional support ( $p=0,036$ ). The coping strategies that they use are not very efficient, in the mean time, the most useful are related with actions that have the goal of dealing whit the situations or solve the problems ( $p<0,01$ ).

**Discussion**

This study underline that although informal caregivers acknowledge a few difficulties in the care of the elderly who are in charge, was one of the most referenced the inadequate professional support. And in this area lies with all health professionals and social health to actively intervene to minimize these gaps in the process of taking care of elderly Portuguese elderly. It is noteworthy that although the caregivers evaluated their health as satisfactory, it would be better if there was a greater relationship between the triad informal caregiver/caregiver/elder patient.

All elements that provide care to the elderly population should take a more active role, particularly should there be a better interaction between primary health care and hospital care. The first should serve as a rear to the hospital differential care, and it will be necessary to assume a greater concern for the training of its human resources in health care to oncology patients and family.

The fact of the elderly in Portugal to obtain a low old-age pensions and their caregivers do not have high incomes (and also many elderly, others with blue-collar jobs and some unemployed) is a key factor that one of the main needs of the latter is the level of financial difficulties. However, the fact that there are no campaigns to disseminate the social support / financial services by the Institute of Social Security (state) and the IPSS and NGOs that support cancer patients and their relatives from the older population (the main provider care for these elderly patients) is an aspect which limits the access of technical aids and subsidies / additions to

these caregivers can access.

It is noteworthy that this study was conducted in a population of elderly people receiving care in outpatient / clinical practice and not in a situation of internment. So it is important to achieve the same study applied to caregivers of elderly patients hospitalized with cancer (for completion of treatment / therapy support) in order to identify the types of difficulties that they may differ from those given in the study now prepared.

During the explanation of the work was being mentioned the possibility of some studies that could eventually be conducted within the study in question, and some of the questions to answer would be:

- Find out if the fact that elderly caregivers have difficulties relating to the professional support is directly related to the difficulty of access to information about the places / institutions that provide such support;
- Understand the cultural aspects are related to the perception that informal caregivers have about their health;
- Identify differences between the perceptions of the degree of dependency of the elderly over by their informal caregiver and the absolute degree of dependence of elderly;
- Identify differences between the difficulties experienced in the care and coping strategies adopted by informal caregivers with oncologic pathology and caregivers of patients with other types of pathologies.

Although oncologic pathology is increasing in Portugal, assuming the character of a chronic disease in the elderly, it is still highly valued the fact that not only meet the needs of the patient but also their informal caregivers. In the case of the elderly, after the patient has discharge from hospital or end a session of radiotherapy or chemotherapy, their destination will be the home where their care provider is not the health professional but their informal caregivers (family) who does not hold the same emotional and technical skills of the nurse, doctor, psychologist or social worker. Thus, it behoves all professionals from the social / health invest more in research on the difficulties faced by those people who can act in accordance with their main weaknesses, trying to remedy them. In Portugal, although there are not many studies in this area and it is therefore increasingly urgent that we invest in this area of knowledge. Gerontology / Geriatrics are a growing area, and fits all to strive for better conditions for our seniors and their caregivers.

We prove the relation between the informal caregiver age and the economic difficulties and with the difficulties related with deficient professional support. The difficulties felt by the caregivers and the professional support that is given are related. It was assumed a connection between the informal caregiver's difficulties and the perceived grade of dependence of the old patient that received care. The most obvious conclusion of this study is that although informal caregivers acknowledge few difficulties in the care of the elderly who are in charge, one of the most referenced is the deficient professional support. Thus it is for nurses to intervene actively to minimize these gaps in the process of taking care of the elderly population. Although caregivers assess their health as satisfactory, it would be better if there was a greater intervention / articulation between the triad caregiver / informal caregiver / older patient. Particularly there should be a better interaction between nursing care in the community and hospital care, integrating from the start informal caregivers in the care process.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

##### Bibliography

- 1 - Honoré B. Cuidados continuados: família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar. Coimbra: Formasau, 2002.
- 2 - Lage I. Cuidados familiares a idosos. In Paúl C. & Fonseca A. (Coord.): In Envelhecer em Portugal. Manuais Universitários. Climepsi Editores. Lisboa. 2005.
- 3 - Saldanha H. Bem viver para bem envelhecer: um desafio à Gerontologia e à Geriatria, 1ªed. Lisboa. Lidel Edições Técnicas.

- 2009.
- 4 - Abreu S. A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico. Tese de Doutoramento em Saúde Mental. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto.2009.
- 5 - Andrade F. Preparação dos cuidadores principais para cuida: contributos dos enfermeiros. Rev Sin Vit. 2010;88: 35-38.
- 6 - Rebelo A.. Prestadores de cuidados informais a idosos com 80 e mais anos, na freguesia de Moreira da Maia. Geriatria. 1996; 9(81): 22-28.
- 7 - Louro M. A pessoa doente e dependente: do hospital ao domicílio. Rev Inv Enf. 2010; 21: 59-68.
- 8 - Silva, M. Importância da avaliação das necessidades da família do doente para o desenvolvimento da profissão de enfermagem. Rev Sin Vit, 2009; 85: 45-49.
- 9 - Rodrigues, RMC. Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços. Coimbra: Mar da Palavra. 2009.
- 10 - Rodrigues, RMC. Elders comprehensive assessment: Portuguese version of the OARS. J Nutr, H & Aging, 2009; 13(1): S311.

Version  
Preliminary  
version

**Mesa de comunicaciones 22: Profesión / Gestión****Concurrent Session 22: Profession / Management****AUTORES/AUTHORS:**

Elisa de Llano Ormazábal, José Ardid Ramírez, Sebastià March Llull, M<sup>a</sup> Lucía Moreno Sancho

**TÍTULO/TITLE:**

Evaluación de protocolo de derivación directa a las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria de Mallorca

**1. Introducción:**

Las unidades de fisioterapia en AP, deben dar respuesta a las necesidades de los usuarios en materias de prevención y tratamiento de las patologías susceptibles de mejora con tratamiento fisioterapéutico que precisan de una atención precoz<sup>1</sup>, la cual sólo es posible si se produce una adecuada captación y derivación por parte de algún miembro del equipo de atención primaria y si el acceso al fisioterapeuta no se ve dificultado por barreras organizativas tales como listas de espera, pasos administrativos, etc.<sup>2</sup> Sin embargo se ha evidenciado una gran variabilidad de actuación entre las diferentes comunidades autónomas, en cuanto a circuitos de derivación, actividades que desarrolla el fisioterapeuta, entre muchas otras <sup>3</sup>.

La patología vertebral es una de las principales causas de consulta en atención primaria, y en general, de prestación de servicios sanitarios, sobre todo la cervicalgia y la lumbalgia. La lumbalgia está considerada la segunda causa de los motivos de consulta médica y es la patología músculo esquelética más prevalente en mayores de 65 años<sup>4</sup>.

La bibliografía refleja que el acceso precoz a los servicios de fisioterapia en AP, se corresponde con un menor coste por episodio de lumbalgia al compararse con el tratamiento médico<sup>3</sup>.

Según Varas Fabra <sup>f</sup> et al<sup>5</sup>., los médicos de familia opinan que el tiempo de espera para acceder al médico rehabilitador es excesivo, y consideran útiles las unidades de fisioterapia ubicadas en los Centros de Salud como dispositivos de apoyo con el objetivo de descentralizar y acercar la rehabilitación al usuario.

Fruto de un grupo de trabajo compuesto por profesionales del ámbito de Atención Primaria (AP) y Especializada, se elaboraron cuatro protocolos de derivación directa desde los Médicos de Familia a las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria (UTF) para toda el área de Mallorca, que abarca 4 sectores cada uno de ellos con hospital de referencia distinto. En agosto de 2008 se implantan los protocolos de cervicalgia y lumbalgia, y en enero de 2009 dorsalgia y hombro doloroso.

En el protocolo se establecieron los criterios de inclusión y exclusión, además del circuito de derivación para que los pacientes con diagnósticos de cervicalgia, dorsalgia, lumbalgia y hombro doloroso fueran derivados desde el médico de familia al fisioterapeuta sin tener que visitar previamente al médico rehabilitador, agilizándose así el tratamiento fisioterapéutico de manera eficiente.

**Objetivos:**

1. Disminuir el tiempo de espera para tratamiento de fisioterapia a los usuarios con diagnósticos protocolizados.
2. Facilita el acceso de los usuarios a las UTF de AP.
3. Evaluar el circuito de derivación directa de los usuarios, desde el médico de familia (MF) a las UTFs.
4. Evaluar la utilización de los protocolos instaurados de derivación directa a las UTFs.
5. Describir la actividad realizada por las UTFs.

**Métodos:**

- Elaboración del protocolo de derivación directa para los diagnósticos de cervicalgia y lumbalgia.
- Presentación a todos los equipos de Atención Primaria en diciembre de 2008.
- Implementación del protocolo en enero de 2009.
- Elaboración de hoja de vaciado de datos en documento de Excel con las siguientes variables:
  - o Nombre y fecha de nacimiento del usuario
  - o Diagnóstico
  - o Fecha de solicitud del tratamiento y fecha de primera visita con el fisioterapeuta.
  - o Fecha de última sesión en la UTF y fecha de alta
  - o Tipo de derivación (directa, del médico rehabilitador o de otro profesional)
  - o Nº de sesiones de fisioterapia realizadas, tratamiento completo o no.
  - o Centro de Salud y Nombre fisioterapeuta
- Recopilación de datos a partir del listado de casos atendidos en cada UTF desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2009.

- La muestra fue de 1.249 casos, realizándose una selección aleatoria de 90 a 100 casos de cada UTF.
- La base de datos con los resultados fue explotada mediante análisis estadístico SPSS.

Resultados:

Se atendieron a un total de 6.689 usuarios en el 2009

oEl 84,7% finalizaron tratamiento

oLa media de sesiones de fisioterapia fue de 16,2.

oLos porcentajes por tipo de derivación para estas cuatro patologías fueron:

o 42% procedentes del protocolo de derivación directa (DD),

o 23% procedentes del médico rehabilitador (MR)

o 35% habían sido derivados por otros profesionales.

oLos principales diagnósticos tratados en las UTFs son:

o Cervicalgia con un 31,5%

o Lumbalgia con un 21,2%

o Hombro doloroso con un 21,2%.

o Otros diagnósticos: gonalgia, tendinopatía, esguinces, fracturas, etc. 26.1%

oLa media de sesiones por diagnóstico no presenta diferencias en relación al tipo de derivación:

- Media de sesiones en usuarios con cervicalgia con DD: 15.1

- Media de sesiones en usuarios con cervicalgia con derivación del MR: 15,5

- Media de sesiones en usuarios con lumbalgia con DD: 15,5

- Media de sesiones en usuarios con lumbalgia con derivado por el MR: 15,8

- Media de sesiones en usuarios con dorsalgia y DD: 14,2

- Media de sesiones en usuarios con dorsalgia derivados por el MR: 16,6

- Media de sesiones en usuarios con hombro doloroso y DD: 17,3

- Media de sesiones en usuarios con hombro doloroso derivados por el MR: 18,4

Discusión:

- Desde la puesta en funcionamiento del protocolo, la derivación directa constituye una vía de derivación importante a las UTF de AP Mallorca.
- Las suma de los casos de cervicalgia y lumbalgia constituyen el 52.7% del total de casos atendidos en las UTF de AP de Mallorca.
- La aplicación del protocolo de derivación en AP Mallorca ha agilizado el proceso de atención en la UTF, presentándose como una opción eficiente por evitar una visita hospitalaria.
- La evaluación de la puesta en marcha de los protocolos de derivación directa, evidencia que los pacientes tienen mejor accesibilidad y más temprana a las UTFs aunque no se ha podido cuantificar en días.
- En posteriores evaluaciones de este proyecto se pondrán en marcha los mecanismos de medida adecuados para obtener datos sobre el tiempo de espera y el grado de satisfacción de los usuarios y de los profesionales implicados

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

BIBLIOGRAFIA

- 1.Real Decreto 1030/2006. BOE 16 de Septiembre de 2006. Cartera de servicios básicos de la fisioterapia en Atención Primaria
- 2.M. Montserrat Inglés Novell. M<sup>a</sup> Dolores Luengo Plazas. Francesc Medina i Mirapeix. M<sup>a</sup> Reyes Pérez Fernández. Concha Sanz Rubio. M<sup>a</sup> Eugenia Sánchez Llanos. Documento marco para el rediseño de la fisioterapia en atención primaria Diciembre 2007.



- 3.M. Montserrat Inglés Novell. Presidenta del Comité Científico. Coordinadora Nacional de la sección de Atención Primaria de la AEF. VIII Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Conclusiones Fisioterapia 2005;27(1):1-5
- 4.A. Gómez-Cones; E. Abril Belchí. Actividad fisioterapéutica en patología vertebral en Atención Primaria de Salud. Fisioterapia 2006;28(3):162-71
- 5.Varas Fabra f, et al. Relación entre Atención Primaria y un Servicio de Rehabilitación. Opinión de los médicos de los Centros de Salud. Rehabilitación (Madr) 2003;37(4):195-200
- 6.F. Medina i Mirapeix<sup>1</sup>; A.B. Meseguer Henarejos<sup>1</sup>; S. Navarrete Navarro<sup>2</sup>; P.J. Saturno Hernández<sup>2</sup>; J.F. Valera Garrido<sup>3</sup>; J. Montilla Herrador<sup>1</sup>: Calidad percibida por los usuarios de Fisioterapia en Atención Primaria Rev Iberoam Fisioter Kinesol 2005;8(1):3-10

Versió provisional - Preliminary version

**AUTORES/AUTHORS:**

Beatriz Braña Marcos, Diego Carrera Martínez, Mónica De la Villa Santoveña, Sara Avanzas Fernández, María Teresa Gracia Corbato, Ángela Díaz Barroso

**TÍTULO/TITLE:**

Calidad asistencial percibida por mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.

**INTRODUCCIÓN**

Podemos definir la Calidad Percibida como la percepción que tiene el paciente sobre la asistencia que ha recibido, y entendemos la Satisfacción del paciente como la diferencia entre sus expectativas sobre la asistencia que va a recibir y su calidad percibida acerca de la misma. (1). El análisis de la satisfacción del paciente ha demostrado ser un instrumento de gran utilidad como medida de mejora de Calidad, ya que proporciona información sobre la calidad asistencial percibida por el usuario (2). Así pues, resulta imprescindible conocer su opinión y detectar cuáles son los puntos fuertes de la asistencia para poder potenciarlos, y cuáles son los puntos débiles, susceptibles de elaboración de programas de mejora. Del mismo modo, el conocimiento de la influencia de los factores sociodemográficos sobre el grado de satisfacción resulta fundamental para la adaptación de dichos programas a las características de la población. Sin embargo, no hemos encontrado ningún estudio multicéntrico ni comparativo en Servicios de Oncología, concretamente en el ámbito del cáncer de mama. La influencia que los factores sociodemográficos puedan ejercer en la satisfacción de las mujeres con cáncer de mama tampoco parece haber sido estudiada con antelación.

Nuestros objetivos generales fueron: 1. Valoración del grado de satisfacción de las mujeres con cáncer de mama en los Servicios de Oncología Médica del Principado de Asturias y 2. Identificación de áreas susceptibles de mejora. Como objetivos específicos nos planteamos: 3. Comparación de proporciones de satisfechos e insatisfechos en los tres servicios de Oncología de nuestra Comunidad y 4. Análisis de la influencia de los factores sociodemográficos en la satisfacción de nuestras pacientes

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio multicéntrico, transversal y comparativo, mediante encuesta de satisfacción anónima y voluntaria, con respecto a los Servicios de Oncología (SO) del Principado de Asturias. Éstos están centralizados en tres de los hospitales de nuestra Comunidad Autónoma: Hospital Universitario Central de Asturias de Oviedo, Hospital de Cabueñes de Gijón y Hospital San Agustín de Avilés. Nuestra muestra estaba formada por 225 mujeres diagnósticas durante 2008 de cáncer de mama, que cumplían nuestros criterios de inclusión y que se consideraron representativas de la población a estudio.

La herramienta utilizada para el análisis de satisfacción fue el SERVQHOS- Modificado, de Hernández et al (3). Está diseñado para medir la satisfacción sobre ciertos ámbitos de la asistencia a través de respuestas tipo Likert, que van desde 1 (mucho peor de lo esperado) a 5 (mucho mejor de lo esperado). Puntuaciones inferiores a 3 apuntan a insatisfacción y superiores, a pacientes satisfechos. Puntuaciones iguales a 3 señalan a encuestados conformes con la asistencia recibida. Fue necesaria la adaptación del cuestionario original a nuestro estudio, para lo que se sustituyó la palabra "hemodiálisis" por la palabra "Oncología" y/o "Tratamientos Oncológicos". La recogida de datos de carácter sociodemográficos se realizó paralelamente a la cumplimentación de los cuestionarios. La metodología seguida fue la misma en los tres SO. Para determinar la fiabilidad del cuestionario tras las adaptaciones realizadas se llevó a cabo un análisis de fiabilidad Alfa de Cronbach. Se realizó estadística descriptiva y, para el análisis de la influencia de los factores sociodemográficos sobre el grado de satisfacción y comparativas entre SO (proporción de satisfechos e insatisfechos), se utilizaron estadísticos no paramétricos. Se asumió un nivel de confianza del 95% y se utilizó la aplicación estadística SPSS 18.0. Nuestro protocolo de estudio fue aprobado por la comisión de Investigación de la Fundación Hospital de Jove y por el Comité Ético Regional de Investigación Clínica del Principado de Asturias.

## RESULTADOS:

El análisis de fiabilidad del cuestionario utilizado a través del Alfa de Cronbach resultó ser de 0.94. El 100% de las pacientes seleccionadas (225; 84 pertenecientes al SO A, 107 al SO B y 34 al SO C) aceptó su participación en el estudio y cumplimentó el cuestionario debidamente.

La edad media de nuestras participantes fue de  $56 \pm 11$  (29-80) años, la mayoría casadas o con pareja estable, amas de casa y con estudios primarios. El 84% estaban diagnosticadas de carcinoma ductal infiltrante desde hacía  $16 \pm 3$  (8-22) meses y el 38%, se encontraban en un estadio I de la enfermedad. El 27% realizaba alguna terapia (psicológica, psiquiátrica, artística, etc). Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la comparación de satisfechas entre los Servicios en relación al estado de las consultas y el tiempo de espera para ser atendidos ( $p < 0.00$ ), la amabilidad del personal y la comunicación con los familiares ( $p = 0.02$ ). La calidad global de la asistencia estimada por nuestras participantes en las tres consultas fue alta ( $4,04 \pm 0,82$ ) y su comparación entre los tres servicios no reveló diferencias estadísticamente significativas. La totalidad de las participantes del SO B conocía el nombre del médico responsable de su atención, pero no fue así en los demás SO ( $p < 0,00$ ). EL nombre de la enfermera era desconocido para la mayoría de las pacientes del SO B y del SO C ( $p < 0.00$ ). Más del 82 % manifestaron que la cantidad de información recibida sobre su enfermedad había sido suficiente. La totalidad de las participantes del SO B se mostraron satisfechas con la calidad de la información recibida acerca de la elección del tratamiento oncológico más adecuado ( $p = 0,02$ ). Hemos determinado diferencias estadísticamente significativas en función de la edad, el nivel de estudios, la situación laboral, y el tiempo desde el diagnóstico con respecto a ciertos ámbitos de la asistencia (facilidad para llegar, estado de las consultas, conocimiento del nombre del médico y apariencia del personal, entre otros).

## DISCUSIÓN:

EL Programa Clave de Atención Interdisciplinar para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama (4) guía el proceso de atención en los tres Servicios de Oncología de nuestra Comunidad Autónoma, lo que nos ha permitido realizar un análisis global de Satisfacción por parte de las pacientes con cáncer de mama.

El conocimiento de la satisfacción de nuestras pacientes y sus factores influyentes nos permitirá establecer planes de mejora adaptados a sus características sociodemográficas, a fin de mejorar la calidad asistencial prestada. Los aspectos mejor valorados son los que hacen referencia a la parte más humana de la asistencia (amabilidad del personal, la confianza que éste les trasmite, etc). Nuestras pacientes son más críticas al valorar aspectos organizativos y de instalaciones (facilidad para llegar, puntualidad, etc.), para los que encontramos importantes oportunidades de mejora. Las características individuales de las participantes (edad, el nivel de estudios, la situación laboral, etc.) influyen en su satisfacción, tal y como argumentan Mira et al (1). Resulta llamativo el desconocimiento del nombre del médico en algunos casos, y de más de la mitad de las participantes en el caso de las enfermeras, lo que concuerda con la bibliografía consultada. Pese a que para Enfermería podría justificarse por la rotación y eventualidad, éste es un aspecto sobre el que debemos actuar. Es destacable la labor realizada por el SO A en cuanto a la cantidad y calidad de la información proporcionada. El desarrollo de habilidades en técnicas de comunicación es una herramienta fundamental e imprescindible en nuestra profesión que deberemos reforzar y mejorar en los SO.

## FINANCIACIÓN

El presente estudio se realizó en el marco del proyecto PI08/1477, financiado por la Acción Estratégica en Salud, Subprograma de proyectos de investigación en Salud (convocatoria 2008-1011) y cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional.

Igualmente, ha recibido financiación por parte del Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación del Principado de Asturias (Expte.:COF09-27)

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY**

##### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin. 2000;114(Supl 3):26-33.
2. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial. 2001;16(4):276-9.
3. Hernández ME, Ochando A et al. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2005;8(2):90-6.
4. PCAI cáncer de mama. Guía de recomendaciones clínicas. Disponible en:  
[http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Calidad%20y%20Sistemas/AS\\_Calidad/PCAI/PCAI\\_4%20CANCER%20DE%20MA MA.pdf](http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/PCAI/PCAI_4%20CANCER%20DE%20MA MA.pdf). Consultado el 3 de junio de 2010.

**AUTORES/AUTHORS:**

Inmaculada Sánchez-García, Isabel M<sup>a</sup> López-Medina, Pedro L. Pancorbo-Hidalgo

**TÍTULO/TITLE:**

“Cansancio en el desempeño del rol enfermero”: obstáculo para la aplicación de una práctica basada en la evidencia.

**OBJETIVOS**

Explorar las creencias y actitudes de los profesionales de enfermería en relación al concepto de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) y sobre el proceso de implementación de los resultados de investigación en su práctica clínica.

**MÉTODOS**

**DISEÑO:** Enfoque Cualitativo, dado que el objetivo inicial era el de explorar en profundidad las percepciones y actitudes de los enfermeros en cuanto a las dificultades que encontraban para adherirse a la EBE. Siguiendo los planteamientos de Glaser(1) destacamos la importancia de prestar atención a los datos para permitirles que cuenten su propia historia, evitando descripciones forzadas, preconcebidas y no fundamentadas. Aplicando el método de teoría fundamentada.

**PARTICIPANTES:** La selección fue en base a unos criterios de segmentación, buscando la máxima variabilidad de los informantes o muestreo diverso(1) y posiblemente la de sus discursos. Este tipo de muestreo fue seleccionado de forma intencional con el propósito de hallar una muestra heterogénea de informantes, e intentar obtener distintas percepciones de las enfermeras, explorar los temas comunes en sus discursos y sus experiencias y poder realizar un abordaje en profundidad de este fenómeno complejo. Este estudio pasará a ser la primera fase de otro estudio final y con el que se prevé se podrá generar Teoría Fundamentada. Atendiendo a los criterios generales que se exponen a continuación, se seleccionaron cinco enfermeras, para ser entrevistadas realizando una inmersión inicial: Diferentes contextos donde se desarrolla la atención sanitaria dentro del Servicio Andaluz de Salud (atención primaria y especializada, gestión y Hospitales de Alta Resolución); diferentes años de experiencia profesional; diferencias en formación académica y de ambos sexos.

Este tipo de muestreo nos permitió conocer, analizar e interpretar las diferentes perspectivas de las enfermeras en relación a la aplicación de la EBE, para en una fase posterior a este estudio, poder realizar un muestreo teórico y seleccionar a los informantes según su potencial para contribuir a delimitar o expandir los conceptos que vayan emergiendo. Tal y como recomienda Hernández-Sampieri et al(2), se procederá a una inmersión inicial en el campo con esta muestra primaria de cinco participantes, lo que permitirá sumergirse en el contexto, a la par que se recolectará información y se analizarán los datos.

**RECOGIDA DE INFORMACION:** El ámbito geográfico de localización fue en la provincia de Jaén. El acceso a los mismos se realizó a través de una de las investigadoras o en su defecto, a través de un gatekeepers, previo contacto telefónico donde se les informaba del propósito de la investigación y se les solicitaba su participación en la misma, garantizándoles el carácter anónimo y voluntario de la entrevista, así como la confidencialidad, aclarándoles que para la divulgación de la información obtenida se usarían códigos para su identificación. Al inicio del encuentro, se realizaba un contrato comunicativo, siguiendo las recomendaciones de Alonso(3). De esta forma los requisitos éticos fueron aplicados, garantizando la seriedad de esta investigación.

La estrategia central para la recogida de información fue la entrevista cualitativa en profundidad semiestructurada, apoyada por la observación y memos que se recogieron tras finalizar cada entrevista. Esta estrategia combinada permitió la triangulación de datos en la recolección de la información.

Para la elaboración del protocolo de la entrevista, se revisó la literatura concerniente al tema objeto de estudio y se contrastó con el guion de entrevista elaborado por Colon-Emeric et al(4), utilizado en su investigación, sobre identificación de barreras y facilitadores en la aplicación de GPC para el cuidado de ancianos.

Las entrevistas fueron efectuadas en Marzo de 2010 siendo registradas en una grabadora de audio digital. Durante el transcurso de las mismas, la entrevistadora adoptó un papel neutral sin perder su perspectiva como investigadora. Inmediatamente a la finalización

de cada entrevista, era elaborado un memorándum, con el fin de aumentar la confiabilidad de los datos, siendo transcrita literalmente después de su grabación y por la propia entrevistadora, garantizando así la integridad, calidad y fidelidad de la información recogida, según las recomendaciones de transcripción de Calsamiglia y Tusón(5).

El procedimiento elegido en el análisis de datos está basado en la teoría fundamentada, concretamente siguiendo el diseño emergente propuesto por Glaser como reconsideración a Strauss y Corbin(2), según el cual las categorías surgen de los propios datos, sin encajarlos en ningún tipo de categorías preestablecidas.

El análisis de la información se llevó a cabo en dos niveles: un primer nivel en el que se codificaron las unidades de análisis (o segmentos de contenido de las transcripciones) en categorías, siguiendo el método de comparación constante (propuesto desde TF) para la identificación de unidades de significado, su categorización y codificación. Mediante el proceso de codificación abierta se fueron revisando todos los segmentos de la información recolectada, fragmentando los datos, con el objetivo de generar un conjunto emergente de categorías; esto permitió conocer la dirección que tomaba el estudio, permaneciendo abiertos a cualquier idea que se originaban de los datos. Durante todo el proceso, se fueron completando los memos, y enlazándose a cada categoría, de esta forma cualquier idea teórica que nos pudiera ayudar en el posterior análisis, era registrada. Y un segundo nivel en el que dichas categorías se compararon entre sí (similitudes, diferencias y contrastes) para agruparlas en temas o categorías generales y buscar las posibles vinculaciones entre ellos, pasando así de la mera codificación al análisis interpretativo de los datos, tal y como sugieren Hernandez-Sampieri et al(2).

Para garantizar el rigor en el análisis, al inicio se realizó la codificación de varias entrevistas por dos investigadores, consensuando las categorías emergentes. Además se procedió a la descripción detallada de los métodos de análisis, incluyendo el análisis de memos, junto al hecho de que las categorías creadas estaban apoyadas por citas textuales de los informantes.

#### RESULTADOS Y DISCUSION

De la interpretación del discurso de las enfermeras entrevistadas emerge la categoría central "cansancio en el desempeño del rol del enfermero", como concepto que resume las dificultades percibidas por los enfermeros para aplicar la EBE a su práctica clínica. Este concepto se perfilaría como el principal obstáculo para lograr la excelencia en los servicios sanitarios y la puesta en marcha de unos cuidados basados en la evidencia científica. Así es expresado por uno de nuestros informantes:

...Sino el cansancio, en el en el en el desempeño del trabajo, ten en cuenta como te he dicho que se empieza a trabajar muy joven, || que los hospitales || cansan, todos los trabajos cansan, me supongo que el que es maestro escuela, [risa] o el que trabaja dando docencia también se acaba cansando, pero, los turnos, las noches, lo::s, no tener:: yo creo que se van cansando INFO 3

Esta dificultad tiene un origen diverso, como la falta de capacitación o habilidades por parte del profesional, la actitud o creencias del mismo, sus desmotivaciones, sus características personales y la interacción que mantiene con su entorno laboral y con la estructura organizacional en la que se halla inmerso.

Convergen varios conceptos, como principales barreras para la aplicación de la EBE:

- Una insuficiente capacitación profesional: la EBE es considerada como una práctica con un grado de "dificultad", "elitista" y "solo de unos pocos".

||, ¿evidencia?, mmm, enfermería basada en la evidencia o medicina basada la evidencia, es sinónimo de investigación, investigación es sinónimo de:: dificultad y dificultad en sinónimo que solamente son tres-cuatro, eh, los únicos ¿no?, cosa que que no, que no, que no tiene justificación, ¿no? entonces, eh::, bueno, la gente dice no no yo no quiero:: investigar, yo no quiero, no, eso no es investigar eso es, eso es bueno, aplicar, aplica::r conocimientos, ¿no?, INFO 1

- Nuevo rol de enfermería: adquisición de nuevas competencias con mayor grado de autonomía profesional, a veces de forma autodidacta, y que generan sentimientos de inseguridad y temor entre el colectivo enfermero.

y hay muchos profesionales que no quieren tener esa responsabilidad, simple y llanamente, es decir, ellos quieren que se les diga lo que tienen que hacer, de tal manera que si ocurre alguna catástrofe, no sean ellos los responsables, si no se les pueden achacar la responsa, ah!, "es que lo ha prescrito otro", INFO 5

- El paso de “una actitud receptiva” a la “falta de ganas”: de una actitud abierta inicial se evoluciona hacia una falta de interés. ... Bueno no todo el mundo tiene ganas de: de aprender, eh, ni:, sino de mantenerse pues entonces la aplicación es difícil, INFO 1
- Escasa auto-responsabilidad: percepción de que “no se les piden responsabilidades” y se delega la responsabilidad propia en la organización.
- Mantenimiento de costumbres: “hacer las cosas como siempre”, con elementos de reticencia profesional y resistencia al cambio. Es que también la gente se acostumbra a trabajar de una manera:, y hay gente que no está dispuesta a a cambiarla, porque: le va bien, o porque: la conocen, o porque: les es cómodo y dicen “bueno, ¡puf!, ¡cuéntame ahora otra cosa! pero yo es que lo llevo haciendo:”, INFO 3
- Edad madura: como característica influyente y no favorecedora, aunque no percibida como condicionante.
- Género femenino: El hombre es gestor de su tiempo libre, permitiéndole distribuir “tiempo de dedicación” a cada parcela de su vida, mientras que la mujer, se ve obligada a priorizar entre sus deseos de realización profesional y el cuidado y la atención familiar. En el discurso unánime de los informantes se identifica una categoría como facilitadora de la aplicación de la EBE: el liderazgo como impulsor para el cambio. Hay tres sub-categorías incluidas:
  - La importancia de un líder: su existencia facilita la implementación de cambios. Contemplan al líder como una figura de “nexo de unión”(info.2), “fundamental”(info.3), “un referente”(info.1).
  - en la unidad donde hay un líder aceptado, y este es capaz de, eh, consensuar prácticas clínicas, no imponerlas, éstas se llevan a cabo y son mucho más eficaces que en el resto de unidades, si el líder es fundamental. Los líderes de opinión distribuyen la evidencia muy bien, la pena es que hay pocos. INFO 5
  - El papel de un líder: con funciones como ser actualizador y divulgador del conocimiento, guía del grupo y gestor.
  - El perfil del líder: con habilidades comunicativas, empático y accesible, con amplia formación y capacitación; un informante lo resume en “ser competente”.

En la experiencia de las enfermeras las dificultades para aplicar la EBE son: falta de formación y capacitación(6), expresada por algunos autores como falta de conocimiento en investigación (7,6), escasa actualización(8), dificultad para comprender las estadísticas(9,10). Además de poca motivación y el peso de la tradición, percepción compartida por autores como Gálvez y Passalenti, que recogen como barreras la motivación insuficiente(11), o la escasa motivación en el estudio(8), denotando la actitud no receptiva para la investigación. Todas ellas estarían relacionadas con el propio profesional, o como se recoge en el artículo de Moreno-Casbas(6) corresponde al factor “características del profesional” y que se revelan como unas de las más importantes. Es interesante el papel del liderazgo en el proceso de adoptar un nuevo rol de enfermería, como elemento impulsor en la implementación de la EBE. Es un primer abordaje exploratorio del tema, y precisa mayor profundización en varias de las categorías identificadas y en las relaciones entre ellas.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Stern, PN. Erosionar la teoría fundamentada, En: Morse JN, editor. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. 1ª ed. Antioquia: Universidad de Antioquia; 2005. p. 271-286.
- 2.- Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la Investigación. 4ªed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
- 3.- Alonso LE. La mirada cualitativa en Sociología. Madrid: Fundamentos; 2003.
- 4.- Colon-Emeric CS, Lekan D, Utlely-Smith Q, Ammarell N, Bailey D, Corazzini K, et al. Barriers to and facilitators of clinical practice guideline use in nursing homes. J.Am.Geriatr.Soc. 2007 Sep;55(9):1404-1409.
- 5.- Calsamiglia Blancafort H, Tusón Valls A. Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso. Barcelona: Ariel Lingüística; 2004.
- 6.- Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, González-María E, Gil de Miguel Á. Barreras para la utilización de la investigación.

Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enfermería Clínica* 2010 6;20(3):153-164.

7.- Alonso Coello P, Ezquerro Rodríguez O, Farques García I, García Alamino JM, Marzo Castillejo M, Navarra Llorens M, et al. *Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados*. 1ª ed. Madrid, España: DAE,S.L.; 2004.

8.- Passalenti, M. La gran dificultad: aplicar las evidencias a los cuidados cotidianos. *Evidentia* 2006 ene-feb; 3(7). [Acceso 12 de Abril de 2010]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/195articulo.php>.

9.- Retsas, A. Barriers to using research evidence in nursing practice. *J.Adv.Nurs.* 2000 Mar;31(3):599-606.

10.- Parahoo K. Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. *J.Adv.Nurs.* 2000 Jan;31(1):89-98.

11.- Gálvez Toro A. Evidencias, pruebas científicas y enfermería: reflexión en voz baja y pensamientos inconfesables. *Enfermería Global*, 2003, n.3. [Acceso 5 de Abril de 2010]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/630/656>



**AUTORES/AUTHORS:**

Paloma Martínez Del Campo, Florentina Pina Roche, Carolina Alba Guijarro Martínez, Juan José Gascón Cánovas, M<sup>a</sup> Teresa Martínez Ros

**TÍTULO/TITLE:**

Cuidados interculturales a personas mayores en sus hogares de Murcia

Explorar como cuidan mujeres sudamericanas contratadas, que tipo de tareas realizan y de qué manera atienden, a personas mayores dependientes en sus hogares de Murcia

Estudio cualitativo fenomenológico(1), con este diseño pretendemos descubrir la esencia de los fenómenos de los cuidados, su naturaleza intrínseca y el sentido que estas mujeres sudamericanas le atribuyen.

La población de estudio la forman 16 mujeres sudamericanas entre 30-45 años, con más de 4 años de permanencia en España, sin cualificación específica en cuidados de salud, que atienden a personas mayores de 65 años dependientes en sus hogares y que accedieron a la investigación voluntariamente. La selección de las participantes ha sido mediante la técnica de muestra intencional. Para la recogida de datos hemos utilizado tanto en las entrevistas en profundidad así como en el grupo focal, un guión con la técnica del embudo: empezando por cuestiones globales: ¿Cómo cuida a la persona mayor?, pasando por preguntas de seguimiento ¿Que sentimientos le despierta la persona mayor a la que cuida?, hasta saturar la información de sus vivencias del cuidado.

Estas experiencias, han sido grabadas con una duración de 60 minutos aproximadamente y se ha llevado a cabo el consentimiento informado.

Posteriormente, el equipo investigador realizó un análisis de contenido. Con este procedimiento de análisis sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, hemos determinado: las unidades de análisis, establecimiento de categorías y subcategorías, codificación y por último, agrupación de tales categorías jerarquizadas, Todo nos ha permitido establecer las inferencias de conocimientos de los cuidados de las participantes.

Las dimensiones son:

**\*Cuidados**

a)-Cuidados desde el desconocimiento sin formación: Como práctica universal según experiencias, costumbres, cultura del país de origen. "...exactamente lo que era cuidar a una persona no tenía ni idea...coger uva, lechugas eso sí, no necesitas estudios..."

-a.1.Cuidados aprendidos al llegar: Si tiene hermana, amigas, o la propia familia del mayor son una buena fuente de aprendizaje para el cuidado. "...al principio estaba mi hermana que me explicaba..."; "...ahora sí que sé cuidar a una persona mayor..."

-a.2.Cuidados personalizados: cuando pasado un tiempo conoce los gustos de la persona estableciéndose una interacción entre ellas.

-a.3.Cuidados extranjerizados: las cuidadoras traen una manera popular de cuidar según su cultura que irán modificando según las influencias y costumbres propias de aquí "...le he curado con medicinas naturales, nada de pastillas, nosotros en Bolivia nos curamos así..."

b)-Cuidados resolutivos: La cuidadora ante un problema es capaz de solucionarlo sola, sin pedir ayuda. "...se había caído...yo cogí la grúa, no sabía como se ponía, te lo juro, era la primera noche..."

c)-Cuidados a su familia de origen: rol de mujer de ayuda tanto por teléfono comunicándose con los suyos como mandando remesas. para pagar los cuidados a sus hijos, mejorar alimentación, educación, sanidad, casa nueva. "...hablo con mi hija todas las semanas una o dos veces..."

**\*Complejidad del cuidado:**

a)Actividades Básicas de la Vida Diaria: Higiene, Alimentación, sueño, eliminación, ingesta.

b)Relaciones sociales: conviven juntas se intercomunican; o cuando salen a pasear.

c)Acicalamiento: para que esté guapa....”siempre trataba de peinarla, de que siempre estuviera guapa, una vez llegue a pintarle los labios...”

d)Limpieza de la casa en donde trabaja y cuida”...yo tenía que hacerlo todo...”

e)gestiona el gasto de cuidar, comida, productos limpieza ,electricidad , agua.

\*Valores

Entendiendo valor como creencia básica a través de la cual interpretamos el mundo, damos significados a nuestra propia existencia.

Algunos de ellos:

a)Afecto : como sentimiento de una persona destinada a ejercer funciones o prestar sus servicios en determinada dependencia. Que está continuamente presente, interactuando, viendo a la persona mayor como si fuera de su familia “...era ya nuestra abuela...”

b)Actitud : disposición de ánimo manifestado de alguna modo .Puede ser actitud positiva que la ayudará en la adaptación “...cuando tu tienes interés en algo, tu lo aprendes sola...”.También puede ser negativa, apareciendo hostilidad en la relación.

c)Obligación de cuidar como trabajo .Exigencia moral que debe regir la voluntad libre.”..ella tenía una llaga atrás y nadie cogía el trabajo...y dije porque hay que trabajar y me quedé..”

d)Responsabilidad: obligación moral que resulta para alguien del posible yerro en cosa o asunto determinado para que esté bien cuidada y no le ocurra nada”...es una responsabilidad digamos muy grande,yo que se lo que le puede pasar...”

e)Amor : como sentimiento intenso del ser humano que partiendo desde su propia insuficiencia ,necesita y busca el encuentro y unión con otros seres .”...falta amor, no hay amor,solo hay dinero...”

f)Miedo :perturbación angustiosa del animo por un riesgo o daño real o imaginario ,o que se le muera la persona cuidada “...no me movía por si se caía...”

h)endeudamiento: Conjunto de obligaciones morales o de pago contraídas por una persona.

i)Discriminación: como sentimiento negativo por recibir un trato de inferioridad por motivos raciales u otra cultura”...a mi me han dicho:¿por qué tu tienes tantas cosas...?”

Hemos obtenido una descripción e interpretación de los mensajes mediante el sistema de categorías.

La inmigración de mujeres a Murcia (2,3)ha cubierto la necesidad de cuidados a nuestros mayores dependientes ,cuidados que hasta hace unos años eran realizados por alguna mujer de la familia. (4,5,6)

Los cuidados es una practica universal, popular que comprende actitudes experiencias vivencias según sus valores(7). Al no ser unos cuidados cualificados (8), en ellas afloran sus valores para realizar dichos cuidados lo mejor posible y sin saberlo suplen las necesidades básicas humanas de Maslow(9,10,11)

El rol de genero de estas mujeres es un rol tradicional .Por tanto hemos descritos algunos atributos asociados a él presentes en los cuidados que prestan (12,13).

En otros trabajos describiremos condiciones de trabajo, afectación personal ya que aquí solo hemos tratado como cuidan

Nosotros vemos pertinente incorporar formación del cuidado y nuestras costumbres (14,15)a las cuidadoras ,para que no empeore su propia salud y mejoren la atención de la población cuidada(16,17).

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1-Mercado F.,et al. Paradigmas y Diseños de la Investigación Cualitativa en salud. Primera Edición. Ed.Universidad de Guadalajara, México, Centro Universitario de Ciencias de la Salud servicio Vasco de Salud,España.2002
- 2-Pajares ,M; Inmigración y mercado de trabajo. Informe 2007. Madrid Ministerio de trabajo y asuntos sociales.2007.
- 3-Pedreño Cánovas ,A; et al. Flujos migratorios y cambio social en la Región de Murcia. Política Social, 2008,Vol 45, Núm. 1:147-166.
- 4-Libro Blanco de Atención a al dependencia. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: IMSERSO,2005.

- 5-García Calvante M. et al. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gaceta Sanitaria,2004;18(supl 1):132-139
- 6-Forca Sánchez E.et al. Los trabajos, los tiempos y la vida. Edita CEIS Integra.2007
- 7-Collier Marie Francoise .Promover la vida .De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidadores de Enfermería. Mc Graw-Hill/ Interamericana de España 1997.
- 8-Watson,J. La teoría del cuidado humano de Watson y las experiencias subjetivas de vida:factores caritativos/caritas processes como una guía disciplinar para la práctica profesional de enfermería. Texto contexto-enferagem.2007,vol. 16,nº1;pp129-135
- 9-Morera Pomarede, M. et al; El aprendizaje reflexivo de la diversidad cultural. Rev ROL Enferm. 2007 oct, 30(10):699-704
- 10-Galian Gómez de Cádiz, Mª J.,et al. Cuidadoras inmigrantes: Características del cuidado que prestan a la dependencia. Enfermería Clínica, ISSN1130-8621,Vol.18,Nº.5,2008,pags.269-272.
- 11-Robledo Martín, J et al. Trabajadoras Latinoamericanas inmigrantes como cuidadoras de ancianos en domicilio. Nurse Inv;2008: marz-abr;5(33)
- 12-Labrador J, Identidad e inmigración :un estudio cualitativo con inmigrantes peruano en Madrid. Edita: Universidad de Comillas.2001
- 13-Baños López, C; et al. Personas en Transito por el mundo. Edita CEIS Integra.2007
- 14-Armadans Inmaculada, Aneas Assupta,et all. La mediación en el ámbito de la salud. Medicina Clínica ( Barcelona)2009;133(5):187-192.
- 15-Muyneck,A. Mediación intercultural: ¿Una herramienta para promover la salud de las poblaciones inmigrantes?.Quadern APS;2004;nº 32
- 16-Gutiérrez Marín, M. et al. ¿Cómo están abordando las enfermeras de atención primaria la promoción de salud de las cuidadoras inmigrantes?
- 17-Gallart Fernández- Puebla ,A. Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal en Barcelona.Department d humanitats .Barcelona2007  
Rev Paraninfo digital 2008 Año 2(3)

## Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV

### Session of Oral Brief Presentations IV

#### AUTORES/AUTHORS:

atefeh ghanbari, Akram Sadat Montazeri, Atrkar Roshan, Abdolrasoul Sobhani, Fariborz Moattar, Behrouz Najafi

#### TÍTULO/TITLE:

Ginger effect on Chemotherapy-induced nausea and vomiting

#### Introduction:

Nausea and vomiting are ranked as the most severe side effects due to chemotherapy in cancer patients. Ginger is one of the more commonly used herbal supplements, ginger might be especially valuable, because it is inexpensive, lacks known relevant side effects (e.g., sedation), and has a high patient acceptance, because it is part of complementary medicine and is perceived by the public as "natural" and therefore safe. To date, only few studies reported the effect of ginger in reducing chemotherapy-induced emesis in human. Hence, we studied the effect of Ginger on severity and frequency of CINV.

#### Method and material:

A total of 44 patients were included in this randomized, placebo-controlled trail that was approved by ethics committee of Guilan university of medical sciences. The study was carried out in Hematology and Oncology research center of Guilan. Patients older than 18 years who were scheduled to receive their first cycle of chemotherapy including cisplatin 50 to 100 mg/m<sup>2</sup> without radiotherapy plan, were enrolled. They were randomly allocated to one of the following two treatment groups. This list was not broken before patient recruitment was completed. Regimen A: 2 × 2 Ginger capsules (2 capsules 30 min before chemotherapy as well as 6 h after chemotherapy), Regimen B: 2 × 2 placebo capsules (2 capsules 30 min before chemotherapy as well as 6 h after chemotherapy). Ginger capsule contained 250 mg of standardized extract of the rhizome of *Zingiber officinale* (made by Isfahan Gol Darou Company with the Trade name of Zintoma). Placebo Capsule contained 250 mg of an ineffective powder (pea powder) that has been made by the same Company.

Assessment was performed five times (1st, 2nd, 3rd, 4th, 24th hours after second dosage of ginger capsules and 24th hours after second cycle of chemotherapy). Subjects are asked to report their symptoms over the past 24 hours. Each response is assigned a number based on a predefined scoring algorithm. Scores are tallied into scales measuring severity of nausea and the number of episodes of retching and vomiting. Scores were recorded in the checklist.

Based on cortilla tool, step of 0 (flat), 1 to 3, 4 to 6, 7 to 9 and 10 is attributed to experience of no, mild, moderate, severe and the most severe nausea respectively.

#### Result and Discussion:

Ginger may be an effective treatment for nausea and vomiting in pregnancy. However, more observational studies, with a large sample size, are needed to confirm the encouraging preliminary data on ginger safety. There is no clear evidence for the efficacy of ginger in the treatment of post operative nausea and vomiting. Applied in daily doses up to 6 g ginger seems to be a drug with few side effects. In our research, the results indicated that number of patients without nausea increased in regimen ginger rather than regimen placebo at first cycle in all assessments. Also, number of patients without vomiting increased in regimen ginger rather than regimen placebo at first cycle in all assessments and second cycle in 4th assessment. The results of Nanthakomon T, et al study, demonstrated the statistically significant differences in nausea between ginger group (48.3%) and placebo group (66.7%). In this study, efficacy of ginger reported 18.4%. The visual analog nausea score was lower in ginger group compared to placebo group at 2, 6, 12, and 24 hours. The most statistically significant differences occurred at 2 and 6 hour. The incidence and frequency of vomiting in ginger group were lower than placebo group. Therefore, they found that ginger has efficacy in prevention of nausea and vomiting after major gynecologic surgery. Vutyavanich T, et al showed that visual analog scores of post therapy minus baseline nausea decreased significantly in the ginger group ( $2.1 \pm 1.9$ ) compared with the placebo group ( $0.9 \pm 2.2$ ,  $P = .014$ ). Likert scales showed that 28 of 32 in the ginger group had improvement in nausea symptoms compared with 10 of 35 in the placebo group ( $P < .001$ ). They demonstrate no adverse effect of ginger on pregnancy outcome. They also showed that the number of vomiting episodes also decreased significantly in the ginger group ( $1.4 \pm 1.3$ ) compared with the placebo group ( $0.3 \pm 1.1$ ,  $P < .001$ ). In our study, Frequency of nausea and vomiting at the first, second, third, fourth hours, and the end of 24 hours assessment, after omitting the effect of group, cycle and treatment using the Manwithney U Test, indicates no significant difference that in accordance with the results of Leopold, et al

study that showed a prospective power analysis assumed an incidence rate of Post Operative Nausea and vomiting in the placebo group of 0.50 and incidence rates of 0.4 and 0.3 in the G300 (using 300milligram Ginger)and G600(using 600milligram Ginger) groups, respectively. The decrease in vomiting times among ginger users was also significantly greater than among the women who received the placebo (50% versus 9%;  $p < 0.05$ ). A daily total of 1000 mg of ginger in a capsule preparation can be suggested by care providers as a means of decreasing pregnancy nausea and vomiting in women who tend to herbal medicines. Ginger is an effective herbal remedy for decreasing nausea and vomiting during pregnancy

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

##### Reference:

- 1) Herrstedt J, Dombernowsky P. Anti-emetic therapy in cancer chemotherapy: current status. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2007 Sep;101(3):143-50.
- 2) Miller M, Kearney N. Chemotherapy-related nausea and vomiting - past reflections, present practice and future management. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2004 Mar;13(1):71-81.
- 3) Navari RM. Pathogenesis-based treatment of chemotherapy-induced nausea and vomiting--two new agents. *J Support Oncol.* 2003 Jul-Aug;1(2):89-103
- 4) Flake ZA, Scalley RD, Bailey AG. Practical selection of antiemetics. *Am Fam Physician.* 2004 Mar 1;69(5):1169-74.
- 5) Hesketh, PJ. Chemotherapy-induced nausea and vomiting. *N Engl J Med* 2008; 358:2482.
- 6) Dupuis LL, Nathan PC. Options for the prevention and management of acute chemotherapy-induced nausea and vomiting in children. *Paediatr Drugs.* 2003;5(9):597-613.
- 7) White B. Ginger: an overview. *Am Fam Physician.* 2007 Jun 1;75(11):1689-91
- 8) Apariman S, Ratchanon S, Wiriyastrivej B. Effectiveness of ginger for prevention of nausea and vomiting after gynecological laparoscopy. *J Med Assoc Thai.* 2006 Dec;89(12):2003-9
- 9) Mahesh R, Perumal RV, Pandi PV. Cancer chemotherapy-induced nausea and vomiting: role of mediators, development of drugs and treatment methods. *Pharmazie.* 2005 Feb;60(2):83-96
- 10) Zick SM, Ruffin MT, Lee J, Normolle DP, Siden R, Alrawi S, et al. Phase II trial of encapsulated ginger as a treatment for chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Support Care Cancer.* 2009 May;17(5):563-72. Epub 2008 Nov 13

**AUTORES/AUTHORS:**

Pisamai Orathai

**TÍTULO/TITLE:**

Development of the Indicators for Educational Assessment of a Bachelor Program in Nursing

**Objectives**

The objectives of this research were 1) to develop the indicators for educational assessment of a Bachelor Program in Nursing and 2) to validate the construct validity of the developed indicators.

**Methods****Population and sample**

The populations were 161 nursing graduates in the academic year 2008, Ramathibodi School of Nursing, Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

**Research instrument and data collection**

Data were collected using the Educational Assessment of a Bachelor Program in Nursing questionnaire from which the Cronbach's alpha reliability coefficient was in a high level (.96).

**Data analysis**

Construct validity was confirmed using confirmatory factor analysis by LISREL program.

**Findings**

The major findings revealed that the measurement model of indicators for educational assessment of a Bachelor Program in Nursing had a construct validity and fitted nicely to the empirical data (Chisquare = 16.58; degree of freedom = 20; p-value = .68). All factor loadings were statistical significance at  $p < .01$ .

The standardized factor loadings ranged from .63 - .85 and the nine indicators could explain 39% - 72 % of educational delivery of a Bachelor Program in Nursing.

The most important indicator was personal development and subsequently were evaluation, management, learning support, teaching and learning method, academic support, faculty teaching, course content, and learning facility. The similar value factor loadings of nine indicators implied that the nine indicators were equally important to assess the educational delivery of a Bachelor Program in Nursing.

**Recommendation and implication**

The study findings provided valid and reliable indicators for educational assessment of a Bachelor Program in Nursing and supported for the use of indicators for educational needs assessment of a Bachelor Program in Nursing in order to improve and develop the quality of nursing curriculum.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Reference

- Altschuld, J. W., & Witkin, B. R. (2000). From needs assessments to action. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Gilmore, G. D. & Campbell, M. D. (1996). Needs assessment strategies for health education and health promotion. Madison, WI: Brown & Benchmark Publishers.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. and Black, W. C. (1998). Multivariate data analysis. (5th ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Johnstone, J. N. (1981). Indicators of Educational System. London: Unesco.
- Joreskog, K. G. and Sorbom, D. (1996). LISREL 8: User's Reference Guide. Chicago: Scientific Software International.
- Kaufman, R., & English, F. W. (1981). Needs assessment: Concepts and application. Englewood Cliffs, NJ: Educational Technology Publications.
- Reviere, R., Berkowitz, S., Carter, C. C., & Ferguson, C. G. (1996). Needs assessment: A creative and practical guide for social scientists. Washington, D. C.: Taylor & Francis.
- Scott, D. (2001). Curriculum and assessment. Westport, CT: Greenwood Publishing Group.
- Soriano, F. I. (1995). Conducting needs assessments: A multidisciplinary approach. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- University of Minnesota. (2005). Nursing online course evaluation tool - rubric. Retrieved Feb 16, 2008, from <http://dmc.umn.edu/nursing-evaluation/evaluation-tool.rtf>.

**AUTORES/AUTHORS:**

SEVİM SEN, FATMA ETİ ASLAN, EYYUP İNCİK

**TÍTULO/TITLE:**

The Relationship between Anxiety and Vital Signs of Surgical Patients

Objective: Although surgery is accepted as a confident way of treatment, it affects the patients physically, psychologically and socially. Anxiety is the main psychological effect. How does anxiety affect vital signs which are important observation parameters of surgical process? In this study, effects of anxiety on vital signs of surgery patients are examined.

Method: The study has been carried out descriptively and analytically in a university hospital in Istanbul between June 3rd 2009 and December 30th 2009. Written permissions of ethical committee and related institution were taken during the planning stage of the study. Sample group consisted of pro-surgery patients aged between 18–65 with no use of vasoactive drugs, no mental disorder and no communication problems. Patients in the sample group were informed about the objective of the study and then they were requested to fill the informed consent form. The study data was collected in patients' room one day before surgery by face to face interview and observation methods using "Socio-Demographic Data Collecting Form" and "Hamilton's Anxiety Rating Scale (HAM-A)". Experts' opinions were utilized for evaluation and SPSS 15.0 software was used for statistical evaluation. Results were evaluated statistically between 95% reliability interval with  $p < 0.05$  significancy level. Cronbach's Alpha for the study was 0.92.

Results: Symptoms of depressive personality and anxiety were found to be higher in 19-29 age group than the other groups ( $p < 0.05$ ). Anxiety personality, depression, symptoms related to genitourinary system, and anxiety behaviors during the interview were found to be higher in female group than the male group ( $p < 0.05$ ). Positive correlation was determined between anxiety level, systolic blood pressure and pulse pressure. HAM-A points for endocrine-surgery patients were found to be meaningfully higher ( $p < 0.05$ ) than the other surgery patients' groups. Fear, cardiovascular and genitourinary anxiety symptoms were observed more frequently in patients with no surgery experience than the patients with previous surgery experience and a statistically meaningful difference ( $p < 0.05$ ) was found between groups.

Discussion: In this study; anxiety levels of young patients, female patients, patients experiencing surgery for the first time and endocrine-surgery patients were found to be higher and this finding is similar to the literature. Higher anxiety levels in female patients may be related to poorly expression of emotions by men rather than women [1,2]. Also many studies reported that women have higher anxiety levels than men in preoperative period [3]. In our study; there were higher anxiety levels in endocrine-surgery patients and as is seen from the literature; anxiety is more common in patients who undergo endocrine surgery [4]. This finding may be related to physiological changes due to endocrine disease along with the fear of surgery [5]. Higher anxiety levels in patients with no surgery experience and literature findings are in the same direction [6]. The term fear, also described as worry of the unknown; along with the idea of losing control of body and lack of avoiding body damage can cause anxiety in surgical patients. For the patients who have a surgical experience; it is easier to control emotional and cognitional reactions to the idea of having surgery and thereby they experience less surgical anxiety [1]. These results reveal the importance of informing the patients. The most crucial finding of the study is the positive correlation between anxiety level, systolic blood pressure and pulse pressure. Therefore, we believe that giving patients the opportunity to ask questions will make it possible to keep anxiety levels at suggested limits, and informing patients about the process will reduce possible surgical complications.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**



1. Gulec C, Koroglu E (2007) Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği. Medico Graphics Matbaası, Ankara.
2. Turhan YK (2007) The relationship between patient satisfaction, with preoperative and postoperative anxiety and who is undergoing live surgery. Cukurova University Medical Faculty. Department of Anesthesia and Reanimation, Expert Thesis, Adana. (Consultant: Prof. Dr. D. Ozcengiz).
3. Moerman N, Van Dam FSAM, Oostinga J (1992) Recollections of general anaesthesia: a survey of anaesthesiological practice. Acta Anaesthesiol Scand. 36:767-771.
4. Cimilli C (2001) Anxiety in Surgery. Klin Psikiyat Derg, 4:182-186.
5. Karakoc D, Hamaloglu E (2004) Temel Cerrahi, Editor: Sayek I, Gunes Kitabevi, Ankara, s.78-105.
6. Mackenzie JW (1991) Daycase anaesthesia and anxiety: A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. Anaesthesia. 44:437.

Versión Previa - Preliminary version

**AUTORES/AUTHORS:**

Jose Antonio Zafra Agea, Montserrat Carrascos Gomez, Angeles Maria Flores Imbernon, Elena Vilarroig Aguilera

**TÍTULO/TITLE:**

Programa "Salut i Escola". Un paso adelante con los adolescentes.

Autores: J. A. ZAFRA, M. CARRASCOS, A. FLORES, E. VILARROIG.

Equipo de Atención Primaria de Abrera

jazafra@ambitcp.catsalut.net

**Objetivo:**

Conocer los motivos de consulta de los adolescentes para detectar conductas de riesgo y dar respuesta a sus necesidades de salud.

**Métodos:**

Estudio Descriptivo transversal de los adolescentes de 2ª ciclo de la ESO (3er i 4art) que acuden a la consulta de enfermería situada dentro del propio Instituto en el periodo escolar 2006-2010 dentro de una área territorial sanitaria del Baix Llobregat Norte (Barcelona). Dicha área comprende un total de 11 municipios con 19 Institutos de secundaria, de los cuales, 14 han implementado ya el programa de "Salut i Escola".

Desde la Generalitat de Catalunya, a través de los departamentos de educación y salud, se instaura el programa de "Salut i Escola" a partir del curso escolar 2004-05 con el objetivo de impulsar la promoción y prevención de la salud escolar, y coordinar mejor las acciones a realizar en la edad adolescente.

Un total de 8852 alumnos han sido los potenciales usuarios de dicho programa desde su inicio hasta el curso 2009-2010, y son los incluidos en el presente estudio,

El equipo de atención primaria de salud, principalmente el profesional de enfermería, será el encargado de llevar a cabo el programa "Salut i escola", con la colaboración del profesorado de los centros docentes y los profesionales de los servicios educativos de la zona.

Los adolescentes estudiados son todos aquellos que han pasado voluntariamente por la consulta abierta de enfermería a través del programa.

Las variables recogidas son: sexo, motivo de consulta, resolución de la consulta y derivación, si procede, a otros profesionales. Una visita puede tener más de un motivo de consulta registrado.

La recogida de datos se ha realizado a través de un cuestionario de registro estándar del departamento de salud que el personal de enfermería ha utilizado cuando el adolescente realizaba la consulta.

**Resultados:**

En la Consulta de salud de Enfermería se han atendido 1030 alumnos, es decir el 11,64% de los usuarios potenciales de los cuales fueron visitados 50 en el curso escolar de 2006-07, 312 en el curso 2007-08, 317 en el 2008-09 y 351 en 2009-2010. Considerando como variable el sexo de los alumnos que acuden a consulta el 81% han sido mujeres.

Los motivos de consulta se han agrupado a partir de la clasificación del propio programa, en los siguientes grupos 31,1%

Sexualidad-afectividad, 19,9% Alimentación, 17,4% Drogas-Alcohol, 16,8% Salud Mental, 7,9% Salud Social, 4,9% Enfermedades Comunes y Escuela y en 2,1% Maltrato.

El 89,9% de las consultas realizadas las resuelve el propio profesional de enfermería y el 10,1% es derivado a otros profesionales.

Las derivaciones realizadas a otros profesionales son : 32,7% comadrona, 20,2% médico de familia, 19,2% enfermera del centro de salud, 17,3% Centro de Salud Mental Infanto-juvenil y 16,6% al psicopedagogo del propio Instituto.

Conclusión:

Los motivos de consulta son resueltos mayoritariamente por el personal de enfermería sin necesidad de derivarlos a otros profesionales demostrando por tanto ser un sistema útil y eficaz

Podemos constatar también una diferencia muy evidente en cuanto al porcentaje de consultas según sexo con un claro predominio de las chicas. Este dato podría poner de manifiesto la necesidad de modificar en algún aspecto el actual sistema para conseguir equilibrar el sex-ratio.

Entre los motivos de consulta, el de salud afectivo-sexual es con diferencia el que mas preocupa a los adolescentes con un porcentaje claramente superior al resto y por tanto debería ser uno de los objetivos principales de formación dentro de esta población. Alimentación, drogas-alcohol, y salud mental formarían con porcentajes similares un segundo bloque de motivos de consulta teniendo el resto una incidencia mucho menor.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Guia d'implantació del programa salut i escola. Programa Salut i Escola. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut i Departament d'Educació. Barcelona, desembre 2008.

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/psie2006.pdf>

**AUTORES/AUTHORS:**

Isabel Mendes, Sónia Coelho

**TÍTULO/TITLE:**

Functional status of first-time fathers after childbirth: study of some related factors

Objectives: The main aim of this study was to analyse the association of some socio-demographic and obstetrical variables and the functional status of first-time fathers in the six weeks after childbirth.

**Methods**

Background: The birth of a child, especially the first born, is a stage in the family life that brings with it changes both socially and professionally, changing previous balance. The transition to parenthood by the father implies skills to balance stress and difficulties. Taking into account that the man shows increasing interest in his parental role, society nowadays embraces his participation in the child's growth and development.

The concept of functional status has been used to describe the ability to perform activities of daily living and ability to perform instrumental activities of daily living. Often the term functional status is used in an interchangeable way with the term functional capacity, although these two concepts differ 1,2. According to the authors who developed the inventory, functional status is a multidimensional concept that encompasses the maintenance or increase of capacity. The Inventory of Functional Status - Fathers was developed to evaluate the functional status during the three trimesters of pregnancy and postpartum period, that is designed to assess the roles of primary, secondary and tertiary care of parents during pregnancy and child birth partner 3,4. The postpartum is marked by great emotional vulnerability to both parents. This period is preceded by a pregnancy involving several physiological adjustments, in women, and psychosocial in both parents 1,5,6,7,8,9.

In summary, there is a need to study factors related to functional status of fathers. In this study the factors studied were grouped into socio-demographic factors: paternal age, paternal educational, professional occupation, place of residence and marital status and obstetric factors that include the monitoring of pregnancy.

Design: This is a descriptive, co-relational quantitative study. Sample: The consecutive non probabilistic sample was constituted by 204 first-time fathers from a Health Centre, whose partner pregnancies, delivery and postpartum periods had no complications, and had childbirth of a term newborn. Dependent variable: functional status. Independent variables: socio-demographic and obstetric variables. Instruments, method of data collection: the data were gathered in the six weeks after childbirth from a self-administered questionnaire with socio-demographic and obstetrics questions and the Portuguese version of the Inventory of functional Status - fathers (IFS-F) after the approval of the ethic committee. The IFS-F has 51 items related to six dimensions: household activities, social and community activities, child care activities, responsibilities infant care, personal care activities, occupational activities and educational activities, 10,11,12.

Results: The first-time fathers showed better functional status in terms of professional activities, and community and social activities and housekeeping. Moreover, it appears that the first-time fathers showed poorer functional status at the level of educational training, care of newborns and personal care activities. Also as a response to research questions it was noted that: The variable age influences partially functional status: older first-time fathers tend to show better functional status at the level of household activities; functional status is not influenced by educational attainment, marital status, place of residence and health institution. The functional status is partially influenced by employment status: first-time fathers unemployed showed better functional status, level of personal care activities than those who are employed.

Discussion: This study concludes that the parental functional status of first-time fathers isn't affected by the father's studies, residence, marital status or by the pregnancy vigilance place but partially influenced by the father's age and employment situation.

And the values found in measures of central tendency allow us to conclude that first-time fathers showed, overall, a reasonable functional status. This study demonstrated the importance of parental support in the context of transition to fatherhood, and provides information's to adequate care strategy to promote better functional status of first-time fathers in the postpartum period. Regarding the implications for care practice and research: it is thought that this study demonstrated the importance of parental guidance in the context of family nursing in transition to parenthood, in order to reveal even better functional status. That is, the tendency of health professionals, especially nurses, should promote a healthy involvement of fathers during pregnancy, childbirth and postpartum of their partners, emphasizing the autonomy of fathers in the transition to parenthood as citizens with a pro-active attention to current law the protection of motherhood and fatherhood.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 - Mendes IM. Ajustamento Materno e Paterno: Experiências Vivenciadas pelos Pais no Pós-parto. Coimbra: Mar da Palavra, 2009.
- 2 - Lourenço SR, Afonso HG. - Nascimento do Primeiro Filho e Alterações Familiares. Nursing. 2008; 238: 22 – 28.
- 3 - Friedewald M, Newing C. Father-Time: Welcome to the Rest of your Life. The J Peri Edu, 2006; 15 (2):8 – 12.
- 4 - Taborda,J. Paternidade – Passado, Presente e Futuro. Rev Psic Atlaspsico. 2007; 5:14 – 23.
- 5 – Barclay L, Lupton D. The Experiences of New Fatherhood: a Socio-cultural Analysis. J AdvNurs, 1999; 39:1013– 1020.
- 6 - Henwood K., Procter J. The 'good father': Reading Men's Accounts of Paternal Involvement during the Transition to First-time Fatherhood. B J Soc Psy.,2003; 42:337- 355.
- 7- Knight MM. - Cognitive Ability and Functional Status. J Adv Nurs. 2000; 31(6): 1459– 1468.
- 8- Premberg A, Hellström A, Berg M. Experiences of the First Year as Father. Scan .J Caring Sc. 2008; 22: 56 – 63.
- 9 - Sevil Ü, Özkan S. Fathers' Functional Status during Pregnancy and the early Postnatal Period. Midwifery.2007; 10: 1-6.
- 10 – Fawcett J, Tulman, L. Building a Programme of Research from the Roy Adaptation Model of Nursing. J Adv Nurs, 1990;15:720 – 725.
- 11 – Tulman L, Fawcett J, Weiss M. The Inventory of Functional Status-Fathers – Development and Psychometric Testing. J Nurse-Midw. 1993; 38 (5):276-282.
- 12 - McVeigh CA, Baafi M, Williamson M. Functional Status after Fatherhood: An Australian Study. JOGNN . 2002;31:165-171.

**AUTORES/AUTHORS:**

MARIA EUGENIA ACOSTA MOSQUERA, MARIA JESUS ALBAR MARIN, ANNA BOCCHINO, ROCIO MORANO BAEZ, JUAN CARLOS SANTOS JIMENEZ, CARMEN PINZON GIRONA, MARIA DOLORES CRUZ RODRIGUEZ, JERONIMO ESCRIBANO ALVES, MANUEL GARCIA RAMIREZ

**TÍTULO/TITLE:**

Experiencias de los profesionales de enfermería en la atención a población inmigrante en Urgencias Hospitalarias

**Objetivos:**

- 1) Explorar la experiencia de los profesionales de enfermería en la atención a población inmigrante en Urgencias Hospitalarias.
- 2) Identificar los elementos que actúan como barreras y facilitadores para prestar cuidados de calidad en Urgencias adaptados a las necesidades de salud de la población inmigrante.

**Metodología:**

Diseño: Estudio descriptivo mediante técnicas cualitativas.

Sujetos: Participaron 16 profesionales de enfermería (DUE y TCAE) del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena que cumplieran con los criterios de inclusión (acceder a participar libremente en el estudio y firma del consentimiento informado).

Recogida de información: se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas cuyo guión estaba basado en la bibliografía, y en los resultados obtenidos en dos grupos focales realizados previamente con estos profesionales. Las entrevistas tenían una duración aproximada de 35-45 minutos, fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas para su análisis. Las entrevistas cesaron una vez alcanzado el criterio de saturación teórica.

Análisis de los datos: el análisis de contenido de las entrevistas fue realizado mediante el programa informático ATLAS-ti, herramienta informática que facilita el análisis cualitativo de datos textuales amplios. Para garantizar la fiabilidad de los resultados obtenidos, éstos se sometieron a un proceso de triangulación, por parte de diferentes analizadores externos a la investigación y por personal experto.

Aspectos éticos: todos los participantes firmaron un consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del centro.

**Resultados:**

Se realizaron 16 entrevistas. Los resultados obtenidos se agruparon en los temas comunes debilidades y fortalezas. Entre los elementos que dificultan la prestación de cuidados de salud, los profesionales destacaron la barrera idiomática como la principal limitación a la hora de atender a la población inmigrante en Urgencias, no siempre resuelta, ya que gran parte de los profesionales no hacía uso de los recursos de traducción existentes en el servicio – “Yo creo que el problema mayor en un momento dado puede ser el idioma”; “Sobre todo el lenguaje. El tema de la comunicación es la principal diferencia” “Pues la mayoría de las veces por gestos o enseñándoles algún tipo de objeto” -. Muchos profesionales o no conocían la existencia de estos recursos, o reconocían que no siempre estaban accesibles para todos. – “Hay un teléfono, que hay que llamar y viene una traductora... Es que, no lo he visto utilizar, porque yo creo que algunos ni saben que existe” -. Además del idioma, los profesionales destacaron el nivel de exigencia de algunos inmigrantes y la diferencia de costumbres. En relación al nivel de exigencia, señalaron a grupos específicos de población – “Los marroquíes y los de Europa del Este, son los que son mucho más exigentes que los españoles y en un momento llegas a pensar que eso no es justo”-. En cuanto a las diferencias culturales, afirmaron que en ocasiones no supieron cómo afrontarlas correctamente, aunque ante estas situaciones, la mayoría se mostraban comprensivos – “Son culturas diferentes y hay cosas que te

van a chocar”; “Solamente se me ha dado algún caso de que cuando por ejemplo he tenido que hacer un electro a una señora, que por sus creencias religiosas, les resulta más violento que sea un hombre el que les atienda, siempre he procurado que sea una compañera la que se encargue de hacer esa tarea...”- Por otro lado, en relación a los elementos facilitadores para la atención a la población inmigrante, especificaron la importancia de contar con recursos de traducción adecuados – “Haría falta un servicio de traducción que funcionara bien y que todos lo conociéramos” -, disponer de trabajadores sociales a tiempo completo – “Yo tengo el handicap de que siempre estoy de noche, y de noche no hay unidad de trabajo social”- y de programas de formación específicos – “Yo creo que vendrían bien algunas clases, de aspectos concretos o algo...”-.

Discusión: De los discursos de los profesionales se desprende que, además de las descritas, existen otras limitaciones como la presencia de conductas estereotipadas y prejuicios que les limitan a la hora de prestar cuidados de salud adaptados a la diversidad cultural. Asimismo, se observa que su formación eminentemente biomédica les condiciona seriamente a la hora de prestar cuidados de salud centrados en el paciente.

Implicaciones para la práctica: Sería necesario desarrollar intervenciones dirigidas a aumentar la sensibilidad de los profesionales de enfermería hacia la diversidad cultural. En este sentido, debería comenzarse por reflexionar y despertarles conciencia crítica sobre la importancia de prestar cuidados individuales, adaptados a las necesidades de cada paciente. Asimismo, sería conveniente implicarles en acciones concretas para mejorar la calidad de los cuidados que prestan.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Borrell, C.; Benach, J.; Grupo de trabajo CAPS-FJ Bofill. (2006). La evolución de las desigualdades de salud en Cataluña. Gaceta Sanitaria. Vol. 20, no. 5, pp. 396-406.
- Carbelo-Baquero, B.; Valero-Garcés, C.; Barroso-Pérez, E.; Lázaro, R. (2007). Interculturalidad y comunicación, un derecho en el cuidado de la salud. Revista Paraninfo Digital. Vol. 2. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n2/039.php>>. [Consultado el 10 de Marzo de 2008].
- Carrasquillo, O.; Orav, E.J.; Brennan, T.A.; Burstin, H.R. (1999). Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. Journal of General Internal Medicine. Vol. 14, pp. 82-87.
- Consejería de Gobernación de la Junta de Andalucía. (2006). 2º Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2006-2009. Sevilla: Consejería de Gobernación, Centro de Publicaciones.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2005). II Plan de Calidad de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud, Centro de Publicaciones.
- Cutilli, C.C. (2006). Do your patients understand? Providing culturally congruent patient education. Orthopedic Nursing. Vol. 25, no. 3, pp. 218-24.
- Osorio Merchán, M.B.; López Díaz, A.L. (2008). Competencia Cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. Index Enferm (edición digital). Vol. 17, no. 4. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n4/6757.php> [consultado el 3 de Febrero de 2009]

Valero-Garcés, C. (2004). Barreras lingüísticas en la comunicación intercultural. Datos y acciones. Suplementos Offrim. Vol. 11, pp. 19-36.

Versión Provisional - Preliminary Version



**AUTORES/AUTHORS:**

María Isabel Martínez Güemes

**TÍTULO/TITLE:**

Frecuentadores de urgencias pediátricas Centro de Salud Rural.

**RESUMEN**

Se viene observando un aumento considerable en la atención continuada de urgencias pediátricas, a pesar de la disminución de la natalidad. Debemos adoptar medidas adecuadas que permitan disminuir la demanda, potenciando la educación sanitaria para conseguir que la atención en urgencias sea eficaz, equitativa, accesible, rápida y satisfactoria

**OBJETIVO**

Conocer las características de la demanda asistencial pediátrica.

**METODOLOGIA**

Estudio descriptivo y retrospectivo.

Se realizará en un zona básica de salud rural que ha su vez está formada por dos áreas rurales, Población Norte y Población Sur situados a una distancia media variable entre 3 y 50 Km. del Hospital de referencia, en este caso Hospital General Yague.

Así cómo la distancia entre el Punto de Atención Continuada y el Hospital General Yague existen 3 Km. de distancia.

El horario de trabajo de urgencias esta dividido en días laborables que son de 17 horas y fines de semana y festivos que son de 24 horas de jornada continua.

La toma de datos se realiza mediante una hoja de registro de Urgencias, de la cuál se extraería los datos para realizar dicho estudio, omitiendo la identidad de los pacientes.

Las variables objeto de estudio serían cuantitativas (edad, hora de atención,) y cualitativos (sexo, origen de la procedencia, motivo de consulta, día y mes de atención así cómo destino al alta).

Con respecto al motivo de consulta, se establecen 18 motivos, asimilables a códigos WONCA.

Edad, también se ha clasificado en lactantes (0-12 meses), Preescolares (1-5 años), escolares (6-9 años) y adolescentes (10-14 años).

La población adscrita, totaliza Burgos Rural Norte 1.078 niños, (567 varones-511 hembras) y Burgos Rural Sur con 1593 niños (836 varones-757 hembras).

La población a estudiar serían los niños atendidos de 0 a14 años, que acuden a urgencias durante el periodo del 1 enero 2009 al 31 diciembre 2009.

Para las variables cualitativas se calcularan las frecuencias absolutas y relativas, y para las variables cuantitativas, la media, desviación estándar y para la hora de atención, percentiles.

Para comparar las puntuaciones medias de dos grupos se utilizará la t de student y el análisis de la varianza para cuando se comparen más de dos grupos.

La relación entre las variables cualitativas se realizará mediante la prueba de Chi cuadrada.

El nivel de significación será el 5%.

Los datos serán analizados en el paquete estadístico SPSS.

**RESULTADOS**

Se atendieron 2457 urgencias pediátricas, de las cuáles la mayor frecuentación son Preescolares (58,2 %), predominando el sexo masculino (53,3 %), y zona básica Burgos Rural Sur (60,4 %).

La mayor prevalencia son enfermedades respiratorias (57,7%) y con mayor franja horaria de 16 a 20 h (53.8%), el día de mayor frecuentación es el sábado, seguido del domingo (entre ambos 41.6%) y octubre, es el mes de mayor demanda (13,2%), de tal

forma que en este último trimestre se dieron el 36.7% de las consultas, mientras que en época estival se atendieron el 18.7% de ellas.

Se derivaron a servicios de urgencias de Atención Especializada en 4.56% de los casos. La mayor causa de derivación fueron los accidentes y lesiones, destacando la edad preescolar, varones (63,3 %) con mayor siniestralidad en domingo (38,4%) y en horario de tarde (71,6%).

Todas estas diferencias son estadísticamente significativas. No encontramos diferencias significativas entre motivo de consulta y día de la semana que necesitaron derivación a Especialidad ( $p=0.079$ )

#### DISCUSIÓN

Es necesario analizar los factores relacionados con la demanda en urgencias para, trabajando en equipo con Atención Primaria, adecuar la demanda para optimizar recursos y conseguir una atención en urgencias eficaz.

Los profesionales debemos actualizar nuestros conocimientos continuamente, realizar talleres así como triages y protocolos eficientes.

Crear una consulta de pediatría en horario de tarde en centro de salud rural disminuiría esa demanda relacionada con un mal uso del servicio de urgencias Pediátricas

#### IMPLICACIONES SANITARIAS

Es indispensable la educación a los padres mediante una adecuada atención primaria en donde adquieran unos conocimientos y aptitudes que los capaciten para resolver dudas e inquietudes y de ese modo disminuiría la ansiedad de los mismos y reduciría la presión asistencial en las urgencias Pediátricas, mejorando la calidad asistencial disminuyendo los costes y todas las implicaciones que ello conlleva.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

##### BIBLIOGRAFIA

1. R. Roldán Ortega, Machín Hamalainem, J. Sánchez Espinosa. Frecuentadores del servicio de Urgencias de un Hospital del grupo I. *Emergencias* 1999; 11:192-196
2. Bernabé Galán Sánchez. Derivación de Urgencias Pediátricas desde un centro de salud al Hospital, en un año de estudio. (Acceso 1 febrero 2010)  
<http://bernabegalan.blogspot.com/1998/01/derivación-de-urgencias-pediatricas.html>.
3. L. M<sup>a</sup>. Alcántara López, et al. Derivación de urgencias Pediátricas desde un centro de salud al hospital, en un año de estudio. *Semergen* 25 (8) 685-688
4. J.C. Iribar Dieguez, et al.  
Estudio de la demanda de asistencia pediátrica en el servicio de Urgencias de un Hospital General de segundo nivel. *Bol Pediatric* 2004; 44:20-25
5. Guía de Recursos Sociales y Sanitarios. Área de Burgos. Junta de Castilla y León.
6. Carles Luaces Cubells, et al.  
Encuesta nacional sobre las Urgencias Pediátricas. Aspectos organizativos y funcionales. *Emergencias* 2008; 20:322-327.
7. M. Chacón del Castillo, et al.  
Estudio de las asistencias pediátricas en un PAC de Atención Primaria del Medio Rural. *Original* 2001; 372-381.

8. Carlos Arruga, et al.  
Abuso de las URGENCIAS Pediátricas.  
Ciencia y salud.la Vanguardia; 2009 septiembre 23,12:44:086MT. (Acceso 2 febrero 2010).  
<http://209.85.229.132/search?q=cache:z7-wwrochinj.www.ciencia.vanguardia.es/o...>
9. T. Sampere Selva, et al.  
Validez del Protocolo de adecuación de Urgencias Hospitalarias.  
Rev.Esp.Salud V.73 n.4 Madrid jul./ago.1999  
Revista Española de Salud Pública.versión impresa ISSN 1135-5727.
10. Medina J, et al.  
Triage: experiencia en un servicio de urgencias pediátricas.  
Rev.bol.ped.v.46-n.1 la Paz 2007  
rev.soc.Bol.ped.2007:46 (i); 75-80;  
Triage, urgent, emergency
11. T.Durá Travé y N.Gúrpide Ayara.  
Presión Asistencial, frecuentación y morbilidad pediátrica en un centro de salud.Diferencias etáreas y estacionales.Atención Primaria.vol.27.num. 4. 15 marzo 2001  
Atención Primaria 2001; 27: 244-249.
12. Jesús Martín, et al.Características Métricas del Cuestionario de Calidad de vida profesional (CUP-35)ac sanit 2004; 18 (2):129-3
13. J.L. Nelía y J: M.Peiró  
El cuestionario de satisfacción S10/12, estructura factorial, fiabilidad y validez.  
Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones, 4 (11); 179-187

**AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>ª</sup> de Gracia Prado Serrano, Fco. Javier Nieto Galeano, Monica Maure Rico, Silvia Vázquez Fernández del Pozo

**TÍTULO/TITLE:**

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL PERCIBIDA POR LOS SANITARIOS NO FACULTATIVOS EN EL ÁREA DE PUERTOLLANO

**INTRODUCCIÓN:** El modo de relacionarse el ser humano con su entorno es a través de la satisfacción de sus necesidades. Los factores que satisfacen las necesidades de orden superior se asocian a la satisfacción en el trabajo, según Herzberg se agruparían en factores de motivación laboral y factores de higiene laboral. La motivación intrínseca permite al individuo que trabaja, emplear su esfuerzo para obtener la satisfacción de sus necesidades. Cuanto mayor sea esta, el esfuerzo se hace proporcionalmente mayor. Este esfuerzo en interacción con los recursos que provee la organización da como resultado el rendimiento laboral.

La calidad de vida que nos proporciona el trabajo y la satisfacción que obtenemos del mismo es pilar fundamental para la obtención de resultados productivos que permiten sostener y desarrollar la empresa (productividad).

La percepción de calidad de vida profesional de los profesionales sanitarios no facultativos en nuestra área es desconocida y supone un interesante objeto de investigación y un modo de posicionarnos ante la realidad de las expectativas laborales y profesionales de los profesionales enfermeros, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, matronas, técnicos de radiología y laboratorio, en el área sanitaria de Puertollano.

**OBJETIVOS:** Conocer la calidad de vida profesional (CVP) y como influyen en ella: el apoyo directivo, las cargas de trabajo y la motivación intrínseca.

**METODOLOGÍA:** Se trata de un estudio descriptivo transversal aplicado en el área sanitaria de Puertollano, El ámbito objeto de estudio abarca los 8 centros de Salud, sus respectivos consultorios (20) y las distintas unidades de enfermería y distintos servicios del Hospital, así como los equipos de dirección supervisores y coordinadores. En total una muestra de 363 individuos.

El instrumento de recogida de datos es el cuestionario CVP 35, cuyo autor es el Dr. Salvador García Sánchez, (Universidad de Barcelona, departamento de psicología social). Consta de 35 preguntas, se responden en una escala de 0 a 10. La asignación de concepto valor numérico de escala sería: nada =1-2, algo= 3-4-5, bastante= 6-7-8 y mucho= 9-10. Se crea una nueva variable que categoriza el total de satisfacción global: <180 puntos no calidad; 180-324 puntos calidad; >324 puntos inmensamente felices.

Las preguntas se agrupan en tres dimensiones: apoyo directivo, demandas de trabajo y motivación intrínseca.

La primera dimensión es valorada mediante 12 ítems haciendo referencia al apoyo emocional recibido de los directivos, la segunda dimensión se refiere a la percepción que el trabajador sobre cargas de trabajo, siendo valorada por 12 ítems y la tercera dimensión se valora mediante 10 ítems.

Procedimiento de recogida de datos: entrega de cuestionario impreso y recogida tras la cumplimentación. El registro de datos se realiza en Excel y son exportados al paquete estadístico SPSS V.15

**RESULTADOS:** El 14,1% de los encuestados tienen menos de 30 años, el 31,2% entre 30 y 39, el 31,5% entre 40 y 49, el 22,7% entre 50 y 59 y solo el 6% más de 60 años. El 11,6% son hombres y el 88,4% son mujeres. Del total el 59% son fijos frente al 41% que son interinos. El 38 % trabaja de turno fijo de mañana, el 3% en turno fijo de tarde y el 59% en turno rotatorio. El 95 % de los encuestados trabajan en medio urbano, mientras que solo el 5% lo hace en medio rural. En cuanto al centro de trabajo el 79,6% trabaja en hospital, el 19,8% en centro de salud y el 6% en PAC.

Del total global el 85,87% manifiesta tener calidad de vida, el 13,9% no tiene calidad de vida y el 3% son inmensamente felices. En la dimensión motivación intrínseca se sienten algo satisfechos: el 1,4%, bastante satisfechos el 57,9% y el 40,8% muy satisfechos. En el bloque carga de trabajo el 1,7% no tiene carga, el 27,3% algo de carga, el 60,3% bastante carga y el 10,7% mucha carga. En bloque apoyo directivo no están nada satisfechos: el 7,5%, algo satisfechos el 34%, bastante el 56,4% y muy satisfechos el 2,2%.

DISCUSIÓN: El 85% de las personas encuestadas tienen calidad de vida. En cargas de trabajo el ítem más influyente es el esfuerzo emocional. En motivación: mi trabajo es importante para la vida de otros. En apoyo directivo: la posibilidad de expresar lo que pienso y necesito. La CVP influye en nuestro rendimiento, eficiencia, salud y vida familiar y en la imagen que tenemos y ofrecemos de nosotros y nuestra empresa

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Pólit D, Hungler B. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud". Cuarta Edición. México: Interamericana. McGraw-Hill, 1994.
2. Arriaga Piñeiro E, De la Torre Fernández-Trujillo J, Alberdi Castell RM, Artigas Lelong B, Moreno Peralta J, García Mena JM. La Participación En La Gestión Como Elemento De Satisfacción De Los Profesionales: Un Análisis De La Experiencia Andaluza. Enfermería Global, 2003 Nov. 3. Disponible en <<http://www.um.es/eglobal/3/03d00.html>>
3. Técnicos de la Gerencia de A.P. de Soria. Estudio sobre la satisfacción de los profesionales de la Gerencia de Atención Primaria de Soria. 2002. (No publicado)
4. García Sánchez S. La qualitat de vida profesional como a avantatge competitiv. Revista de Qualitat, 1993; 11:4-9
5. Anglada Mirabent N, Cañadell Ledesma E. Satisfacción de enfermería de atención primaria en las comarcas del Alt y Baix Empordà. Aten Primaria, 2000 mar. 25(5):326-330
6. Clúa Espuny JL, Aguilar Martín C. La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar en la sanidad pública. Resultados de una encuesta. Atención Primaria, 1998; 22:308-13
7. Jubete Vázquez MT, Lacalle Rodríguez-Labajo M, Riesgo Fuertes R, Cortés Rubio JA, Mateo Ruiz C. Estudio de la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria del Área 1 de Madrid. Aten Primaria, 2005; 36:112-4.
8. Varela-Centelles PI, et al. Satisfacción laboral de los odontólogos y estomatólogos del servicio gallego de salud. Rev. Esp. Salud Pública, 2004; 78 (3): 399-402
9. Cortés Rubio JA, Martín Fernández J, Morente Páez M, Caboblanco Muñoz M, Garijo Cobo J, Rodríguez Balo A. Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? Aten Primaria, 2003; 32:288-95.
11. Cabezas Peña C. Síndrome de desgaste profesional estrés laboral y calidad de vida profesional. FMC 1998; 5 (8): 491
12. Martín J, Cortés JA, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida profesional (CVP-35). Gac Sanit. 2004; 18:129-36.
13. Jorge Rodríguez F, et al. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de Atención Primaria. Atención Primaria, 2005 nov;

36(8):442 - 447.

14. Sánchez González R, Álvarez Nido R, Lorenzo Borda S. Calidad De Vida Profesional De Los Trabajadores De AP Del Área 10 De Madrid. Medifam, 2003; 13: 291-296

15. Alonso Fernández M, et al. Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. Atención Primaria, 2002 nov; 8: 483-489

Versión Provisional - Preliminary version

**Mesa de comunicaciones 23: Metodología / Práctica Clínica Basada en la Evidencia****Concurrent Session 23: Methodology / Evidence Based Practice****AUTORES/AUTHORS:**

Rogério Rodrigues, Rosa Lopes, Zaida Azeredo

**TÍTULO/TITLE:**

Portuguese version of the Interpersonal Communication Assessment Scale: Preliminary validation study

**Objectives**

The relationship between interpersonal and relational skills are universally acknowledged by the authors of reference in Nursing Science as pillar of nursing care, seen as the core competency and differentiator for nursing care excellence 1,2,3,4,5,6,7. Although the core of nursing focuses on interpersonal communication, there are few psychometric instruments to measure interpersonal communication skills in undergraduate students (first cycle) and Masters (second cycle). This study aimed to validate to the Portuguese population the Interpersonal Communication Assessment Scale (ICAS) originally developed in English language by Klakovich and Cruz 8.

**Methods**

The methodology for the validation of ICAS was developed in four stages: translation, back translation (back-translation), comparing the two versions and evidence of the validity of the new version.

The translation of ICAS for English language was carried out by bilingual translator then presented to four judges' bilingual, with recognized scientific and academic experience in the fields of Nursing, Education and Research. The proceeded of back-translation was done by bilingual translator who was unaware of the original version. Versions of the ICAS (original and back translated) were compared by the judges, who verified existence of equivalence with the original and considered able to use.

In the Portuguese version of ICAS were maintained all the characteristics of the original version. This instrument is a Lickert type scale consisting of 23 items that assess three dimensions (advocacy, therapeutic use of self and validation) related to interpersonal communication behaviours expected of nursing students in clinical education, whose level of effectiveness varies from 1 (rarely) and 4 (almost always). The sample, non-probabilistic convenience, consisted of 156 students of the 2nd year in Nursing Degree, of a Superior Nursing School, to conduct Clinical Teaching, in the academic year of 2008/09. The age of the participants ranged between 19-21 years, with 133 women (85.26%) and 23 men (14.74%). This disparity has no meaning since the nursing profession is mostly performed by women.

**Results**

The results of the psychometric study revealed a high level of reliability (Cronbach's alpha=0.939) of total ICAS and good internal consistency in all three dimensions (advocacy: 0.857; therapeutic use of self: 0.890; validation: 0.795). The test-retest (Pearson correlation coefficient) revealed temporal stability both in the global scale ( $r=0.740$ ,  $p<0.001$ ) as in the three dimensions: advocacy ( $r=0.744$ ,  $p<0.001$ ) therapeutic use of self ( $r=0.553$ ,  $p<0.001$ ) and validation ( $r=0.775$ ,  $p<0.001$ ). The factorial analysis of the scale (KMO=0.910 and Bartlett's test of sphericity  $X^2=2190.278$ ,  $p<0.001$ ) showed a very good adaptation of the method of factor analysis for data processing and adjustment of sample.

**Discussion**

We believe that in a general way the psychometric characteristics of the Portuguese version of ICAS are comparable to those reported originally by Klakovich and Cruz (2006). The reliability of results is reflected in high levels of internal consistency of the ICAS and the total size and excellent temporal stability between the first and second application. The results allow considering the Portuguese version of ICAS as an appropriate tool in the assessment of the interpersonal communication skills in the context of clinical education, of the students' in nursing degree.

Regarding the implications for clinical teaching and research: a further study employing the ICAS, is promising regarding the possibility of differentiating interpersonal communication skills in students of undergraduate and master's degree in Nursing and allows further validation of the work started here and that, strictly speaking, is never finished.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1 - Collière M. Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros

Portugueses, 1989.

2 – Peplau H. Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Salvat Editores, 1990.

3 - Chalifour J. Eiseigner la relation d'aide. Québec: Gaetan Morin Editeur, 1993.

4 - Lazure H. Viver a relação de ajuda; abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. Lisboa: Lusodidacta, 1994.

5 - Phaneuf M. Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira, Coimbra, Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1995.

6 - Phaneuf M. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência, 2005.

7 - Watson J. Impacto de la relación sanadora en la práctica de la Enfermería. Rev ROL Enf. 2006; 29(12): 806-812.

8 – Klakovich M, Cruz F. Validating the Interpersonal Communication Assessment Scale. J Pro Nurs. 2006; 22 (1): 60-67.



**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Antonia Campo Osaba, Jaume Martín Royo, José Ramón Vazquez Cortés, Enriqueta Borrás Gallart, Maria del Mar Fraga Martínez, Montserrat Saumell Torner

**TÍTULO/TITLE:**

Hacia una práctica enfermera reflexiva basada en la mejor evidencia.

**Introducción:**

En marzo de 2009, un grupo de enfermeras de los centros de atención primaria de Barcelona gestionados por el Institut Català de la Salut, iniciamos un proyecto con el objetivo de avanzar hacia una práctica enfermera reflexiva basada en la mejor evidencia disponible. (Este proyecto cuenta con una ayuda del IDIAP, mediante la intensificación de una investigadora para su desarrollo).

En primer lugar, se realizó una búsqueda bibliográfica para identificar estrategias que faciliten integrar la investigación y práctica enfermera, que hubiesen resultado útiles en otros contextos y ver la posibilidad de adaptarlas al nuestro, así como una reflexión personal, de cada uno de los componentes del grupo investigador, para identificar posibles maneras de alcanzar nuestro objetivo.

Como complemento de esta primera aproximación al tema y dado que no encontramos en la literatura ninguna experiencia de integración de la investigación en la práctica, con resultados contundentes como para ser replicada en nuestro entorno, nos planteamos realizar una aproximación cualitativa a nuestra realidad para conocer y comprender las diferentes argumentaciones de las enfermeras clínicas de atención primaria hacia la integración de la investigación en la práctica, explorando actitudes, sentimientos, percepciones, vivencias, motivación y propuestas.

**OBJETIVOS**

- Explorar dificultades, actitudes, percepción, motivación y propuestas, para integrar la investigación en la práctica clínica de las enfermeras/os.
- Identificar estrategias facilitadoras que permitan diseñar actuaciones para avanzar hacia una práctica enfermera reflexiva basada en la mejor evidencia disponible.
- Diseñar una estrategia con la participación activa de los implicados.

**METODOLOGIA**

Diseño: Estudio cualitativo de tipo exploratorio y perspectiva fenomenológica. Para generar la información se han utilizado entrevistas individuales, grupos de discusión y grupos triangulares. Se ha elaborado una guía de las entrevistas coherente con la generación de los significados temáticos que interesa explorar.

Ámbito: Atención primaria Barcelona.

Participantes: Se ha diseñado una muestra teórica, intencionada y razonada con el fin de obtener la máxima variabilidad discursiva. Se han incluido enfermeras asistenciales, docentes y gestoras de diferentes franjas de edad, experiencia profesional, experiencia investigadora, tanto de centros docentes como no docentes, con diferentes tiempos de funcionamiento. Los participantes se han seleccionado en base al cumplimiento de las variables definidas.

Se ha realizado un total de 3 grupos de discusión de 7 profesionales cada grupo, 3 entrevistas individuales y 3 grupos triangulares, con lo que hemos alcanzado un alto nivel de saturación de la información.

Análisis:

- Transcripción literal de las grabaciones obtenidas de los grupos y las entrevistas.
- Análisis de contenido categorial temático con la ayuda del programa informático Atlas-ti.
- Triangulación de análisis por dos investigadores. Los resultados se han retornado a los participantes para su validación y se han incorporado algunos matices aclaratorios enviados por las enfermeras participantes que completaban el análisis realizado.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos del análisis textual de las entrevistas y grupos se han organizado en las siguientes categorías:

Dificultades y barreras

Relacionadas con la teoría y metodología enfermera:

Confusión entre el significado de: modelo conceptual, diagnóstico enfermero, taxonomía diagnóstica NANDA, taxonomía de intervenciones NIC y de resultados NOC, proceso enfermero.

Necesidad de más formación en metodología/teoría enfermera.

Necesidad de adecuar el lenguaje de algunos diagnósticos NANDA y de algunos NIC y NOC, ya que están redactados de manera que no recogen las situaciones reales de la práctica enfermera.

Preocupación por como se están utilizando las herramientas de registro informático ya que existe gran variabilidad en su utilización que puede dar lugar, al explotar estos datos, a construir evidencias irreales.

Escasos estudios de validación de las taxonomías NANDA, NIC, NOC "se están implantando sin saber si realmente mejoran los cuidados"

Escasos estudios de efectividad basados en las taxonomías enfermeras.

Dificultad para realizar ensayos clínicos en los aspectos de cuidado dado que los cuidados a ofrecer y las respuestas que se obtienen son diferentes en función de la persona y de su historia de vida. Sería necesario otro tipo de diseño que recoja la parte más humanista y artística del cuidado y lo que con ella se resuelve.

Relacionadas con la organización:

(Falta de tiempo, elevada presión asistencial, ausencia de espacios de reflexión como equipo, escaso estímulo del equipo directivo, resistencias de los compañeros del equipo para incorporar cambios).

Relacionadas con el profesional:

- Formativas: bajo nivel de inglés, escasa formación en metodología y lectura crítica de la literatura científica..
- De actitud: escasa credibilidad de los resultados de los estudios, poca capacidad para cambiar el entorno, (“esto de la Enfermería Basada en la Evidencia es una moda”, “en el pregrado no se pone suficiente énfasis en la importancia de la investigación ni de la práctica basada en la evidencia”).

Interés y motivación de las enfermeras

Las enfermeras presentan gran disponibilidad para implicarse en proyectos innovadores, la mayoría de las participantes en los grupos de discusión manifestaron su interés en participar en investigaciones enfermeras de calidad y en la incorporación de los resultados a su práctica.

Oportunidades y estrategias facilitadoras:

Formación:

Formación básica en metodología de investigación y en lectura crítica, inglés a nivel de lectura. Valorar formación on line,

Actividades posibles:

Algunas enfermeras participantes han realizado las siguientes propuestas:

- Creación de espacios de reflexión en los centros.
- Desarrollo de sesiones de lectura crítica con regularidad, previa formación básica.
- Reconocimiento del esfuerzo de los profesionales por parte de la institución y, apoyo del equipo directivo.
- Contar con enfermeras “expertas” en los centros que actúen como consultoras/asesoras metodológicas/ dinamizadoras de la reflexión en los centros.

Teoría y metodología:

Definir los diferentes niveles en los que hemos de encontrar evidencias:

- Atención a patologías crónicas y agudas
- Realización de técnicas: cura de heridas, extracción taponos,...
- Específico de cuidados: aplicación del modelo conceptual, validación de diagnósticos NANDA, y de las intervenciones NIC y los resultados NOC.
- Normalizar la utilización del la CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) por las enfermeras en los casos que recojan aspectos que son de su responsabilidad.

## PROSPECTIVA

A partir de los resultados obtenidos de este estudio cualitativo se han diseñado las siguientes estrategias:

- Creación de un GRUPO DE ENFERMERAS DE INVESTIGACIÓN, formado por una enfermera de cada equipo de atención primaria de Barcelona ciudad que, mediante una investigación acción participativa (IAP) irá explorando posibles estrategias y actuará como impulsor del proceso en los centros.
- Elaboración de un documento que explicita la aportación específica de la enfermera de atención primaria a la salud y bienestar de las personas. Este documento se utilizará punto de partida de nuestra investigación para identificar las evidencias necesarias, buscar e incorporar las existentes y establecer prioridades de investigación para los cuidados que no cuenten con evidencias.

## DISCUSION/CONCLUSIONES

- Las dificultades identificadas en nuestro estudio son similares a las descritas en la literatura, (1 – 4) aunque contamos con algunos matices diferenciales que facilitan una mayor comprensión de la situación.
- Las estrategias propuestas en los grupos para integrar la investigación en la práctica clínica, recogen algunos aspectos creativos que no hemos encontrado descritos en la literatura, lo que constituye el valor añadido del presente estudio.
- Retornar los resultados a los participantes para su validación ha permitido iniciar un proceso participativo que está ayudando a que las enfermeras clínicas se impliquen en el proceso de cambio.
- Contar con un grupo de enfermeras de investigación, formado por enfermeras clínicas asegura la adecuación del proyecto a la realidad asistencial.
- Esta previsto solicitar al Instituto de Investigación Atención Primaria (IDIAP Jordi Gol) el reconocimiento como GRUPO EMERGENTE DE INVESTIGACION EN CUIDADOS DE SALUD.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

### Bibliografía

1. Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, González-María E, Gil de Miguel A. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enferm Clin.*2010;20(3):153–164
2. Schoonover H. BarrierstoResearchUtilizationAmongRegistered NursesPracticinginaCommunityHospital. *Journalfor Nurses inStaffDevelopment.*2009;25:199–212.
3. FUENTEALSAZ-GALLEGO C, NAVALPOTRO-PASCUAL S, RUZAFAMARTÍNEZ M, Competencias en investigación: propuesta de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-iscii) *Enferm Clin.* 2007;17(3):117-27

4. OLTRA-RODRIGUEZ E, Riestra-Rodriguez R, Alonso-Pérez F, Garcia-Valle JL, Martínez-Suárez M, Migúelez-López R, Dificultades y oportunidades para investigar percibidas por las enfermeras en Asturias. *Enferm Clin.* 2007;17(1):3-9

Versión Provisional - Preliminary version

**Mesa de comunicaciones 24: Práctica Clínica****Concurrent Session 24: Clinical Practice****AUTORES/AUTHORS:**

António Manuel Martins Lopes Fernandes, Ana Filipa dos Reis Marques Cardoso, Helena Maria Mourão Felizardo

**TÍTULO/TITLE:**

Independencia Funcional de Ancianos Institucionalizados en una Residencia de la Tercera Edad y Centro de Día

**Objetivos**

Caracterizar en relación al nivel de independencia funcional a los ancianos institucionalizados.

Comparar el nivel de independencia funcional entre los menos y los más ancianos, modalidades de institucionalización y género

Recoger datos e indicadores que ayuden a construir modelos de intervención de la Enfermería en Geriatría

**Metodología**

Procedemos al estudio de la Independencia Funcional de todos los ancianos del régimen de Residencia y Centro-de-Día (CD) de una institución de solidaridad social, a través de la evaluación clínica y observación del desempeño en las actividades de la vida diaria, utilizando la Medida de Independencia Funcional (MIF).

La MIF evalúa 6 dimensiones (autocuidados, control de los esfínteres, movilidad, locomoción, comunicación y cognición social) y 18 indicadores (alimentación, higiene personal, baño general, vestir mitad superior, vestir mitad inferior, uso del inodoro, control vesical, control intestinal, transferencias (silla/cama; sanitario; ducha/bañera), marcha/silla de ruedas, locomoción en escaleras, comprensión, expresión, interacción social, resolución de problemas, memoria)

A cada ítem se aplica una escala a 7 niveles: Ayuda Total (1); Ayuda Máxima (2); Ayuda Moderada (3); Ayuda Mínima (4); Supervisión o Preparación (5); Independencia Modificada (6); Independencia Completa (7). Los niveles de la medida son:

Dependencia Completa [18-36]; Dependencia Modificada [36-90]; Independencia [90-126]

La evaluación de cada anciano tardó de media 45 min, a través de la observación directa de las actividades de la vida diaria o solicitud del desempeño de algunas actividades.

Recurrimos al programa informático de estadística S.P.S.S. - Versión 15, privilegiando test no paramétricos debido a la pequeña dimensión ( $n < 30$ ) de los grupos.

La edad fue operacionalizada en tres grupos: Anciano-Joven (65-74 años), Anciano-Medio (75-84 años) y Anciano-Anciano (> 84 años).

Debido al reducido nº de sujetos pertenecientes a los Ancianos-Jóvenes, para comparar grupos etarios, optamos por agrupar a los Ancianos-Jóvenes con los Ancianos-Medios (grupo1) en contraposición a los Ancianos-Ancianos (grupo2). Aproximar el número (n) de individuos de cada grupo, nos dio más consistencia a la comparación, sin desvirtuar nuestro objetivo.

**Resultados**

En un total de 47 ancianos evaluados, 35 son mujeres y 12 hombres. Con edades comprendidas entre 71 y 98 años ( $M=82,6$ ;  $DE=7,06$ ), 7 son "Ancianos-Jóvenes", 19 pertenecen al grupo "Anciano-Medio" y 21 personas al grupo del "Anciano-Anciano".

Se reparten entre las dos modalidades de institucionalización de forma casi equitativa, 23 (48,9%) en régimen de Residencia y 24 (51,1%) en CD.

Más de la mitad de la población (53,2%) presenta por lo menos Dependencia Modificada, o sea, requiere por lo menos supervisión para el desempeño de las diferentes actividades evaluadas por la MIF. De estos, 17 (68%) pertenecen a la modalidad de Residencia. Aproximadamente 15% (7), 5 de la Residencia y 2 del CD, presentan Dependencia Completa, necesitando ayuda total o máxima en el desempeño funcional. En relación a los que revelan independencia funcional, 16 (73%) provienen de la modalidad de Centro-de-Día. De las 22 personas independientes, 7 pertenecen al grupo de los "Ancianos-Ancianos", de las cuales 2 tienen 94 años.

Con diferencia significativa ( $p=0,006$ ), los ancianos del Centro-de-Día presentan, por norma, Independencia Funcional ( $M=92,0$ ;  $DE=28,19$ ) y los de la Residencia, Dependencia Modificada ( $M=62,7$ ;  $DE=33,59$ ).

En relación a las dimensiones e indicadores de la MIF, los valores de la media, son siempre, sin excepción, inferiores en los ancianos institucionalizados en régimen de Residencia. La mayor diferencia se observa en el Control Intestinal, con los ancianos

Residentes revelando, por norma general, la necesidad de Ayuda Moderada (M=3,65; DE=2,34), al mismo tiempo que los ancianos del CD revelan Independencia Modificada (M=5,83; DE=1,76)

En cuanto a la menor diferencia, esta sucede en la función Memoria: los residentes presentan un nivel de Ayuda Moderada (M=2,87; DE=1,76) y los del CD Ayuda Mínima (M=4,04; DE=2,11)

El análisis realizó diferencia significativa, entre las dos modalidades, en todas las dimensiones de la MIF: Autocuidados (p=0,009), Control Esfínter (p=0,004); Movilidad/Transferencias (p=0,006); Locomoción (p=0,028); Comunicación (p=0,003); Cognición Social (p=0,012).

Ambos regímenes presentan la media más baja y más alta en el mismo indicador.

El peor desempeño se encuentra en el Autocuidado "Baño General", en que los ancianos de la Residencia necesitan Ayuda Máxima (M=2,3; DE=1,69) y los del CD Ayuda Mínima (M=3,71; DE=2,17). La gran mayoría, 91% de los ancianos de Residencia y 79% del CD, necesita por lo menos Supervisión para este autocuidado, siendo que el 74% (Residencia) y el 38% (CD) revelan que necesitan Ayuda Total o Máxima (Dependencia Completa), contrastando con el 22% (Residencia) y el 8% (CD) que presentan esta condición en el valor global MIF.

El mejor desempeño se verifica en el autocuidado "Alimentación", siendo que un 65,2% de los individuos de la Residencia requiere únicamente, en el peor de los casos, supervisión (M=4,74; DE=1,96) y un 75% de los ancianos del CD son completamente Independientes (M=6,17; DE=1,67).

Por sexo, con ambos grupos presentando Dependencia Modificada, las mujeres presentan valores MIF más elevados (M=80,17; DE=33,28) que los hombres (M=70,41; DE=36,48), haciendo suponer un mayor grado de independencia funcional. No obstante, no existe diferencia estadísticamente significativa (p=0,575) entre los ancianos de sexos diferentes.

Este resultado se verificó en todas las dimensiones: Autocuidados (p=0,502); Control Esfínter (p=0,567); Movilidad/Transferencias (p=0,787); Locomoción (p=0,587); Comunicación (p=0,166); Cognición Social (p=0,328).

El estudio de la relación entre el nivel de independencia funcional y la edad, permitió concluir que no hay correlación significativa (p=0,186).

Lo mismo se verificó en las diferentes sub-escalas, confirmándose que la edad tampoco se correlaciona significativamente con las diferentes dimensiones: Autocuidados (p=0,117); Control Esfínter (p=0,139); Movilidad/Transferencias (p=0,346); Locomoción (p=0,264); Comunicación (p=0,403); Cognición Social (p=0,336)

Con un nivel de significancia de 0,428, no existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de independencia funcional presentada por los menos ancianos (Grupo 1) (M=81,35; DE=34,60) y los más ancianos (Grupo 2) (M=73,14; DE=33,49).

Lo mismo se confirma en relación a las diferentes dimensiones de la MIF: Autocuidados (p=0,380); Control Esfínter (p=0,213); Movilidad Transferencias (p=0,445); Locomoción (p=0,299); Comunicación (p=0,481); Cognición Social (p=0,403)

## Discusión

Estamos ante una población "geriátrica envejecida", predominantemente femenina, con Dependencia Funcional Modificada o Completa en nº muy significativo (73,9%) en los Residentes y menor (33,3%) en los Ancianos en Centro de Día, pero con nivel de independencia funcional poco diferente entre hombres y mujeres y los menos ancianos y los más ancianos, en la cual se constata que no existe correlación entre el nivel de independencia funcional y la edad.

Los resultados nos permiten, fundamentalmente, dos reflexiones:

- En primer lugar, la relación directa entre el aumento de la edad y el aumento de la dependencia y la pérdida de autonomía no es una verdad absoluta, debiendo ser encarado como un mero presupuesto. No hay diferencia (p=0,428) entre el nivel de independencia funcional evidenciado por los Ancianos-Ancianos (>84 años) y los Ancianos-Jóvenes y Medios (65-84 años). Además, tampoco se observa una relación estadísticamente significativa (p=0,186) entre la edad y el nivel de independencia funcional. En efecto, el aumento del nº de situaciones problemáticas no es, como refiere Quaresma (2006, p49), «directamente proporcional al

aumento del número de personas que alcanzan edades avanzadas, como se temía en los años 70. Los datos disponibles para algunos países revelan una clara mejora de los niveles de autonomía en las personas con 85 y más años...». Esto implica que el abordaje profesional se haga siempre en función de la evaluación individual;

- Otra reflexión interesante resulta de la particularidad de que los ancianos de los dos regímenes de institucionalización (Residencia y CD) coincidan en el Autocuidado Alimentación con el mayor nivel de independencia funcional, y en el Autocuidado Baño General con el mayor grado de dependencia, cuando los niveles de independencia son tan distintos entre unos y otros.

Esta incongruencia es aún mayor si atendemos al potencial de autonomía e independencia revelado, sobre todo por los ancianos en el régimen de CD, cuando un 67% de los ancianos presenta, en el desempeño global, Independencia Funcional y únicamente un 21% en el desempeño específico de este autocuidado. Nueve (9) ancianos de este régimen llegan realmente a presentar Dependencia Completa cuando únicamente 2 lo son en el valor total. Por otro lado 17 (74%) de los residentes (Residencia), revelan en el autocuidado Baño General Dependencia Completa, contrastando con las 5 (22%) personas así evaluadas en el desempeño global.

Como sucede en otras muchas situaciones, también aquí son factores exógenos al anciano, la causa de la reducción efectiva de la independencia en este autocuidado, tan particular y tan personal.

Disponibilidad y actitud profesional, incongruentes aunque explicables (nº reducido de auxiliares, conocimientos insuficientes y preparación inadecuada, ausencia de evaluación clínica sistemática,...) poco promotoras del autocuidado, hándicap ambiental e inexistencia de estrategias adaptativas facilitadoras o que garanticen las condiciones de seguridad en el desempeño individual o, simplemente, la diferente gestión y supervisión de los cuidados ofrecidos parecen ser factores que contribuyen para este hecho. La prestación de cuidados de salud y de apoyo social obliga, como refiere Diniz (2002, p29) «al riguroso cumplimiento del respeto por la manutención o recuperación permanentes de la autonomía, ..., de modo que se puedan mejorar los niveles de participación y bienestar de la persona.». Para eso, el anciano «debe ser incentivado en la toma de decisiones y en la realización de las actividades de autocuidado, así como también debe tener acceso a ayudas técnicas para disminuir su incapacidad y promover su independencia.» Cabrita (2004, p 214)

Implicaciones para la Enfermería de Geriátría

Estos datos refuerzan la teoría de que la focalización de la práctica de Enfermería debe dirigirse siempre a la funcionalidad individual, en busca de la manutención del desempeño funcional de cada uno, evitándose la intervención en función del grupo o de estereotipos de edad. Debe ser dirigida, en primer lugar, al potencial de la persona y no a su hándicap, para optimizar sus capacidades, estimulándola a hacer lo que ella pueda hacer.

El apoyo a los ancianos debe obedecer a los principios de la evaluación multidimensional, siendo la evaluación funcional, como se extrae del ejemplo de este estudio, determinante para la planificación de los cuidados. Definir objetivos para niveles máximos de interdependencia funcional y actividades de vida diarias debe ser una función del Enfermero en Geriátría.

El nº limitado de prestadores de cuidados en esta área, recomienda aumentar el conocimiento de los prestadores y de los propios ancianos sobre el Autocuidado y las estrategias adaptativas y ayudas técnicas a la realización del mismo. El modelo teórico del "autocuidado" (Orem), siendo adecuado en cualquier nivel clínico, debe ser considerado un cuadro de referencia en la prestación de cuidados al anciano.

El enfermero debe liderar este aprendizaje, supervisar los cuidados y crear una mayor conciencia de la necesidad de promover el autocuidado.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Cabrita, Mª José. O Idoso a Autonomia e a Acessibilidade. Servir, 52 (5): 212-220, 2004



- Cordeiro, M.<sup>a</sup> Paula. Avaliação da saúde em gerontologia - In: Costa, M.<sup>a</sup> Arminda Mendes. Os idosos- problemas e realidades. Coimbra: Formasau, 52-56, 1999, ISBN: 972-8485-07-7.
- Diniz, J. Alexandre. Intervenções em Situações de Diminuição de Autonomia. Cadernos da Direcção Geral de Saúde, 2: 28-30, 2002
- Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Despacho Ministerial de 8-6-2004, Ministério da Saúde, Lisboa
- Delfina Gomes, Idalina. O doente idoso como parceiro no processo de cuidados de enfermagem. Pensar Enfermagem, 7 (2): 15-33, 2º Semestre de 2003
- Freitas, Otília e Varanda, Estela. Qualidade de Vida em Idosos Residentes em Lar. Sinais Vitais, 17: 39-43, Março 1998
- Imagário, Cristina. O Idoso Dependente em Contexto Familiar. Formasau, Coimbra, 2004, ISBN: 972-8485-38-7
- Kauffman, Timothy L..Manual de Reabilitação Geriátrica – Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, Brasil, 2001
- Laíns, Jorge. Princípios de utilização da Medida de Independência Funcional (MIF). SUDRM, Versão 3.0, SMFR – HUC, Março 1990
- Pimentel, Luísa – Novas tendências do apoio social ao cidadão idoso – Geriatria, ano 13, 13 (125): 13-18, Maio 2000
- Quaresma, M<sup>a</sup> Lourdes. Autonomia e Dependência na Velhice. Revista do Montepio Geral, 50:49-50, 2006 Lisboa
- Tsai, Yun-Fang. Self-Care Management and Risk Factors for Depressive Symptoms Among Taiwanese Institutionalized Older Persons. Nursing Research. 56(2):124-131, March/April 2007
- Veríssimo, Cristina – Idosos Dependentes: Importância dos conceitos para a produção multidisciplinar de cuidados – Nursing, ano 15 (187): 20-24, 2004
- Young Y, Fan M-Y, Hebel JR, Boulton C: Concurrent validity of administering the functional independence measure (FIM) instrument by interview. American Journal Physique Medicine Rehabilitation, 88:766–770, 2009
- Wilson, Joan MSN\*; Gramling, Lou The Application of Orem's Self-Care Model to Burn Care.[Article] Journal of Burn Care & Research. 30(5):852-858, September/October 2009

**AUTORES/AUTHORS:**

Carmen Sánchez López, Joaquín Tomás-Sábado, Montserrat Maynegre Santaulària, Anna Tor Llacuna, Àlex Ortega Roca, Mireia Boquet Martínez

**TÍTULO/TITLE:**

El Triage de Enfermería en Atención Primaria del SAP Mataró-Maresme

**Objetivos**

La comarca del Maresme está situada en la franja marítima norte de la provincia de Barcelona. Tiene una superficie de 398.9 Km.2, 426.565 habitantes y una densidad de población de 1069.4 h/Km.2.

La mayoría de nuestros usuarios suelen ser población activa que trabaja en el sector servicios, con un nivel socio-económico medio-alto y que priorizan la rapidez en la atención sobre la fidelidad a los profesionales sanitarios.

A raíz de la reforma de la Atención Primaria (AP), la enfermera de AP, pasa a ser un proveedor de servicios con entidad propia, pero la atención a la demanda aguda la realiza por delegación en la mayoría de los casos en forma de técnicas.

Por lo tanto, el colectivo de enfermería de los centros de AP del Institut Català de la Salut (ICS) de este territorio, decide asumir la puerta de entrada al sistema sanitario con consultas de triage de enfermería para dar respuesta a las expectativas de su población. De esta manera, puede tener en cuenta la percepción de urgencia que tienen sus ciudadanos en relación a los problemas de salud agudos, dar una respuesta rápida a las demandas y así evitar esperas innecesarias, captar pacientes que no acuden a los profesionales de enfermería porque desconocen los servicios que prestan las enfermeras, como es en el caso de las actividades preventivas, o detectar problemas de salud que no hayan sido derivados por los profesionales médicos.

El triage mejora la accesibilidad del ciudadano a los servicios sanitarios, aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería porque la atención que prestan está más en consonancia con su nivel de formación, evita interrupciones por demandas urgentes en las consultas programadas y disminuye la presión asistencial sobre las consultas de medicina.

Este tipo de organización fomenta la comunicación y el respeto y actúa como un factor de cohesión entre profesionales. No obstante, para que funcione adecuadamente, se requiere que el Equipo de Atención Primaria (EAP) haya establecido previamente circuitos de derivación rápidos entre profesionales sanitarios y que se respeten los criterios de derivación de los profesionales de enfermería.

El triage de enfermería lo podemos definir como una herramienta para clasificar y ordenar la demanda urgente y prestar una atención rápida y eficaz. Básicamente, constituye un proceso de clasificación de la patología aguda que permite definir el tiempo y el servicio en el cual el usuario tiene que ser atendido.

En el triage de AP la enfermera recibe, acoge y determina el nivel de gravedad, para establecer la prioridad de la atención, resolviendo la demanda si está en su marco competencial o derivando a otro profesional en caso necesario.

El objetivo principal de este trabajo es valorar el grado de resolución de la demanda urgente de los EAP del Servicio de Atención Primaria (SAP) Mataró-Maresme durante el año 2009, mediante la aplicación del triage de enfermería. Los objetivos específicos son conocer el porcentaje de visitas que los profesionales de enfermería resuelven de forma autónoma y la distribución por edad y sexo del total de las demandas resueltas por las enfermeras.

**Métodos**

Estudio descriptivo transversal, con análisis de datos retrospectivos, realizado sobre las visitas generadas en los 13 centros de salud y 16 consultorios locales del territorio del ICS que forman el SAP Mataró-Maresme y que prestan servicios a una población de

265.556 habitantes.

Se analizaron los datos facilitados por la unidad de evaluación tecnológica de las visitas urgentes atendidas por las enfermeras de enero a diciembre del 2009. Estas visitas fueron generadas por personas de cualquier edad que acudieron al centro con percepción de urgencia y fueron atendidas el mismo día. Este tipo de visita, en nuestro territorio, sólo se utiliza para el triaje de enfermería. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo y tipo de resolución de la visita, codificándose con el número 940 aquellas visitas resueltas por la enfermera y con el 939 las que era necesario que fueran finalizadas por otro profesional, aunque la enfermera hubiera realizado parte de la visita como la anamnesis y la exploración física.

Los datos se tabularon y analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 17.0 para Windows, calculándose frecuencia y porcentajes para las variables cualitativas y medias y desviaciones típicas en el caso de las variables cuantitativas.

#### Resultados

Del total de las 114.232 demandas urgentes atendidas en las 29 unidades asistenciales del SAP, fueron resueltas por enfermería 47.476, lo que constituye un 41,56%. La distribución por sexo de las demandas resueltas fue de 26.383 mujeres (55,57%) y 21.093 hombres (44,43%) con una edad media de 40,60 años. En el conjunto de la demanda, 98.428 (86,16%) corresponden a la edad adulta, mientras que 15.804 (13,84%) son de pediatría, resueltas por enfermería 41.017 (41,67%) de adultos y 6.459 (40,86%) de pediatría.

#### Discusión

Los resultados obtenidos ponen en evidencia que la atención enfermera en la demanda urgente es resolutoria en un porcentaje elevado de las visitas, especialmente en la población adulta. Destacando el importante papel de los profesionales de enfermería como puerta de entrada al sistema sanitario, dando respuesta a la demanda urgente, ya sea resolviéndola o gestionándola. En conclusión, estos datos reafirman la eficacia del triaje de enfermería como instrumento útil para optimizar la atención sanitaria al ciudadano, a la vez que sirve como vehículo de reconocimiento de las competencias profesionales de la enfermera.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gómez Jiménez J, Ferrando Garrigós JB, Vega García JL, Tomás Vecina S, Roqueta Egea F, Chanovas Borrás M. Model Andorrà de Triatge (MAT). Un nou sistema de triatge català. En: Gómez Jiménez J, editor. Andorra: Servei Andorrà d'Atenció Sanitària; 2004. p. 13.
2. Triatge d'infermeria en Atenció Primària. Institut Català de la Salut. Servei d'Atenció Primària. SAP Mataró-Maresme. 2007.
3. Calero Muñoz S. Organización de la atención a las urgencias y de la atención continuada. En: Casajuana Brunet J, coordinador. Gestión del día a día en el equipo de atención primària. Barcelona: Semfyc Ediciones; 2007. p. 109-19.
4. Fabrellas Padrés N, Vidal Milla A et al: La enfermera familiar i comunitària. Gestió de la demanda. Barcelona. 2008.
5. Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane MA, Skoda S, Clement S. Nurse management of patients with minor illnesses in

general practice: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ*. 2000;320:1038-43.

6. Maynegre Santaulària M, Ortega Roca A, Tor Llacuna A, Sánchez López C, Martínez Angulo L, Boquet Martínez M. La gestión de la demanda urgente en los equipos de Atención Primaria del Maresme. *Metas Enfermería* 2009; 12 (9):10-2.

Versión Provisional - Preliminary version

**AUTORES/AUTHORS:**

Júlia Martinho, Margareth Angelo, Manuela Martins

**TÍTULO/TITLE:**

EXPERIENCIA DE LA ENFERMEDAD GENÉTICA EN LA FAMILIA

**JUSTIFICACIÓN**

Con la evolución del conocimiento en el ámbito del genoma es crucial entender el proceso de enfermedad genética y cómo es vivido por parte del individuo que hace parte de un sistema familiar lleno de significados.

Es importante entender que el proceso de salud y enfermedad en la familia no puede ser visto como un evento sin precedentes, pero es parte de una historia familiar de la adaptación en el tiempo.

Es necesario, por tanto: considerar los patrones de adaptación, las repeticiones, las discontinuidades, y los sentimientos de competencia que se transmiten de generación en generación como la confianza, expectativas y sistema de creencias aprendidas en la familia (Carter & McGoldrick, 2001)

El riesgo de tener una enfermedad genética causa una carga psicológica y emocional tanto en el individuo y la familia, (empeorando en los casos de inicio tardío). (Zagalo-Cardoso & Rolim, 2005)

La PAF es una enfermedad genética hereditaria, autosómica dominante. Afecta el sistema nervioso, manifestando-se en edad adulta (25-30 años) es progresivo, debilitante y con evolución mortal. (Andrade, C., 1952; Conceição, I., 2006; Sales-Luis, M., 2006)

**OBJETIVO:** Describir como la familia percibe la experiencia de la enfermedad genética –Polineuropatía Amiloidótica Familiar (PAF)

**MÉTODO:**

Esta investigación es cualitativa, un estudio de caso (comparación múltiples casos).

Pregunta: "¿Cómo perciben las familias con PAF la experiencia de la enfermedad?"

Participantes:

4 casos (2 familias en cada etapa de la enfermedad: no sintomático y asintomático). Seleccionamos los casos de familias con PAF en Portugal. La captura de los participantes se dé u a través de CEAP y de la Asociación de Paramiloidose. Se respetaron los principios de la Declaración de Helsinki.

Criterios de inclusión:

- Tener al menos en la familia 2 adultos durante la entrevista, una o más personas pueden estar enfermos.
- (Todos los participantes) deben tener conocimiento del diagnóstico a más de 2 años y de la etapa de la enfermedad.
- Capacidad para comunicarse.

Se utilizó entrevista semi-estructurada (grabada y transcrita), organizada en 2 temas centrales:

- 1- Representación/Percepción de la enfermedad en la familia (Conocer el significado que las familias atribuyen a la enfermedad)
- 2- Influencia del contexto (Evaluar la percepción de la familia acerca de los cambios que se han producido con la enfermedad).

**ANÁLISIS:** Seguimos las pautas metodológicas de Bardin (2009). Se realizó análisis de contenido: cuidadosa lectura de las entrevistas, -identificación de temas e ideas transformadas en unidades significativas del análisis y organización de los temas.

**RESULTADOS:**

En los temas emergentes identificamos un aprendizaje marcado por experiencias anteriores en familia. Entre ellos:

- a. Representación de la enfermedad en la comunicación familiar

- b. Inclusión de la enfermedad en la vida cotidiana
- c. Estrategias de coping.

El análisis comparativo se basó:

- fase de caracterización de la enfermedad
- experiencia de la enfermedad de la familia.

a) Representación de la enfermedad en la comunicación familiar/fase asintomática: está presente la fatalidad y un "pacto de silencio aprendido". El sufrimiento es interiorizado y vivido de una manera particular. Fase sintomática: después del trasplante, hay una descompresión y se analiza la enfermedad desde una perspectiva de esperanza.

b) Inclusión de enfermedad/fase asintomática: Hay la búsqueda de información (consejo genético) y de consultas de vigilancia. Se adaptan (puede ocurrir negación) y planifican el futuro. Fase sintomática: buscan respuesta/soluciones/tratamiento.

c) Estrategias de coping/fase asintomática: se centran en las emociones (la esperanza y el pensamiento positivo se alternan con la incertidumbre y el miedo basado en experiencias anteriores). Fase sintomática: se centra en el problema (encontrar solución) y en las emociones.

**DISCUSIÓN:** El estudio desvela algunas de las fortalezas y debilidades de las familias que sufren esta enfermedad genética. Los resultados destacan la importancia de ver la familia, de acuerdo con su aprendizaje y experiencias. El conocimiento permitió identificar temas de referencia que podrán ser utilizados en futuros estudios destinados a desarrollar modelos de intervención para ayudar a las familias y para desarrollar teoría sobre la toma de decisiones.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

ANDRADE, C. (1952) – A peculiar form of peripheral neuropathy, London: Brain 75:408-427

BARDIN, L. (2009) – Análise de Conteúdo. Edições 70.

CARTER & MCGOLDRICK (2001) - As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

CONCEIÇÃO, I. (2006) - Clínica e história natural da polineuropatia amiloidótica familiar. Sinapse, 6(1): 86-91

LOPES, A . (2003) – Depressão em P-L: aspectos ligados às doenças genéticas de início tardio. Revista Portuguesa de Psicossomática, Jun., ano/Vol.5, n.º1: 139-144

SALES-LUÍS, M. et al (1988) – Estudos electoneurológicos em familiares de doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF): Correlação com a presença de transtirretina anormal. Boletim do hospital, 3 (9),pp. 99-101

ZAGALO-CARDOSO & ROLIM (2005) – Aspectos psicossociais da medicina preditiva: revisão da literatura sobre testes de riscos genéticos. Psicologia, Saúde e Doenças 6 (1), 3-34

## Sesión de Comunicaciones Orales Breves V

### Session of Oral Brief Presentations V

#### AUTORES/AUTHORS:

Marta Lima Serrano, Joaquín Salvador Lima Rodríguez, África Sáez Bueno, María Dolores Guerra Martín, Vicente Fernández Rodríguez

#### TÍTULO/TITLE:

Las actitudes como predictoras del consumo de sustancias adictivas en adolescentes de Sevilla.

#### Objetivo:

El consumo de sustancias adictivas constituye una conducta de riesgo en la población adolescente. En España, en 2005 el 28% había consumido tabaco y el 50% alcohol. El uso de drogas ilegales fue menor: 2.47% para hachís y un 1% o menos para el resto (1,2).

Se han desarrollado estudios sobre el papel de las actitudes en la adopción de conductas y acerca del valor predictivo de las primeras sobre las segundas (3,4). Así, la identificación de actitudes favorables hacia una conducta inadecuada indicaría la necesidad de tomar medidas para prevenirlas, ya que, una vez adoptada, ésta suele ser difícil de modificar.

Este trabajo analiza las relaciones entre actitudes y consumo de tabaco, alcohol, hachís, tranquilizantes, cocaína, éxtasis y alucinógenos en adolescentes sevillanos.

#### Método:

Estudio descriptivo y correlacional, transversal (5), con adolescentes escolarizados en 4º de ESO del área urbana (N= 146), mediante muestreo aleatorio por conglomerados.

La variable dependiente fue el consumo, las independientes fueron la actitud y el grado de peligrosidad asignado a la sustancia. Se les preguntó sobre su grado de acuerdo con los siguientes ítems: "Hace sentirse bien", "Ayuda a hacer amigos", "Los/as consumidores son más interesantes", "Tiene sus ventajas", "Casi todos la consumen", "Está de moda", "Me molesta que la consuman". El grado de peligrosidad asignado se midió mediante escala de Likert. Las variables demográficas fueron: Año de nacimiento, sexo, percepción de la economía familiar y funcionalidad familiar. Se utilizó un cuestionario autoadministrado, voluntario y anónimo, con ítems de instrumentos validados (6), entre mayo y junio de 2009.

El análisis fue descriptivo y bivariante (Chi-cuadrado "c<sup>2</sup>" y Rho de Spearman "rs"), para una p<.05, apoyado con SPSS 17.0.

#### Resultados:

La mayoría de los/as adolescentes tenían entre 15 y 17 años (91, 7%). La mitad eran mujeres (50, 7%). El 95,9% percibía adecuada su economía familiar. Sus familias eran funcionales (Test de Apgar= 7, 75 + 2,03).

El alcohol era la sustancia más consumida (52, 4%), seguida del tabaco (16, 4%), el hachís (12, 3%) y los tranquilizantes (12, 3%). Las restantes eran poco consumidas (en torno al 1%).

Destaca que la mayoría estaba en desacuerdo con que fumar "hace sentirse bien" (82,7%) o "tiene sus ventajas" (95,1%), pero el 37,2% opinaba que "está de moda". Al 70,5% "le molestaba que los demás fumen". El 31,5% afirmaba que beber "hace sentirse bien" y el 45,1% que "está de moda". Solo al 17,3% "le molestaba que los demás beban".

A la mayor parte no "les molestaba que otros consuman": Tranquilizantes (71,2%), hachís o marihuana (65,1%), alucinógenos (62,9%), éxtasis (60,3%), cocaína (59,6%).

Las sustancias consideradas menos peligrosas fueron: tranquilizantes (35,5%), tabaco (29,4%), alcohol (28,1%), hachís (11,15%). Las consideradas más peligrosas fueron: éxtasis (96,2%), alucinógenos y cocaína (97,2%).

Se encontraron correlaciones positivas, estadísticamente significativas, entre actitudes y consumo de sustancias:

- "Hace sentirse bien": Tabaco ( $c^2$  (1, N= 145) = 16.478, p. 000); alcohol ( $c^2$  (1, N= 145) = 5.066, p. 024); hachís ( $c^2$  (1, N= 146) = 27.994, p. 000).

- "Tiene sus ventajas": Tabaco ( $c^2$  (1, N= 144) = 28.202, p. 000); alcohol ( $c^2$  (1, N= 144) = 28.202, p. 000); hachís ( $c^2$  (1, N= 146) = 11.112, p. 001).

- "Los consumidores son más interesantes" y hachís ( $c^2$  (1, N= 146) = 8.367, p. 004).

Se hallaron correlaciones negativas, estadísticamente significativas, entre:

- Peligro asignado y consumo de: Alcohol (rs (N=145)= -.179, p.031); tranquilizantes (rs (N=145)= -.272, p.001); hachís (rs (N=146)= -.272, p.001).

- Consumo de una sustancia y peligro asignado a otra: Tabaco y hachís (rs (N=146)= -. 218, p.005); Alcohol y tabaco (rs (N=145)= -.179, p.031).

Discusión:

Los porcentajes de consumo de alcohol y drogas ilegales coinciden con estudios previos. Por el contrario, el consumo de tabaco fue menor y el de hachís fue mayor (1,2).

En general, las actitudes hacia las sustancias adictivas fueron desfavorables. Sin embargo, a pesar de que a un elevado porcentaje le molestaba que se fume, fueron menos esperanzadores los resultados de este ítem en el alcohol y otras drogas. Además, las drogas legales tales como tranquilizantes, tabaco y alcohol fueron consideradas menos peligrosas, al igual que el hachís. Esto puede indicar la aceptación de las mismas, fundamentalmente del alcohol, por adolescentes.

Las actitudes pueden ser predictoras de conductas, demostrando la existencia de correlaciones entre actitudes positivas hacia el tabaco, el alcohol y los tranquilizantes y su consumo. Igualmente al disminuir el grado de peligrosidad asignado a una sustancia, aumenta su consumo. En el resto de sustancias la falta de correlación se atribuye a su bajo consumo.

Destaca que los fumadores otorguen menos peligro al hachís, ya que habitualmente se asocia el consumo de tabaco con el inicio en el uso de otras sustancias (7,8).

Estos hallazgos pueden ayudar a orientar la prevención del consumo de sustancias. Así, un primer requisito de los programas preventivos debería ser incidir sobre el cambio de actitudes, para favorecer la adopción de estilos de vida saludables, superando los programas basados en la mera transmisión de conocimientos (9).

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

- (1) Plan Nacional sobre Drogas (ed). Informe del Observatorio sobre Drogas; 2007 [citado 18 de Junio de 2010]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>.
- (2) World Health Organization (WHO). Health Behaviour in Scholl- Aged Children; 2006 [citado 18 de Junio de 2010]. Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJoyenes/adolesSalud.htm>.
- (3) Kraus SJ. Attitudes and the prediction of behavior: A meta-analysis of the empirical literature . Pers Soc Psychol Bull 1995; 21 (1): 58-75.
- (4) Jiunn-Horng L, Sheng-Hwang C. Relationships among sexual knowledge, sexual attitudes, and safe sex behaviour among adolescents: A structural equation model. Int J Nurs Stud 2009; 46: 1595-1603.
- (5) Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
- (6) Villalbí JR, Nebot M, Ballestín M. Las sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas. Medicina Clínica 1995; 104: 784-788.
- (7) Henningfield JE, Clayton R, Pollin W. Involvement of tobacco in alcoholism and illicit drug use. Proc Assoc Am Phys 1999; 111 (2): 109-118.
- (8) Medina-Mora ME, Natera G, Borges G. Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública. Drogas, alcohol y sociedad. Salud Mental 2001; 24 (4): 3-19.
- (9) Lima, JS, Cobo C, Lima M.; Casado R. Educación para la Salud Grupal: ¿Es utilizada por las enfermeras de Atención Primaria de Salud? Enfermería Comunitaria 2008; 4(2) [citado 18 de Junio de 2010]. Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v4n2/ec6688.php>.



**AUTORES/AUTHORS:**

Jordi Adamuz Tomás, Paula Campreciós Rodríguez, Olga Cañavate Jurado, Emilio Jiménez Martínez, Enrique Limón Cáceres, Diego Viasus Perez, Jordi Dorca Sargatal, Carolina Garcia-Vidal, Jordi Carratalà Fernandez

**TÍTULO/TITLE:**

Evaluación de las necesidades educativas al alta hospitalaria en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad.

**Objetivo.** La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es uno de los mayores problemas de salud en el mundo[1,2]. El consumo de recursos sanitarios durante el ingreso hospitalario de pacientes con NAC es elevado. La tendencia actual es reducir el tiempo de estancia hospitalaria de estos pacientes[3-5], lo que conlleva una necesidad de adaptación del plan de cuidados de enfermería al alta debido a un mayor período de convalecencia en el domicilio. Durante los últimos años se ha estudiado el reingreso hospitalario de estos pacientes, pero no hay evidencia de la utilización de recursos sanitarios (consultas al centro de atención primaria [CAP], urgencias y/o reingreso hospitalario) durante los 30 días posteriores al alta[6-8].

El objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia, las causas y los factores asociados a la utilización de recursos sanitarios de los pacientes con NAC durante los 30 días posteriores al alta hospitalaria, y así identificar las necesidades educativas para diseñar una adecuada planificación al alta.

**Métodos.** Análisis de una cohorte prospectiva de pacientes adultos no inmunodeprimidos hospitalizados con NAC en el Hospital Universitario de Bellvitge de Barcelona (2007-2009). El consumo de recursos sanitarios se definió como las consultas al centro de atención primaria (CAP), urgencias y/o el reingreso hospitalario durante el mes posterior al alta. Estos datos se recogieron mediante el programa informático SAP Asistencial y fueron analizados a través del paquete estadístico SPSS versión 17.0.

**Resultados.** Durante el período de estudio se incluyeron 828 pacientes con NAC. Un total de 282 (34,1%) pacientes utilizaron recursos sanitarios durante el mes posterior al alta (149 consultaron al CAP por dudas o complicaciones relacionadas con la NAC, 177 consultaron a urgencias y 72 requirieron reingreso hospitalario). Los motivos principales de consulta al CAP fueron uno o más de los siguientes: 112 (75,2%) por síntomas respiratorios, 34 (22,8%) por síntomas generales, 13 (8,7%) por fiebre y 7 (4,7%) por dudas en el tratamiento farmacológico. Del mismo modo, los motivos principales de consulta a urgencias fueron: 84 (47,5%) por empeoramiento de signos o síntomas de la NAC, 77 (43,5%) por aparición o empeoramiento de comorbilidades no relacionadas con la NAC y 16 (9%) por comorbilidades relacionadas con la NAC. La causa principal de reingreso hospitalario fueron las comorbilidades no relacionadas con la neumonía (43,1%). Los factores de riesgo independientes asociados a la utilización de recursos sanitarios posterior al alta hospitalaria fueron el abuso de alcohol (odds ratio [OR] 1,81, intervalo de confianza [IC] 95% 1,15 – 2,84) y la enfermedad pulmonar crónica (OR 1,56, IC 95% 1,08 – 2,25). Por otra parte, el reingreso hospitalario durante el mes posterior al alta se asoció con un mayor riesgo de mortalidad al año (OR ajustado 5,18, IC 95% 1,64 – 16,31).

**Discusión.** Las consultas al CAP, urgencias y/o reingreso hospitalario durante el mes posterior al alta en pacientes con NAC son frecuentes. Estudios previos que evalúan la rehospitalización de los pacientes con NAC, concluyen que entorno al 12% reingresan durante los 30 días posteriores al alta[6-8]. Nuestro estudio muestra que un 34,1% de los pacientes consume recursos sanitarios y un 8,7% son rehospitalizados tras el alta.

El principal motivo de utilización de recursos sanitarios está relacionado con signos/síntomas propios de la NAC durante el proceso de convalecencia, seguido por empeoramiento de comorbilidades no relacionadas con la neumonía. Otros factores independientemente asociados a la utilización de recursos son el abuso de alcohol y la enfermedad pulmonar crónica. Por lo tanto se identifican como necesidades educativas a incluir en la planificación del alta hospitalaria: el conocimiento y control de los

signos/síntomas de la NAC, la prevención y rehabilitación del abuso del alcohol y el control de las enfermedades crónicas subyacentes como la enfermedad pulmonar crónica. Estos aspectos deben ser incluidos en un plan de cuidados de enfermería al alta hospitalaria que favorezca la toma de decisiones en común, así como la continuidad de los cuidados[9-12].

Existe evidencia de que la mayoría de los pacientes con NAC abandonan el hospital con déficit de conocimientos sobre los cuidados de su enfermedad[13]. Por ello, es necesaria una buena planificación al alta para disminuir el consumo de recursos y a su vez el coste sanitario, además de incrementar la satisfacción del paciente[14,15,10].

Futuras investigaciones sobre cuidados de enfermería deben evaluar si la implementación de un programa educativo durante el ingreso hospitalario tiene algún efecto sobre el consumo de recursos sanitarios posterior al alta.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Jasti H, Mortensen EM, Obrosky DS, et al. Causes and risk factors for rehospitalization of patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Clin Infect Dis.* 2008;46:550-6.
2. Lave JR, Lin CC, Hughes-Cromick P, Fine MJ. The cost of treating patients with community-acquired pneumonia. *Sem Respir Crit Care Med.* 1999;20:189-97.
3. Carratalà J. ¿Hospital o domicilio? Una decisión crucial en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2004;22: 61-3.
4. García-Vidal C, Carratalà J, Díaz V, et al. Factores relacionados con una estancia media hospitalaria prolongada en la neumonía adquirida en la comunidad. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2009;27(3):160-4.
5. Halm EA, Fine MJ, Marrie TJ, et al. Time to clinical stability in patients hospitalized with community-acquired pneumonia: implications for practice guidelines. *JAMA.* 1998;279:1452-7.
6. Jasti H, Mortensen EM, Obrosky DS, et al. Causes and risk factors for rehospitalization of patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Clin Infect Dis.* 2008;46:550-6.
7. Capelastegui A, España PP, Quintana JM, et al. Predictors of short-term rehospitalization following discharge of patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Chest.* 2009;136(4):1079-85.
8. Dagan E, Novack V, Porath A. Adverse outcomes in patients with community acquired pneumonia discharged with clinical instability from Internal Medicine Department. *Scand J Infect Dis.* 2006;38:860-66.
9. Anthony M, Hudson-Barr D. Successful patient discharge: A comprehensive model of facilitators and barriers. *J Nurs Care Qual.* 1998;28:48-55.
10. Tilus, SL. The influence of nursing education on collaborative discharge planning. *J Nurses Staff Dev.* 2002;18(5):274-81.
11. Rorden JW, Taff E. *Discharge planning guide for nurses.* Philadelphia: WB Saunders, 1990.
12. Watts R, Gardner H. Nurses' perceptions of discharge planning. *Nursing Health Sciences.* 2005;7:175-83.
13. Baldie DJ, Entwistle VA, Davey PG. The information and support needs of patients discharge after a short hospital stay for treatment of low-risk community acquired pneumonia: implications for treatment without admission. *BMC Pulm Med.* 2008; 8(11).
14. Hansen HE, Bull MJ, Gross CR. Interdisciplinary collaboration and discharge planning communication for elders. *J Nurs Adm.* 1988;28(9):37-46.
15. Maramba PJ, Richards S, Myers AL, Larrabee, JH. Discharge planning process. *J Nurs Care Qual.* 2004;19(2):123-9.

**AUTORES/AUTHORS:**M<sup>º</sup>MAR PEÑA MUÑOZ, RAQUEL ALONSO ALONSO, M<sup>º</sup>JESUS GARCÍA GARCÍA, M<sup>º</sup>AMOR HERNANDO COTILLAS**TÍTULO/TITLE:**

VIGILANCIA DE INCIDENTES EN EL ENFERMO CRÍTICO

**OBJETIVOS**

- Identificar problemas del paciente crítico en UCI en materia de seguridad y gestión de riesgos
- Promover estrategias de seguridad y gestión de riesgos sanitarios
- Evaluar las diferencias entre dos cortes de seguridad realizados en la unidad, basados en la metodología del proyecto SYREC, financiado por el MSC, junto con la SEMICYUC
- Valorar los diferentes incidentes y efectos adversos que se producen
- Priorizar los puntos críticos en materia de seguridad

**MÉTODOS**

- .Nuestra UCI es una unidad polivalente con 24 camas En 2007 la unidad contaba con 16 camas y se atendieron 1103 pacientes. En 2009, se había aumentado a 24 camas con 1461 pacientes atendidos
- .Estudio descriptivo transversal donde participan todos los profesionales sanitarios que trabajan en la UCI del hospital General Yagüe, Burgos
- .Recogida de datos mediante un formulario para cada incidente, con preguntas abiertas y cerradas. los datos del paciente y notificante son anónimos. Esta recogida está basada en el proyecto SYREC
- .Estudio de prevalencia de incidentes y efectos adversos "antes y después" de intervención, son cortes de seguridad durante 24 horas.
- .Primer corte en Marzo del 2007, tras periodo de formación sobre seguridad, nuevo corte en Febrero del 2009
- .Población: los pacientes ingresados durante los cortes
- .Variables: Profesional que comunica, Franja horaria, Gravedad del incidente, Evitabilidad, Incidente comunicado: medicación, transfusión de sangre y derivados, vía aérea y ventilación mecánica, accesos vasculares- sondas- tubos-drenajes o sensores, fallo de aparatos médicos, error diagnóstico, pruebas diagnósticas, relacionados con el cuidado, procedimientos, infección nosocomial, complicaciones quirúrgicas
- .Análisis de datos mediante el programa SPSS
- .Se crearon tablas de contingencia para ver asociación de variables, utilizando la prueba de chi cuadrado y tomando un nivel de significación de 0,05
- .Los resultados se expresan en porcentajes y en números absolutos

**RESULTADOS**

- CORTES DE SEGURIDAD: El 57,5% de incidentes se comunican en el primer corte, en Marzo del 2007 (42 casos). El 42,5% en el segundo, en Febrero del 2009 (31 casos)
- PERSONAL QUE COMUNICA: enfermería:92% de los incidentes, médico:4%, auxiliar de enfermería:3%, residentes:1%
- FRANJA HORARIA EN QUE SE COMUNICA: 47% mañana, 23% tarde, 30% noche
- INCIDENTE COMUNICADO: Medicación:29 casos, vía aérea y ventilación mecánica:3, accesos vasculares / sondas:17, fallo de aparatos:4, pruebas diagnósticas:9, cuidados del paciente:2, procedimientos:10
- GRAVEDAD: A- situación que no llega a incidente:46 casos, B-incidente llega al paciente pero no causa daño:12, C-incidente llega

al paciente, no causa daño, pero precisa monitorización:11, D- incidente llega y le causa daño:1, E- incidente llega y le causa daño temporal:2, G-incidente llega y causa daño permanente:1

-EVITABILIDAD: 57 son Evitables, 11 Posiblemente evitables, 2 Posiblemente inevitables, 3 Inevitables

#### DISCUSIÓN

- .Mayor colaboración del personal de UCI para notificar incidentes.
- .Enfermería es el profesional que más notifica.
- .Se notifica más en el turno de mañana.
- .El incidente más notificado es la medicación (prescripción).
- .No hubo incidentes relacionados con: transfusión de sangre, error diagnóstico, infección nosocomial, complicaciones quirúrgicas.
- .Actualización de los protocolos en UCI.
- .El 94,5% de los incidentes tuvieron gravedad A, el 78,1% son evitables.
- .Mayor concienciación del personal en materia de seguridad seguridad.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneve: WHO, 2002. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/> (Último acceso 19 de mayo de 2006).
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds): To err is human. Building a Safer Health System. Washington, DC, National Academy Press; 1999.
3. Choudhry NK, Anderson GM, Laupacis A, Ross-Degnan D, Normand SL. Impact of adverse events on prescribing warfarin in patients with atrial fibrillation: matched pair analysis. BMJ. 2006; 332:141-5.
4. La seguridad del paciente en siete pasos  
Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA)  
Sistema Nacional de Salud (NHS)  
Reino Unido
5. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización  
ENEAS 2005  
Informe. Febrero 2006
6. Estrategia en Seguridad del Paciente  
Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de Febrero de 2005  
Ministerio de Sanidad y Consumo. España
7. Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria  
Ministerio de Sanidad y Consumo. España

8. Tutorial y herramientas de apoyo  
Gestión y mejora de la seguridad del paciente  
Ministerio de Sanidad y Consumo, España

Versión Provisional - Preliminary version

**AUTORES/AUTHORS:**

Isabel Pérez Moya, Miguel Ángel Sánchez Prieto, Javier Iniesta Sánchez, Manuela Caparros Batista, M<sup>a</sup> Carmen Rubio Cava, Juan José Rodríguez Mondéjar, Gloria Muñoz Pérez, M<sup>a</sup> Dolores Corbálán Abril, Mercedes Gutierrez García

**TÍTULO/TITLE:**

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EMITIDOS EN EL H.G.U. REINA SOFIA DE MURCIA.

**Introducción:**

En 2006 se inicia un programa de formación en metodología enfermera en nuestro centro, que desarrolla actividades enmarcadas dentro del plan de formación continuada del hospital. Así mismo, se crea un itinerario formativo más específico en 2009, cuyo objetivo es facilitar la adquisición de competencias relacionadas con la metodología enfermera entre los profesionales, implantándose el primer nivel del mismo en 2010, consistente en un curso general de aplicación del proceso enfermero que constituye la puerta de entrada para los profesionales del hospital, y uno de similares características adaptado al entorno OMI como soporte informática para los profesionales de atención primaria, tras estos curso para finalizar el primer nivel se incluye un curso sobre valoración de enfermería por patrones funcionales de M Gordon. En la actualidad todas las unidades trabajan mediante la valoración de enfermería por patrones funcionales, que incluye un apartado para introducir los Diagnósticos de enfermería (DdE) identificados por los profesionales. En dos unidades de nuestro hospital están instaurados planes de cuidados estandarizados, y su instauración en resto del centro se llevará a cabo de forma paulatina durante los dos próximos años.

**Objetivo:**

Conocer el grado de implantación de la metodología enfermera en nuestro centro.

Cuantificar el número de diagnósticos emitidos en las distintas unidades.

Conocer la distribución de dichos diagnósticos por áreas y unidades, así como su correspondencia con la taxonomía NANDA.

**Metodología:**

Análisis descriptivo transversal de DdE emitidos por enfermeras de unidades de hospitalización, y registrados en la valoración de enfermería de pacientes con más de 24 horas de ingreso. Los datos se recogieron entre el 19 y 23 de octubre. La población estaba constituida por todos los pacientes ingresados más de 24 horas en las unidades de hospitalización médicas (4 unidades) y quirúrgicas (3 unidades), en 2 de las cuales se trabaja con planes de cuidados estandarizados. Se excluyó a los pacientes de la unidad de psiquiatría y de la unidad de corta estancia. Analizando a todos los pacientes de las restantes unidades. Variables: DdE emitidos, etiquetas diagnósticas, tipos de DdE, frecuencias, porcentajes para datos cualitativos, media y desviación estándar para datos cuantitativos y prueba t para comparación de medias.

**Resultados:**

Muestra de 184 valoraciones, el 54% con DdE. De un total de 131 DdE emitidos, el 46% eran diagnósticos de riesgo, el 25% eran reales, encontrando un 29% que no corresponde a DdE NANDA.

El 76% de los DdE de riesgo y el 54% de los reales son emitidos por las unidades médicas. Las unidades quirúrgicas emiten una media de  $1,6 \pm 0,4$  DdE frente al  $1,3 \pm 0,4$  de las médicas con  $p < 0.01$ . Las etiquetas diagnósticas más frecuentes son: "Riesgo de infección" (emisión del 34%), "Riesgo de caídas" (12%), "Ansiedad" y "Riesgo de deterioro de la integridad cutánea" (6%); el resto de DdE emitidos están por debajo del 5%. Cardiología emite un 17% de las etiquetas diagnósticas, Cirugía y Neurología un 12%, siendo menor la variabilidad en las etiquetas utilizadas en el resto de las unidades, sobre el total de DdE analizados. Ginecología y traumatología emiten DdE en un 77% y un 50% de sus valoraciones respectivamente, obteniéndose mayores porcentajes para el resto de unidades.

**Conclusiones:**

Es necesario profundizar en el manejo de la taxonomía NANDA, a fin de unificar el lenguaje en la emisión de DdE.

Las unidades médicas emiten mayor número de DdE, con una marcada diferencia en la emisión de DdE de riesgo, siendo necesario profundizar sobre las causas que explicarían estas diferencias.

Las unidades con planes de cuidados estandarizados emiten un menor número de DdE y presentan menor variabilidad de etiquetas diagnósticas utilizadas.

Existe un predominio de DdE potenciales frente a DdE reales, en parte explicable por la existencia de instrumentos de medida para la valoración de riesgo de caídas y UPP incluidas en la valoración de enfermería existente en las unidades.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4ª edición. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica. 1999
2. Marión Jonson, Gloria Bulechek, Howard Butcher, Joanne McCloskey, Meridean Maas, Sue Moorhead, Elizabeth Swanson. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª Edición. Elsevier. Madrid 2007
3. Gabaldón Bravo EM., Gómez Robles FJ., Fernández Molina MA., Domingo Pozo M., Torres Figueras M., Terrés Ruiz C., Gomis García, L. análisis de las causas del bajo nivel de cumplimentación de la hoja de valoración del paciente al ingreso: una aproximación desde la perspectiva cualitativa. Cultura de los Cuidados. 1.er Semestre 2002. Año VI-Nº 11 pag 53-60.
4. Kérouac S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A., Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona:Masson. 1996.
5. Alfaro-LeFevre R. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Barcelona: Masson. 1997
6. Luis M.T. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. 2ª edición. Harcourt Brace. Barcelona. 1998
7. Fernández Ferrín C, Garrido Abejar M, Santo Tomás Pérez M, Serrano Parra MD. Enfermería Fundamental. Masson. Barcelona. 2000
8. Moorhead S, Johnson M; Maas,M; (Eds). Clasificación de Resultados de Enfermería NOC.3ª edición. Madrid: Mosby ELSEVIER. 2006.
9. McCloskey, JCBulechek (Eds)Clasificación de Intervenciones de enfermería. NIC. 4ª Edición. Madrid: Mosby ELSEVIER 2006
10. NANDA-1 Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Elsevier. Madrid 2008

**AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>º</sup> José San Martín Bardají, Pilar Jürschik Giménez, Joan Costa Mateu, Cecilia Costa Marselles

**TÍTULO/TITLE:**

UNIDAD DE RECEPCIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS. UN NUEVO RETO

**INTRODUCCIÓN**

En febrero de 2009, se implantó la Unidad de Recepción de Pacientes Quirúrgicos (URPQ) en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. La URPQ es una unidad que está directamente gestionada por enfermería. Pretende ambulatorizar el proceso preoperatorio creando unos circuitos ágiles que garanticen la calidad y la seguridad del paciente quirúrgico, siendo.

Con la puesta en marcha de la unidad se pretende incidir directamente en el ahorro o disminución de las estancias medias preparatorias (EMP) de los pacientes de cirugía programada que en función de las características de la intervención podrán ingresar 2 horas antes de la intervención quirúrgica en el hospital, ingresando en una unidad de hospitalización convencional una vez intervenidos y dados de alta de la reanimación post anestésica También quiere conseguir ordenar las circulaciones quirúrgicas, integrando la recepción de los pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria y de Cirugía Menor (locales)

**OBJETIVO DEL ESTUDIO**

Comprobar si con la implantación de dicha unidad, se ha logrado disminuir la estancia media preoperatoria de los pacientes quirúrgicos.

**METODOLOGÍA**

El trabajo se realizó en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. La muestra fue la población intervenida por cirugía programada durante los meses de marzo de 2008 y marzo de 2009.

La muestra total estudiada fue de 681 pacientes, 320 correspondían al 2008 y 361 al 2009. Los criterios de inclusión fueron: todos los pacientes que habían sido intervenidos por un circuito de cirugía programada y que habían sido ingresados en el Hospital durante el periodo del 1 al 31 de marzo de 2008 de las especialidades quirúrgicas siguientes: cirugía general, ginecología, urología, oftalmología (OFT), otorrinolaringología (ORL), cirugía ortopédica y traumatología (COT), cirugía maxilofacial y cirugía de la mama y reconstructiva.

Las variables fueron los grupos de edad, el sexo, las especialidades quirúrgicas y la duración de la estancia pre-operatoria, post-operatoria, y total hospitalaria.

En el análisis estadístico se utilizó la prueba de chi cuadrado para ver la asociación entre las variables explicativas y los dos años estudiados y comprobar si las dos muestras eran similares. La prueba de t-student se utilizó para comparar los días de estancia hospitalaria entre los dos años según las distintas variables explicativas. El grado de significación aceptado ha sido de  $p < 0,05$ . El paquete estadístico utilizado ha sido el SPSS. Versión 18.

Se recogieron los datos del servicio de documentación clínica del hospital, de la revisión de las programaciones quirúrgicas y de la revisión y comprobación de los datos de las historias clínicas.

**RESULTADOS**

La muestra final estudiada fue de 587 pacientes (277 de 2008 y 310 de 2009)..

Se encontraron diferencias significativas entre las medias del tiempo de estancia pre-operatoria y ambos sexos, los grupos de edad intermedia y los servicios de oftalmología, otorrinolaringología, ginecología y urología, siendo menor en el 2009 que en el 2008.

La proporción que hubo entre hombres y mujeres y entre los diferentes grupos de edad, fue similar tanto en el 2008 como en 2009, siendo el porcentaje más alto de pacientes aquellos que tenían edades comprendidas entre 65-80 años y el porcentaje más bajo las edades extremas (<16 y > 80).No hubo significación

Se observó que había diferencias entre las medias de estancias preoperatorias tanto en hombres como en mujeres, siendo estas



más bajas en el año 2009.

En cuanto a la relación que había entre los días de estancia hospitalaria y los grupos de edad según el año, se encontró que había diferencias en los grupos de edad intermedios, siendo también más bajas en el 2009. En los grupos <16 años y> 80 años no se observó diferencias significativas.

Al evaluar la relación que existía entre los días de estancia hospitalaria y las diferentes especialidades quirúrgicas vimos que la estancia preoperatoria fue significativamente más baja en el año 2009 en los servicios de oftalmología, otorrinolaringología, ginecología y urología.

#### DISCUSION

El tiempo de estancia pre-operatoria ha disminuido globalmente desde la implantación de la unidad, teniendo en cuenta que las características de las dos muestras estudiadas (2008 y 2009) eran significativamente similares. La estancia pre-operatoria es actualmente de menos de un día.

La puesta en marcha en nuestro hospital de la unidad de enfermería para la preparación y acogida de los pacientes quirúrgicos ha generado un importante cambio de organización de todas las especialidades quirúrgicas que han adaptado y organizado el circuito preoperatorio para que los pacientes quirúrgicos puedan ingresar en el hospital el mismo día de la intervención.

La ambulatorización del proceso preoperatorio supone un gran beneficio para los pacientes en términos de calidad y receptividad, dado que el paciente puede permanecer dentro de su entorno familiar sin tener que ingresar previamente en una unidad de hospitalización convencional.

La implantación de dicha unidad, aumenta la eficiencia en la gestión del hospital, al liberar camas i disminuir el coste por proceso.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

##### BIBLIOGRAFÍA

1. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud 2007. Ministerio de Sanidad y consumo de España. ( Julio 2007).
2. Muiño A, Gonzalez VJ, Rodriguez E, Lazaro C, Fernández E. Asistencia en un servicio de urgencias: justificación de visitas i adecuación de los ingresos. Rev. Clin Esp: 1998; 182: 374-378
3. Matorras P, Pabo M, Otero L, Alonso F, Daroca R, Diaz N. Adecuación de los ingresos en un servicio de medicina interna en un hospital de tercer nivel. Med clin 1990; 94: 290-293
4. Meneu R, Peiró S, La revisión del uso inadecuado de la hospitalización en España: ¿ de la comunicación científica ala utilización practica? Todo Hospital 1997; 134: 53-60
5. Moreno E, Garcia JM, Lea MC. Variación de la estancia preoperatoria en España según grupos de edad, sexo y modo de acceso hospitalario (urgente o programado). Rev Calidad Asistencial. 2008; 23(5):222-9
6. Macario A, Vitez TS, Dunn B, McDonald T. Where are the costs in perioperative care? Analysis of hospital costs and charges for inpatient surgical care. Anesthesiology 1995;83:1138-44.
7. Boothe I, Finegan BA. Changing the admission process for elective surgery: an economic analysis. Can J Anaesth 1995;42: 391-4.
8. Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España 2008. Sociedad española de medicina preventiva, salud pública e higiene. 19º estudio. disponible en: "http://www.vhebron.net/preventiva/epine/5\_informe\_epine\_2008\_espana.pdf"
9. Martinez J, Fuentes V, Jimenez E, León MT, LLamas M, Bermejo MJ, Planes J. Infección quirúrgica en cirugía maxilofacial. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac 2004; 26:87-96
10. Cots F, Castells X, García A, Sáez M. Relación de los costes directos de la hospitalización con la duración de la estancia. Gac. Sanit. 1997; 11:287-95.
11. López J, Serrano P, Duque B, Talavera A. Analisis de costes y ahorros potenciales relacionados con la utilización de pruebas

preoperatorios en los hospitales de Canarias. Gac Sanit 2003. 17 (2): 131-136

12. Keränen J, Soini EJ, Ryyänen OP, Hietaniemi K, Keränen U. Economic evaluation comparing "From home to operation same day admission" and "preoperative admission one day prior to the surgery process": a randomized, controlled trial of laparoscopic cholecystectomy. Curr Med Res Opin. 2007;23: 2775-84.

13. Ramiarina, R., Almeida, R.M., Pereira, W.C. (2008) Hospital costs estimation and prediction as a function of patient and admission characteristics. Int J Health Plann Manage, 23(4):345-55.

Versión Provisional - Preliminary version

**AUTORES/AUTHORS:**

Fortuna Cinira Magali, Matumoto Silvia, Mishima Silvana Martins, Pereira Maria José Bistafa, Vieira Katia Cristina dos Santos, Viana Maria Aparecida Soares, Paula Vanessa Garcia de, Kawata Lauren Suemi, Campos Ana Carolina

**TÍTULO/TITLE:**

El trabajo de los enfermeros en cuidados colectivos de salud en la estrategia de Salud de la Familia - Brasil

**Introducción:** La estrategia de Salud de la Familia como eje estructural de la atención primaria de salud, fue adoptada por Brasil desde 1994 (BRASIL, 2006). El enfermero es uno de los trabajadores del equipo mínimo, aún tenemos al médico generalista, auxiliares de enfermería, agentes de la comunidad, odontólogos y auxiliar de odontología. El enfermero tiene la tarea de desarrollar acciones clínicas y de cuidados colectivos tales como, diagnóstico comunitario y grupos educativos (PEDUZZI, 2000). Es necesario conocer las acciones desarrolladas buscando formas de articular cuidados individuales y colectivos en dirección a la integralidad de la atención (STARFIELD, 2000; RIBEIRO, 2004; MARQUES, SILVA, 2004). La mudanza del modelo de atención vigente, centrado en la enfermedad y basado en los conocimientos biomédicos, exige prácticas de cuidados con intención de producir colectivos organizados para reducir la desigualdad social y fortalecer la calidad de vida. **Objetivo:** Identificar y analizar las prácticas de cuidados colectivos desarrolladas por los enfermeros. **Método:** Es un estudio cualitativo. Su escenario fue un distrito de la ciudad de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Trece enfermeros fueron entrevistados y se realizó también el análisis de los documentos de los equipos relativos a las acciones colectivas registradas en el Sistema de Información. El material empírico fue tratado por medio de análisis de contenido estableciendo ejes temáticos (MINAYO, 1998). El estudio tuvo financiamiento de la Fundação de Apoio a Pesquisa de Estado de São Paulo (FAPESP). Fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación con seres humanos. **Resultados:** Fueron identificados dos temas: acciones de cuidado colectivo y maneras de operarlas. Identificamos como acciones de cuidados colectivos: grupos de atención a personas con hipertensión, diabetes, mujeres embarazadas, artesanía, caminadas, campañas educativas, entre otros. Estos grupos están destinados a actividades educativas que se desarrollan con frecuencia a través de prácticas educativas tradicionales que no consideran la realidad de los usuarios, sus valores y costumbres. Los enfermeros son responsables por identificar las necesidades de las acciones, planear y organizar, pero delegan a otros trabajadores la ejecución debido a su proceso de trabajo. No presentan procesos sistemáticos de evaluación de acciones y predominan acciones direccionadas para los daños ya instalados, y en la perspectiva de transmitir puntualmente información. **Discusión:** Al diagnosticar necesidades de acciones de cuidado colectivo, planear y organizar esas acciones, los enfermeros lo hacen guiados por una concepción de salud – enfermedad y concepción de procesos pedagógicos que no siempre van hacia la superación del modelo actual de atención, de la producción de autonomía y protagonismo de las personas acompañadas (HERINGER, FERREIRA, ALCIOLI, BARROS, 2007; LEONELLO, OLIVEIRA, 2008). El predominio de coloquios puntuales sobre las enfermedades se basan en la opinión de que salud y enfermedad son opciones individuales que pueden ser nuevamente direccionadas por las informaciones que no siempre se ven dentro de un contexto. Por otro lado, ejecutan actividades como grupos de vivencia, caminata y grupos de artesanía en los cuales se discuten las condiciones de vida, produciendo convivencia y solidaridad entre los participantes y equipo. Así, hemos demostrado que la estrategia de salud de la familia abre caminos para una práctica de los enfermeros que puede superar la lógica biológica, pero todavía es preciso la apropiación de otros aportes teóricos y metodológicos (FREITAS, MANDU, 2010). Se evidencia la necesidad de una evaluación sistemática y reflexiones con los enfermeros y todos los trabajadores sobre los aspectos de esas prácticas, bajo la perspectiva de la reducción de desigualdad social y del fortalecimiento de calidad de vida. La Educación Permanente en salud puede ser una herramienta importante en este proceso. (MERHY FEUERWERKER, CECCIN 2006).

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Brasil. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006; 29 mar.
- Freitas, M.L.A; Mandu, E.T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. Acta paul. enferm. 2010, vol.23, n.2, pp. 200-205.
- Heringer A; Ferreira V.A; Alcioli S; Barros A.L.S. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2007 dez; 28(4):542-8.
- Leonello V.M.; Oliveira M.A.C. Competências para ação educativa da enfermeira. Rev Latino-am Enfermagem. 2008; 16(2):177-83.
- Marques, D.; Silva, E.M. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso?. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 57, n. 5, Oct. 2004
- Merhy E.E, Feuerwerker L.C.M, Ceccin R.B. Educación Permanente em Salud: uma estratégia para intervir em la micropolitica Del trabajo em salud. Salud Colectiva. Maio-agosto 2006; 2(2):147-60.
- Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 5 ed., Rio de Janeiro(RJ): Hucitec/Abrasco, 1998.
- Peduzzi, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, 2000
- Ribeiro, E.M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, Aug. 2004 .
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

**AUTORES/AUTHORS:**

Francisca Zamora Zamora, M<sup>a</sup> Valle León López, M<sup>a</sup> José Pacheco Adamuz, M<sup>a</sup> Teresa Rivas Castillo

**TÍTULO/TITLE:**

Clorhexidina para prevenir la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. Revisión sistemática y meta-análisis

La Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAVM) es la principal complicación infecciosa de Unidades de Cuidados Intensivos, asociada a un incremento de morbilidad y mortalidad, tanto si es de causa endógena (microorganismos que colonizaban la orofaringe y progresaron hacia las vías aéreas bajas), o exógena (entrada a través del tubo orotraqueal en vía aérea inferior). Su Tasa de Mortalidad puede superar el 50% y presenta D.I. entre 10-20 episodios/ 1000 días de ventilación mecánica. A pesar de que existen muchos factores de riesgo para que exista NAVM, la intervención de enfermería es crucial ante la prevención de esta enfermedad. Seguir un protocolo de lavado y desinfección de manos, descontaminación oral, profilaxis de ulcera de estrés, cambios posturales del paciente cada 2 horas, cambio

de tubuladuras del respirador no antes de la semana, evitar el lavado con suero salino en la succión, incorporación del cabecero de la cama más de 30°, minimizar el uso de narcóticos y sedantes, succión minuciosa de orofaringe, uso de tubo con aspiración subglótica, monitorización del residuo gástrico para evitar sobredistensión y mantener la presión del neumotaponamiento adecuada entre 25-30 cm. H<sub>2</sub>O constituyen las principales actuaciones preventivas ante la neumonía asociada a ventilación mecánica. Existe controversia respecto a la efectividad de los cuidados orales con clorhexidina, al no quedar recomendado en las principales guías de práctica clínica CDC, SHEA/IDSA, E.T.F on ventilator-associated pneumonia, como método preventivo.

Objetivo: Determinar la efectividad de los cuidados orales con clorhexidina en la prevención de NAVM. Fuentes de datos: Búsqueda exhaustiva en CINAHL, Cuiden Plus, Pub Med, EMBASE, ENFISPO, Cochrane, Cuiden, DARE, EBE, JBI y en metabuscadores Excelencia clínica y Tripdatabase, búsqueda inversa, literatura gris y consulta a expertos desde el comienzo de indexación de cada base hasta el 3-5-10. No se ha restringido el idioma.

Método: Revisión sistemática con metaanálisis. 856 artículos se han revisado, de ellos solo 10 cumplían los criterios de inclusión. Se han incluido ECA que comparan los cuidados orales con clorhexidina en pacientes con intubación endotraqueal y se determina su efectividad en la prevención de NAVM. La validez de cada estudio y homogeneidad se ha medido previa inclusión a través de la Guía CASP y CONSORT, la lista de comprobación QUOROM se ha seguido para mejorar la calidad de esta revisión sistemática.

Evaluación de la heterogeneidad de los grupos previa y posteriormente a metaanálisis. Utilización de Epidat 3.1 para síntesis de datos, prueba de heterogeneidad de DerSimonian y Laird's, análisis de Forest Plot, meta-análisis acumulado y prueba de Begg. De Riso, Koeman, Fourier 2000, Houston, Fourier 2005, Tantipong, Bellissimo-Rodrigues, Munro, Pobo, Scanapieco, son los ECA analizados.

Resultados: 2373 pacientes, en 10 ECA, 1196 en el grupo clorhexidina y 1177 en el grupo control se han metaanalizado. El estimado de efecto conjunto fue RR = 0.7065; IC 95% [0.5568-0.8963] determinando bajo modelo de efectos aleatorios Der-Simonian y Lairds y modelo de efectos fijos Mantel-Haenszel resultados estadísticamente significativos a favor de la clorhexidina como factor protector frente a NAVM. NNT=22 pacientes para evitar un caso de NAVM. Se ha determinado disminución de infección nosocomial en algunos casos con importante reducción de microorganismos Gram - y disminución del tiempo hasta la primera infección nosocomial, y menor contaminación placa bacteriana, disminución de S.Aureus y S.Pneumoniae. No se observaron disminuciones de mortalidad en Pobo et al, ni Koeman et al, ni diferencias en días de VM. En Fourier et al. el grupo intervención clorhexidina 0.2% tuvo

menor tasa de mortalidad, menor duración de VM y estancia más corta . DeRiso et al. observaron menor mortalidad en el grupo intervención con Clorhexidina 0´12%. Se estima el costo de la aplicación por paciente de 0´41€ por paciente y día sin tener en cuenta el costo de personal humano, aparte el tiempo empleado por enfermería, guantes, gasas, etc. para su aplicación. Unos 13´3 €/ día de enfermería. Aproximadamente unos 103 €/ semana, es una intervención altamente costo efectiva ya que el costo de NAVM es de 40000\$ por paciente. Discusión: Las guías de práctica clínica no recomiendan ningún método para el cuidado oral de pacientes con Ventilación Mecánica, tras esta revisión sistemática, se puede concluir que los cuidados orales con clorhexidina reducen el riesgo de presentar NAVM. Conclusiones: La aplicación de clorhexidina en los cuidados orales es un factor protector frente a la NAVM. Futuras investigaciones quedan pendientes sobre otros métodos de cuidados orales para prevenirla NAVM. Implicaciones para la práctica: El metaanálisis extrapola resultados a otras poblaciones. La aplicación de Clorhexidina en los cuidados orales de pacientes con intubación endotraqueal previene la NAVM, aportando calidad a los cuidados diarios del paciente de UCI.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Lorente Ramos. L Manejo de la vía aérea para prevenir la neumonía asociada a la ventilación mecánica. Med Intensiva. 2005; 29(2):88-102.

Stacey S. Exceeding PICU goal with 0 VAP cases. Crit Care Nurse. 2008 Jun;28(3):92-0

Tablan OC, Anderson LJ, Besser R, Bridges C, Hajjeh R. Guidelines for preventing healthcare-associated pneumonia, 2003: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. MMWR Recomm Rep. 2004;53:1-36

ACTION PLAN TO PREVENT HEALTHCARE-ASSOCIATED INFECTIONS  
 Department of Health and Human Services 06222009 Section 5: Prevention – Prioritized Recommendations. Consultado 8/3/10 <http://www.hhs.gov/ophs/initiatives/hai/draft-hai-plan-01062009.pdf>

European Task Force on ventilator-associated pneumonia: Torres A, Carlet J, Bouza E, Brun-Buisson C, Chastre J, Ewig S, et al. Ventilator-associated pneumonia. Eur Respir J. 2001;17:1034-45

**AUTORES/AUTHORS:**

JOSÉ CARLOS BELLIDO VALLEJO, SERAFÍN FERNÁNDEZ-SALAZAR, MARÍA JOSÉ ESTEPA OSUNA, ANA FRANCISCA MEDINA RODRÍGUEZ, ROSA MARÍA GUERRA RUSSO, CLARA MARÍA TORRES ORTEGA, LUISA MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA, MARÍA LUZ RECIO RECIO, MARÍA CONCEPCIÓN PINO MOYANO

**TÍTULO/TITLE:**

Verificación de la preparación quirúrgica del paciente en el área quirúrgica

**OBJETIVO**

Estudiar qué acciones realiza la enfermera circulante para verificar la preparación quirúrgica del paciente.

**MÉTODOS**

Diseño. Estudio observacional descriptivo, longitudinal y multicéntrico

Ámbito. Hospitales públicos del SSPA y Ceuta. Área quirúrgica. Fase intraoperatoria.

Periodo de estudio. Nov-09 a ma-10.

Sujetos. Enfermeras del área quirúrgica en su labor de circulantes.

Variables. Enfermera, Institución, Edad y Género paciente, Tipo de cirugía y anestesia, Tiempo cirugía, Actividades enfermera circulante.

Instrumento. Registro con listado de actividades estandarizadas, obtenido a través de un panel de expertos que es sometido a la realidad clínica de las enfermeras circulantes para verificar qué actividades del listado realizan en 6 cirugías. De las 214 actividades del registro se extraen 18 relacionadas con la "Consulta de la Historia Clínica y la verificar de la preparación quirúrgica del paciente en el área quirúrgica".

Análisis descriptivo. Frecuencia y porcentaje para variables cuantitativas, medidas de dispersión central para variables cualitativas.

Aspectos éticos. Permiso de los hospitales y todas las enfermeras firmaron un documento de consentimiento informado.

**RESULTADOS**

Perfil de Enfermeras. Participan 126 enfermeras 23 hospitales de Andalucía y Ceuta. La mayoría son mujeres (86,9%), con una edad media de 42,5±7,9 años y 12,2±8,8 años de experiencia en el área quirúrgica.

Perfil quirúrgico. Se han recogido 748 registros válidos. Los pacientes tienen una media de 53,7±19,18 años (rango 0-90), el 50,5% son hombres, con cirugía programada bajo anestesia general. Las cirugías tienen un promedio de 132,35±98,28 minutos (15-690).

La especialidad quirúrgica de mayor presencia es Cirugía General (34,2%).

Actividades. Las 18 actividades estudiadas son las siguientes: Confirmar y documentar alergias (81,6%), Confirmar procedimiento quirúrgico y sitio de incisión (80,9%), Verificar ayunas (75,9%), Verificar existencia de consentimientos informados (70,2%), Revisar historia clínica y documentación (54,9%), Revisar medicación preoperatoria administrada (48,0%), Administración de profilaxis antibiótica en el Área Quirúrgica (42,5%), Confirmar solicitud / disponibilidad de hemoderivados y banda de identificación en el paciente (35,6%), Confirmar la toma de medicación habitual o las prescritas para la intervención (35,3%), Observar la presencia de esmalte de uñas, maquillaje, tatuajes... (27,3%), Rasurar zona quirúrgica (26,2%), Verificar ausencia de marcapasos u otros implantes eléctricos (25,5%), Cambiar ropa del paciente por ropa quirúrgica (23,9%), Presencia de heridas u ostomías (23,4%), Retirar prótesis (19,4%), Retirar alhajas, anillos... (17,4%), Verificar qué objetos de valor son entregados a la familia o colocados en sitio seguro (12,3%), Verificar correcta preparación del colon (5,7%).

**DISCUSIÓN**

Con independencia del contexto donde se va a realizar un procedimiento quirúrgico, todos los pacientes deben evaluarse y prepararse de forma adecuada con el fin de que el impacto y los riesgos de la cirugía sean los mínimos posibles (1).

A la llegada del paciente al área quirúrgica, la enfermera toma un papel activo en la verificación de la preparación quirúrgica, dicha

verificación debe seguir un guión o protocolo que permita comprobar que la preparación se ajusta a la intervención, lo que constituye una característica de calidad asistencial (2).

Este estudio recoge un número importante de registros, recabados en un conjunto amplio de hospitales públicos y de entornos quirúrgicos, si bien la muestra es de conveniencia.

Las actividades que obtienen porcentajes de ejecución >70% se encuadran dentro de la seguridad quirúrgica y forman parte del listado de verificación quirúrgica propuesto por la OMS, en la parte previa a la administración de la anestesia e incisión de la piel (3).

Las actividades que presentan porcentajes medios-bajos (<55%) requieren de un análisis en profundidad, pueden estar influenciadas por otras variables como la especialidad quirúrgica, el tipo de intervención, el carácter de la cirugía, el hospital o la unidad.

Hay cinco actividades que ponen de manifiesto que la enfermera circulante identifica aspectos de mejora en la preparación del paciente y realiza acciones que los corrigen antes de la cirugía (rasurado, vestido, prótesis, objetos, custodia de objetos). La eliminación del vello del sitio de incisión, puede ser discutible que se realice en las áreas quirúrgica o en los quirófanos (4,5), esto junto con otras condiciones como la retirada de prótesis u objetos metálicos y el cambio de ropa del paciente puede orientarnos sobre cómo es el seguimiento de los protocolos y por tanto como de adecuada su preparación quirúrgica.

#### IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Es necesario revisar los protocolos de preparación quirúrgica y los criterios de calidad asistencial en los pacientes quirúrgicos.

Hay que preguntarse y analizar cuáles son las causas que hacen que parte de los pacientes llegan al área quirúrgica sin rasurar, sin ropa quirúrgica, con prótesis u objetos metálicos.

Hay que concienciar y aumentar la ejecución de actividades relacionadas con la seguridad quirúrgica preoperatoria, tanto en hospitalización como en el bloque quirúrgico.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Phillips NF. Preparación preoperatoria del paciente. In: Berry k, editor. Técnicas de Quirófano. 10ª ed. Madrid: Elsevier-Mosby; 2005. p. 366-383.
- (2) Consejería de Salud. Proceso de Soporte: Bloque Quirúrgico. 1ª ed. Sevilla: Consejería de Salud-Junta de Andalucía; 2004.
- (3) Organización Mundial de la Salud, (OMS). Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas. 2008 julio;1:32.
- (4) Tanner J, Woodings D, Moncaster K. Eliminación preoperatoria de vello para reducir la infección del área quirúrgica (Revisión Cochrane traducida). 2006; Available at: <http://www.update-software.com>. Accessed 16 junio, 2010.
- (5) Joanna Briggs Institute. Eliminación del vello para reducir las infecciones de la zona quirúrgica. Best Practice 2008 2007;11(4).



**AUTORES/AUTHORS:**

Rocío Romero Serrano, Inmaculada Lancharro Tavera, Almudena Arroyo Rodríguez, M<sup>a</sup> Socorro Morillo Martín, Francisco José Alemany Lasheras, Raquel Chillón Martínez

**TÍTULO/TITLE:**

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LOS MITOS Y ESTEREOTIPOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ALUMNOS DE GRADO EN ENFERMERÍA

**1. OBJETIVOS**

- 1.1. Conocer los mitos y estereotipos sobre la Violencia de Género de los estudiantes de primero de grado en enfermería de nuestro centro.
- 1.2. Averiguar si se relacionan con los descritos por la autora Lurdes Mendi Zuazo.

**2. MÉTODOS**

Estudio de corte cualitativo y descriptivo, transversal y observacional. Tras un proceso de muestreo no probabilístico a conveniencia, se ha conformado una muestra de 42 jóvenes con una media de edad de  $\pm 20,9$  años ubicados geográficamente en Sevilla y provincia, siendo el 81% mujeres y el 19% hombres. Para la definición de las variables categóricas sobre mitos y estereotipos sociales, en relación con el maltrato, nos hemos basado en las categorías descritas por la autora Lurdes Mendi Zuazo. El instrumento que hemos utilizado para la recogida de datos consiste en un ensayo escrito por cada uno de los estudiantes que conforman la muestra, de carácter abierto, sobre lo que opinan y perciben acerca de la Violencia de Género. Se realizó el primer día de clase de la asignatura "Género y Salud". El análisis de datos se ha efectuado con el paquete estadístico Atlas ti 6.0.

**3. RESULTADOS**

Tras el análisis del discurso de los ensayos de los alumnos y alumnas, hemos codificado 18 categorías sobre mitos y estereotipos sociales. A continuación detallamos cada una de estas categorías, el número de estudiantes que las han percibido y algunos resultados descritos por los mismos y que definen las variables categóricas:

1) "Existe del hombre a la mujer y viceversa": 35 estudiantes

"...es la agresión física y psicológica a una persona del sexo opuesto. Normalmente se generaliza, siendo el hombre el que la usa en contra de la mujer, sin embargo hay muchos casos en los que la mujer ejerce este castigo sobre el hombre"

2) "Sucede principalmente en gente primitiva e inculta y en las clases sociales bajas": 12 estudiantes

"La falta de educación, socialización son factores que influyen en el comportamiento que hace que la persona sea agresiva..."

3) "Lo mejor es denunciarlo": 10 estudiantes

"Siempre hay que denunciar, siempre"

4) "No puede ser evitada": 7 estudiantes

"No sé si es posible erradicar eso, pero sinceramente creo que no..."

5) "Es un tema que está aumentando en la actualidad (tema de moda)": 7 estudiantes

"La violencia de género, bomba social el siglo XXI"

6) "Es culpa del machismo": 7 estudiantes

"Se relaciona a una causa machista, pues es el hombre generalmente el que acomete el hecho y ya que culturalmente tenemos este concepto..."

7) "Mayor importancia del maltrato físico": 5 estudiantes

"Pero sin duda, el más grave, para mí, es el maltrato físico, que es el que más daño puede llegar a hacer, desde un simple cardenal hasta la propia muerte"

8) "Son enfermos mentales": 4 estudiantes

“Pienso que la persona que ocasiona dicho maltrato actúa de esa manera por un trastorno psicológico (se encuentra enfermo/a)”

9)“La drogadicción o el alcoholismo son las causas”: 3 estudiantes

“La drogadicción o el alcoholismo es un factor que a veces llega a afectar de forma negativa y cuando el maltratador esté bajo los efectos de estupefacientes no controlará sus actos y maltratará a la persona”

10)“Son celosos”: 3 estudiantes

“A veces el maltratador siente celos, piensa que su pareja le engaña y se producen los episodios de violencia

11)“Son pérdidas puntuales de control”: 3 estudiantes

12)“Es una cuestión privada”: 2 estudiantes

“Normalmente se da en las relaciones de pareja y en el domicilio de éstas”

13)“Se da mayormente entre jóvenes”: 2 estudiantes

“... y actualmente se realizan a edades más tempranas”

14)“La mujer responsable de la unidad familiar”: 1 estudiante

15)“Se da en parejas o familias problemáticas”: 1 estudiante

16)“Es culpa del estrés”: 1 estudiante

17)“Son violentos porque están en paro”: 1 estudiante

18)“Es culpa de creencias religiosas”: 1 estudiante

#### 4. DISCUSIÓN

Como interpretación de los resultados cabría decir, porque así lo afirma Lurdes Mendi, que la revisión, identificación y cuestionamiento de los mitos es un paso básico y necesario para posibilitar una ayuda efectiva, para entender la multiplicidad de la violencia y de los efectos en la comunidad y en las mujeres maltratadas. Nosotros con este estudio pretendemos dar un paso más, a lo que actualmente se está investigando sobre la violencia de género, al contemplarla desde una perspectiva educacional. Con nuestro estudio pretendemos abarcar la violencia de género, para poner de manifiesto como la formación universitaria en materia de género resulta imprescindible, pues se detectan mitos en el alumnado en relación a la violencia de género que forman parte del imaginario colectivo de la sociedad en la que están enculturizados. Como conclusión podemos decir que los estudiantes del primer curso de grado en enfermería, perciben la Violencia de Género, según los mitos y estereotipos sociales del momento actual, descritos por la autora Lurdes Mendi Zuazo.

Tras este estudio vemos, como la formación universitaria en cuestiones de género, es importante y necesaria, para evitar que los mitos y estereotipos sobre los fenómenos sociales, en nuestro caso sobre la violencia de género, puedan influir negativamente en la calidad de la asistencia de la práctica clínica enfermera.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Abela, Jaime Andréu, García-Nieto, Antonio, y Pérez Corbacho, Ana M<sup>a</sup> (2008): Evolución de la teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid.
2. Barral Morán, M<sup>a</sup> José (2008): “Género y salud en los programas oficiales de grado”. Actas de las Jornadas Género y Salud. Zaragoza.
3. Cala Carrillo, M<sup>a</sup> Jesús, Godoy Hurtado, María Salud, y Rebollo Catalán, M<sup>a</sup> Ángeles (2009): “Mujeres que recuperan el control de

- sus vidas: estrategias y recursos que utilizan para superar una relación de maltrato". Actas I Congreso Investigación y Género. Avance en las distintas áreas de conocimiento. Universidad de Sevilla: 191-209.
4. Macías-Seda, Juana, Gil-García, Eugenia, González, M<sup>a</sup> del Mar, García-Carpintero, M<sup>a</sup> Ángeles, Vázquez Santiago, Soledad, Casado Mejías, Rosa, y otros. (2009): "Actitud frente a la Violencia de Género del alumnado de Enfermería y su relación con la formación universitaria". Actas del I Congreso Investigación y Género. Avance en las distintas áreas de conocimiento. Universidad de Sevilla: 653-662.
5. Mendi Zuazo, Lurdes (2007): Mitos y estereotipos sociales en relación con el maltrato. En Ruiz Jarabo Quemada, Consuelo y Blanco Prieto, Pilar, La violencia contra las mujeres. Prevención y detección : Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas (3<sup>a</sup> reimp ed.).Díaz de Santos. Madrid.
6. Plan de estudios de grado en enfermería de la Universidad de Sevilla, curso 2009/10. (2009).
7. Programa docente de la asignatura "Género y Salud". Escuela Universitaria de Enfermería "San Juan de Dios". (2009).
8. Ruiz-Jarabo Quemada Consue y Blanco Prieto Pilar (2007): La violencia contra las mujeres :Prevención y detección : Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas (3<sup>a</sup> reimp ed.).Díaz de Santos. Madrid.
9. Soares de Lima, Suzinara Beatriz, Leite, Joséte Luzia, Erdmann, Alacoque Lorenzini, Prochnow, Adelina Giacomelli, Stipp, Marlucci A.C. y Lima García, Vera Regina Real. (2010): "La Teoría Fundamentada en datos. Un camino a la investigación en enfermería". Index de Enfermería. Vol. 19. Nº 1:55-59.

**AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>º</sup> ANGELES CIDONCHA, ANGEL PEREDA, PURIFICACION BENGEOA, ANA ISABEL DIAZ DE SARRALDE, CARMEN GISTAU, LOURDES RAMIREZ, ROBERTO INSAGURBE

**TÍTULO/TITLE:**

Seguridad en la práctica transfusional. Grado de conocimiento ante una incidencia y percepción del riesgo

**Objetivo:**

Conocer el grado de conocimiento sobre los procedimientos a seguir ante una incidencia en la práctica transfusional, así como la percepción del riesgo en la administración de hemoderivados

**Método:**

- Estudio transversal realizado mediante cuestionario realizado ad hoc
- Periodo de estudio: Durante el mes de Mayo de 2009, coincidiendo con sesiones de formación desarrolladas en diferentes unidades y previamente a las mismas, se realizaron las encuestas a todas las enfermeras que acudieron a las sesiones
- Variables a estudio: Opinión sobre frecuencia, horario y personal implicado en los errores de administración de hemoderivados, notificación de los "casi incidentes", conocimiento del protocolo transfusional del Hospital y actitud a seguir ante una reacción transfusional.
- Análisis estadístico mediante el programa SPSS 18.0

**Resultados:**

- Se recogen 164 encuestas
- El 79,73% señala tener más de 5 años de experiencia y el 70,73% refiere transfundir menos de 5 unidades cada mes.
- El 80,37% considera los errores de administración como raros pero graves.
- El 18,9% desconoce la existencia de un protocolo de actuación ante una incidencia transfusional.
- De las personas que si conocen la existencia de un protocolo de actuación ante una incidencia transfusional, el 19,16% no sabe cómo acceder a él.
- El 77,44% indica que comunica los "casi incidentes". Entre los que reconocen no hacerlo el 63,33% lo justifica por considerarlo no importante.

**Discusión:**

Se detecta un área de mejora importante en la difusión del protocolo de actuación ante un error o una reacción transfusional y la accesibilidad al mismo ya que un número importante de enfermeras desconocen la pauta a seguir ante una reacción transfusional y cómo acceder al protocolo.

Existe una infravaloración de los "casi incidentes" considerándose necesarias acciones formativas que valoren este aspecto de la declaración y seguimiento de los "casi incidentes".

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2006
- Romero Ruiz, A., Gómez Salgado, J.

Seguridad del paciente en la transfusión sanguínea. *Metas Enferm* 2008 dic/ 2009 ene; 11(10):28-32

- Callum, JL., et al. Reporting near-miss events for transfusión medicine: improving transfusión safety. *Transfusion* 2001 Oct; 41(10): 1204-1211

- Linden, JV., Wagner. K., Voytovich, AE., Sheehan, J. Transfusion errors in New York State: an analysis of 10 years´experience. *Transfusion* 2000 Oct; 40(10): 1207-1213

Versión Provisional - Preliminary Version

**AUTORES/AUTHORS:**

LIDIA FRANCÉS RIBERA, M<sup>a</sup> TERESA TORRES COSTA, GEMMA FALGUERA PUIG, LLUIS VILA BALLESTER, JOSEP MARIA MANRESA DOMÍNGUEZ

**TÍTULO/TITLE:**

Hábitos higiénico-dietéticos y yodurias en mujeres embarazadas de la Región Sanitaria Cataluña Central (PI071265/2007)

**Introducción**

El yodo es un micronutriente fundamental para el organismo que debe administrarse de forma regular a través de la alimentación. Su función es imprescindible para la síntesis de las hormonas tiroideas, que a su vez actúan sobre los distintos órganos y sistemas del organismo, en especial para el desarrollo de nuestro sistema nervioso central (SNC) desde las etapas más tempranas del desarrollo embrionario y fetal.

Durante el embarazo existe un incremento en los requerimientos de hormonas tiroideas debido a las modificaciones fisiológicas que se producen en respuesta a las demandas metabólicas del embarazo. Este incremento solo puede alcanzarse mediante un aumento proporcional en la producción hormonal, la cual depende directamente de la disponibilidad de yodo en la dieta. Además, durante la gestación se produce, de forma fisiológica, un aumento en la eliminación de yodo por orina debido al incremento del filtrado glomerular. En los casos en que existe un déficit de yodo de base, estas modificaciones del embarazo pueden no compensarse provocando un fracaso de los mecanismos de adaptación. Por esto, es muy importante que la ingesta de yodo aumente ya desde el comienzo del embarazo y, a ser posible desde antes del mismo, tal y como se recomienda para la suplementación con folatos. Durante el primer trimestre de la gestación las hormonas tiroideas disponibles para los tejidos embrionarios y fetales dependen exclusivamente de las hormonas maternas, por lo tanto, en caso de déficit de yodo materno repercutirá de forma negativa en el desarrollo prenatal.

Las necesidades de yodo en las mujeres embarazadas se han establecido según la World Health Organization (WHO) junto con la United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) y el International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders (ICCIDD) en 200 µg/l/día [4]. Recientemente el ICCIDD ha aumentado esta recomendación a unos 250–300 µg/l/día.

El déficit de yodo durante el embarazo puede tener repercusiones tanto para la madre durante la gestación y el posparto como para el feto, el neonato y el niño en las distintas edades. Según la Organización Mundial de la Salud, la carencia de yodo es la causa más frecuente, en el mundo, de retraso mental y de lesiones cerebrales irreversibles.

Es por ello que realizamos este estudio, en el que planteamos el siguiente objetivo: Conocer el estado nutricional de yodo y la prevalencia de yodurias inferiores a 150 µg/l de las mujeres embarazadas durante los tres trimestres de gestación.

**Método**

Se trata de un estudio multicéntrico de intervención con seguimiento prospectivo, que se está realizando en el programa de atención a la salud sexual y reproductiva de los sectores sanitarios de la Región Sanitaria Cataluña Central, Metropolitana Norte, Vallés Occidental y Oriental. Los sujetos de estudio fueron todas las mujeres embarazadas que acudieron a la consulta de la matrona en el primer trimestre de los diferentes Centros de Atención Primaria durante el período 2007-2010. En cada trimestre se realizó una determinación de yoduria y un cuestionario sobre hábitos alimentarios para estimar la ingesta de yodo

**Resultados:**

Se reclutaron 851 gestantes con una edad media de 31,8 años. Los datos sobre los hábitos alimentarios fueron los siguientes: el consumo de sal yodada fue del 34,3% en el primer trimestre, del 85,8% en el segundo y del 90,2% en el tercer trimestre.

Consumieron más de 2 vasos de leche al día, el 14,3% de las gestantes en el primer trimestre, el 15,6% en el segundo y el 20,3% en tercer trimestre. Las gestantes que utilizaron suplemento de yodo fue, el 25,7% en el primer trimestre, el 54,7% en el segundo y el 51,9% en el tercer trimestre. El consumo de yodo por encima de 300 mcg/día (cantidad recomendable durante el embarazo y la

lactancia) calculado mediante el cuestionario informatizado fue el siguiente: el 25,5% de las gestantes en el primer trimestre, el 65,7% en el segundo y el 66,3% durante el tercer trimestre. Presentaron yodurias dentro de los valores normales (>150 mcg/L), el 52,5% de las gestantes en el primer trimestre, el 66,5% en el segundo y el 66,3% en el tercer trimestre.

Conclusiones:

Los resultados obtenidos muestran un incremento del consumo de yodo y de las yodurias a medida que avanza la gestación, lo cual pone de manifiesto la eficacia de la educación sanitaria tanto individual como grupal que se realiza durante la gestación. No obstante, hemos de continuar insistiendo en la promoción de hábitos higiénico-dietéticos que promuevan el consumo de alimentos ricos en yodo, así como la suplementación con yodo, puesto que hemos de considerar que el 47% en el primer trimestre y el 33% en el segundo y tercer trimestre de nuestras embarazadas presentan yodurias con valores inferiores a los recomendados.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Morreale de Escobar G. Yodo y embarazo. In Yodo y salud en el siglo XXI. Edited by European Pharmaceutical Law Group. Madrid; 2004:107-108.
- Muñoz Márquez JA. Yodo y embarazo. In Yodo y salud en el siglo XXI. Edited by European Pharmaceutical Law Group. Madrid; 2004:177-216.
- Donnay Candil S. Enfermedades originadas por la deficiencia de yodo. In Yodo y salud en el siglo XXI. Edited by European Pharmaceutical Law Group. Madrid; 2004: 145-175.
- Morreale G: Yodo y embarazo. Prog Diag Trat Prenat 2005, 17(3):129-146.
- ICCIDD. Iodine requirements in pregnancy and infancy. A WHO Technical Consultation has produced new guidelines on iodine requirements and monitoring in these vulnerable age groups. IDD Newsletter 2007; 23(1):1-2.
- Delange F: Optimal Iodine Nutrition Pregnancy, Lactation and Neonatal Period. Int J Endocrinol Metab 2004, 2:1-12.
- Caron P, Glinoe D, Lecomte P, Orgiazzi J, Wemeau JL: Status of iodine nutrition in France: prevention of iodine deficiency in pregnant and lactating women. Ann Endocrinol (Paris) 2006, 67(4): 281-286.
- Kibirige MS, Hutchinson S, Owen CJ, Delves HT: Prevalence of maternal dietary iodine insufficiency in the north east of England: Implications for the fetus. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2004, 89(5):436-439.
- Nawoor Z, Burns R, Smith DF, Sheehan S, O'Herlihy C, Smyth PP: Iodine intake in pregnancy in Ireland: a cause for concern?. Ir J Med Sci 2006, 175(2):21-24.
- Vila L, Serra M, De Castro A, Palomera E, Casamitjana R, Muñoz J et al: Prevalencia del déficit de yodo de la población gestante de los Pirineos Catalanes y del Maresme (costa). Endocrinología y Nutrición 2005, 52:117-118.
- Grupo de Trabajo de Trastornos por Déficit de Yodo. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Déficit de yodo en España. Situación actual. Ministerio de Sanidad y Consumo. Fundación SEEN; 2004.
- De Luis DA, Aller R, Izaola O: Problemática de la deficiencia de yodo durante la gestación. An Med Interna (Madrid) 2005, 22(9):445-448.
- Muñoz M, Figueras F, Puig M: La hipotiroxinemia gestacional se asocia al síndrome de déficit de atención e hiperactividad. Prog Obstet Ginecol 2009, 52(12):681-685.
- Fernández PS. Capacidad intelectual y yodo en la dieta. Evidencias clínicas y epidemiológicas. Endocrinol Nutr 2008, 55(supl1):20-26.
- González Mateo MC, Fernández Fernández M, Díez Hernández A, Delgado Domínguez I, Reviriego S, Rojo-Martínez G, Valdés MJ, Carrasco R, Coronas I et al: Déficit de yodo y función tiroidea en una población de mujeres embarazadas sanas. Med Clin (Barc) 2004, 122(12):449-453.
- Bonet-Manso MP, Atiénzar-Martínez MB, Fuentes-Gómez MI, Plaza-Vicente C: Concentraciones de yodo y su ingesta en una

población de mujeres embarazadas sanas. *Enferm Clin* 2007, 17(6):293-301.

García-Fuentes E: Importancia del laboratorio clínico en el diagnóstico de la deficiencia de yodo. *Endocrinol Nutr* 2008, 55(supl 1):43-44.

Versión Provisional - Preliminary version



**AUTORES/AUTHORS:**

Judit Cenit García, Manuel Eduardo Ruiz García

**TÍTULO/TITLE:**

Prescripción enfermera: realidades en atención hospitalaria.

**Objetivos:**

Explorar realidad de los profesionales de enfermería en cuanto a estadios intermedios de prescripción. Determinar tipo, actividad, contenido de prescripción, situación, complicaciones y contenido de la prescripción.

**Metodología:**

Estudio descriptivo transversal realizado a enfermería hospitalaria (N=1087, n=152 muestreo aleatorio simple). Variables independientes: demográficas, laborales. Variables dependientes: actividad, situación, contenido y tipo de prescripción, frecuencia de prescripción independiente, complicaciones. Los datos se obtuvieron mediante una encuesta anónima autoadministrada elaborada ad hoc (a partir de bibliografía, consulta y grupos focales; pilotaje: 25). El análisis estadístico descriptivo se realizó con SPSS 14.0.

**Resultados:**

La muestra estaba constituida por un 69,1% de mujeres y 30,9% de hombres. La edad media 46,21 años ( $\pm 9,386$ ). En cuanto al tipo de contrato, el 69,1% es estatutario fijo/plaza, 17,4% eventuales/sustitutos, 12,8% de interinos. El tiempo medio trabajado de la muestra fue de 21,3 años ( $\pm 9,6$ ).

Del análisis resultó que un 93,9 % de los enfermeros hospitalarios prescriben de una manera u otra. La fórmula o tipo de prescripción más extendida es la prescripción de analgésicos, antipiréticos, antieméticos o productos sanitarios a familiares y amigos (80,1%). El 65,3% detiene o suspende una medicación prescrita bajo su juicio clínico, un 60,5% ha administrado fármacos, en distintos grados de frecuencia) de manera independiente. El 77,4% ha decidido al menos alguna vez, la administración de todo tipo de medicamentos aunque lo que más se prescribe u ordena en enfermería hospitalaria son productos sanitarios y medicamentos que no precisan receta médica (89,4%). Un 10,6% de medicamentos no dispensables sin receta médica se administran por protocolo, de rescate o en casos de compromiso vital como una RCP. El tipo de prescripción de enfermería más extendida en atención hospitalaria es colaborativa (72,5%), ya sea individualizada (51,2%) o por protocolo/ estandarizada (21,3%). El 55% de los encuestados se ha visto, por diversas razones, obligado a prescribir en su trabajo. Sólo el 5,6% de los encuestados declaraba haber tenido problemas, en todos los casos, estos problemas fueron con el facultativo/médico.

Discusión: La mayoría de los enfermeros prescriben, de una manera u otra, aunque muchos de ellos no tienen claro que las actividades que han realizan son prescripción de enfermería o sencillamente lo niegan porque no se ha tratado de una prescripción formal o legal, sino lo que otros estudios (Morales Asencio, 2006) denominaban estadios intermedios de prescripción. Esto tiene que ver con la falta de un marco conceptual consensuado. De ahí que a la dicotomía prescribe/no prescribe, sea elevadísima la frecuencia de "no" que se positiva en la exploración de los problemas e inflexibilidades del sistema que enfermería resuelve en virtud de fórmulas intermedias de prescripción de medicamentos y productos sanitarios. En consonancia con estudios realizados por el

CGE en 2007, los enfermeros han prescrito en la práctica gran cantidad de medicamentos precisen o no receta médica aunque lo más frecuente es la prescripción de productos sanitarios y medicamentos dispensables sin receta médica. En casos excepcionales, por protocolo, rescate o situaciones de compromiso vital, prescriben medicamentos que precisan receta médica. Las complicaciones o problemas derivados se revelaban mínimos.

La regularización legal de los estadios intermedios de prescripción u órdenes de enfermería se vuelve imprescindible en un sistema de salud en el que enfermería realiza actividades relativas a la prescripción de medicamentos y productos sanitarios que, sin cobertura legal hasta el pasado año, han ido resolviendo múltiples situaciones sin que por ello quede comprometida la seguridad del paciente. Consideramos que debe ser inminente la puesta en marcha de programas formativos o de acreditación en enfermería básica hospitalaria de manera global para que todas las actividades que tienen lugar en la práctica clínica se encuadren en el marco legal y normativo de los servicios sanitarios.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. OMS. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Promoción del Uso racional de medicamentos: componentes centrales. 2002, N° 5. Disponible en: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4874s/5.html>> [Consultado el 4.8.2009]
2. Morales Asencio JM, Martín Santos FJ, Contreras Fernández E, Morilla Herrera JC. Prescripción de medicamentos y productos sanitarios por Enfermeras Comunitarias. Enfermería Comunitaria (edición digital) 2006, 2(1):8-16. Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a49-57.php>> [Consultado el 20.8.2009]
3. Servicio Cántabro de Salud. Prescripción enfermera. 2006.
4. OMS Informe de la Secretaría. Seguridad del paciente. 59ª Asamblea mundial de la salud A59/22. Punto 11.16 del orden del día provisional 4 de mayo de 2006 Disponible en: <[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA59/A59\\_22-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf)> [Consultado el 20.8.2009]
5. Latter S, Courtenay M. Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing 2003;13(1):26-32. Disponible en: <<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118794467/HTMLSTART>> [Consultado el 20.8.2009]
6. Courtenay M, Carey N. A review of the impact and effectiveness of nurse-led care in dermatology. Journal of Clinical Nursing 2007; 16(1):122-128. Disponible en: <<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118513632/HTMLSTART>> [Consultado el 20.8.2009]
7. Cuxart i Ainaud, N.: La prescripción enfermera: una situación indispensable para la mejora del sistema de salud. Acta de las Jornadas La prescripción farmacológica enfermera: análisis de la situación y futuro. 2006 jun;2-19. Donostia. Colegio oficial de enfermería de Barcelona. Disponible en: <[http://www.coib.cat/uploadsBO/Article/Documents/CONF%20NCUXART%20606%20CAST\\_MAQUETAT.PDF](http://www.coib.cat/uploadsBO/Article/Documents/CONF%20NCUXART%20606%20CAST_MAQUETAT.PDF)> [Consultado el 20.8.2009]
8. OMS. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Ginebra, 2008 Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Disponible en: <[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)> [Consultado el 20.8.2009]

9. Alberdi Castell, R. La formación superior como instrumento para el desarrollo de la Enfermería. ROL de Enfermería, 2000; 23(2): 99-103.

Versión Provisional - Preliminary Version

**AUTORES/AUTHORS:**

Félix Sánchez Vicario, Ascensión Cuñado Barrio, María Jesús Muñoz Lobo, Ana Rodríguez Gonzalo, Isabel Gómez García

**TÍTULO/TITLE:****OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA SOBRE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS HOSPITALARIAS**

**Objetivos.** General: Conocer la evaluación de los alumnos de enfermería a las prácticas asistenciales realizadas en nuestro hospital. Específicos: Saber la percepción de los alumnos sobre la docencia impartida por los enfermeros; Identificar el grado de apoyo que reciben y Determinar el grado de satisfacción general de las prácticas.

**Metodología:** Estudio descriptivo y transversal. Dirigido a los alumnos de enfermería del curso académico 2008/09. La población diana son todos los alumnos de enfermería que realizan prácticas en nuestro centro, pertenecientes a las siguientes escuelas universitarias: Alcalá, San Juan de Dios (1º, 2º y 3º curso); Francisco de Vitoria (3º curso).

Los criterios de inclusión son todos los alumnos de enfermería. No delimitamos criterios de exclusión.

El número total de rotaciones fue de 459, el estudio se dirigió a toda la población. El cuestionario es autodiseñado, tiene diez preguntas, nueve cerradas, 6 tienen formato de respuesta en escala de 6 puntos (un 5 para completamente de acuerdo y un 0 para completamente desacuerdo) y 3 tienen tres opciones de respuesta. La última pregunta es abierta. Las variables analizadas son datos de filiación, capacidad docente durante el rotatorio, apoyo recibido por los profesionales y satisfacción general.

El sistema de captación fue a través de los tutores o por vía telefónica, citando en un aula, informando del estudio y pidiendo su consentimiento verbal.

Las variables continuas se describen como media y desviación estándar, y las de comportamiento asimétrico con la mediana y el recorrido intercuartílico. Las categóricas con frecuencias absolutas y relativas. Las unidades se han agrupado por especialidades. Para el contraste de hipótesis, se ha utilizado el test de Kruskal-Wallis, cuando había significación estadística, se han realizado comparaciones dos a dos mediante el test U de Mann-Whitney, realizando la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples. El nivel de significación estadística se estableció en el 95%.

**Resultados:** Se recogieron 314 cuestionarios, un 69,4%. Los alumnos pasaron por un total de 39 unidades, distribuidas en las siguientes áreas asistenciales: 6 UCIS (16,2%; n=51), 13 Unidades Médicas (28,3%; n=89), 11 Unidades Quirúrgicas (27,7%; n=87), 5 Quirófanos (8,3%; n=26), 3 Pediátricas entre ellas la UCI de Pediatría (2,9%; n=9), y Servicio de Urgencias (16,6%; n=52).

La distribución por escuelas fue el 48,4% (n=152) eran de Alcalá de Henares; el 46,5% (n=146) de San Juan de Dios y el 5,1% (n=16) de Francisco de Vitoria. Por curso fue la siguiente el 25,8% (n=81) de 1º, el 37,6% (n=118) de 2º y el 36,6% (n=115) de 3º. La opinión general de los alumnos es que están bastante satisfechos con la "Capacidad docente" (Media=4,2;DE=0,6), menos con el "Apoyo recibido" (Media=3,7;DE=1) y muestran buenas puntuaciones con la "Satisfacción general" (Media=4,3;DE=0,8).

En concreto, frente a la urgencia, los alumnos de quirófanos y de las unidades pediátricas dan las puntuaciones más bajas a la "Capacidad docente", existiendo diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,005$  y  $p=0,003$  respectivamente). También hemos encontrado diferencias significativas entre los cursos, los alumnos que están más de acuerdo los de 1º respecto a los de 2º ( $p=0,002$ ).

Respecto al "Apoyo recibido", los alumnos de pediatría y de unidades quirúrgicas, están más satisfechos que los de quirófanos ( $p=0,002$  y  $p=0,001$  respectivamente). Entre las escuelas, los alumnos que mejor valoran las prácticas son los de Francisco de Vitoria, seguidos por los de San Juan de Dios ( $p=0,002$ ); y por último los de Alcalá ( $p=0,002$ ). Estos datos, deben ser interpretados con cautela por el reducido tamaño muestral de Francisco de Vitoria.

Y con la "Satisfacción general" hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los cursos, los alumnos de 1º están más satisfechos que los de 2º ( $p=0,001$ ). También, los alumnos de San Juan de Dios están más satisfechos, en 2º lugar los alumnos de Francisco de Vitoria y en 3er lugar los de Alcalá ( $p<0,001$ ).

Se realizaron un total de 991 comentarios, los cuáles se distribuyen de la siguiente manera: un 43.8% (434 comentarios) de aspectos positivos, un 34% (337 comentarios) de aspectos negativos; y un 22.2% (220 comentarios) de acciones de mejora. Dentro de los aspectos positivos y negativos cabe resaltar las siguientes categorías: los profesionales tienen entusiasmo por enseñar, algunos profesionales no les gusta enseñar y muchos no siguen los protocolos.

Discusión: El cuestionario es autodiseñado porque ninguno de los cuestionarios validados encontrados, respondían a nuestro objetivo. La tasa de respuesta es baja porque creemos que el listado de alumnos fue menor al inicialmente constatado.

En los quirófanos y en las pediátricas tienen que mejorar la "Capacidad docente", así como el "Apoyo a los alumnos" en quirófano. Las acciones de mejora planteadas, nos ayudan a trazar nuevos procesos formativos, como reuniones mixtas entre los supervisores, enfermeros y profesores de las universidades, para conocer los objetivos docentes. Para mejorar la docencia en el hospital algunos profesionales tienen que implicarse más, compartiendo objetivos y generando sesiones informativas en las unidades de incorporación.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Artículo 1: Funciones de la Universidad. Ley orgánica 6/2001 de 21 de Diciembre, de Universidades.
2. J. Úbeda Bonet, G. Pujol Ribó, C. Olivé Ferrer, R. Álvarez Miró, MS Segura Óliver. "Opinión de las enfermeras sobre las experiencias clínicas docente" Enfermería clínica, vol. 3 nº 1/1993.
3. Cristina Pérez, Almudena Alameda, Carmen Albéniz. "La formación práctica en enfermería en la escuela universitaria de enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión". Rev. Esp. Salud Pública 2002, 76: 517-530.
4. Josefina Albi García et col. "Desarrollo de un instrumento de evaluación de las prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería". Enfermería Clínica 2003; 13 (3): 146-53.
5. F. Zapico Yañez, R, Blanco Sánchez, M. Cónsul Giribet, MD Juanola Pages. "Aprendizaje y satisfacción de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas (I). Hospital". Enfermería Clínica, vol 7 nº 1 (1997)
6. F. Zapico Yañez, R, Blanco Sánchez, M. Cónsul Giribet, MD Juanola Pages. "Aprendizaje y satisfacción de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas (II). Atención primaria de salud". Enfermería Clínica, vol 8 nº 6 (1998)
7. M<sup>a</sup> Isabel Gutiérrez Izquierdo; Isabel Latorre Fernández: "Las prácticas clínicas de enfermería: perspectiva de los estudiantes de primer curso". Metas nº 49, Octubre 2002
8. Proyecto de ordenación de la formación práctico clínica de los profesionales sanitarios en la Comunidad de Madrid. Agencia Laín Entralgo.
9. Kathlenn Kupferman, RN, MSN. "Diez consejos para ayudar al desarrollo de los estudiantes". Nursing 2006, volumen 24, nº 3.
10. Montserrat Vila Gangoles, Ana M<sup>a</sup> Escayola Maranges: "Visión del estudiante de enfermería sobre sus prácticas clínicas". Metas nº 40, Noviembre 2001.
11. Zaidier Treviño, Enf; MSP, PhD; Jana Stiepovich, PnD. "Indicadores de evaluación en la enseñanza-aprendizaje de enfermería". Colomb Med 2007; 38 (supl 2): 89-97.
12. M<sup>a</sup> del Mar Lleixá Fortuño et col. "Camino hacia el EES, experiencia de innovación metodológica: contrato pedagógico". Metas de enfermería, nov. 2007; 10 (9): 7-10.
13. Raúl García Vallejo. "Valoración de los estudiantes sobre sus prácticas de enfermería comunitaria". Metas de Enfermería. Mar. 2004; 7 (2) 20-26.
14. Cifford C. How we use questionnaires for lerner evaluation of clinical experiences. Medical Teacher 1992; 14(2-3): 139-149.

**AUTORES/AUTHORS:**

Margarita Puigvert Vilalta, Margarita Puigvert Vilalta, Montserrat Jover Mallol

**TÍTULO/TITLE:**

Todos los cambios suman!

**Introducción:**

El Servei Català de Salut como aseguradora pública sanitaria de la población catalana, quiere conocer el grado de satisfacción de los asegurados. Es por ello que se han diseñado instrumentos de medida validados, con el objetivo de evaluar la percepción de los ciudadanos como receptores de los servicios proporcionados.

Esta evaluación se lleva a cabo desde el 2003 y se repite cada 3 años. Los resultados de las encuestas se transmiten a los equipos así poder obrar con consecuencia. En el 2006 se realizó una encuesta de satisfacción, a los usuarios de nuestro Centro de Atención Primaria (CAP). Valorando los resultados de esta, la dirección del CAP realizó cambios organizativos para facilitar accesibilidad, mejorar calidad y grado de satisfacción. Los cambios se basaron en desburocratizar la consulta de enfermería y definir nuevos circuitos de atención. Provocando una mayor agilización a la hora de ser atendido.

Se crearon protocolos de actuación en la patología aguda donde la enfermera actuaba bajo sus competencias, también se diseñaron nuevos circuitos para gestionar la demanda de los usuarios. Al ampliar la cartera de servicios de las enfermeras se procedió a desburocratizar la consulta de estas.

**Objetivo:**

- 1- Conocer la población atendida y el grado de satisfacción global de los usuarios.
- 2- Conocer el grado de satisfacción en relación a los profesionales de enfermería

**Método:**

Ámbito: CAP urbano de 29721 habitantes;

Estudio descriptivo transversal dirigido a usuarios de >15 años atendidos en el último año en la consulta de enfermería

Mostreo: Extracción aleatoria de 2000 casos.

Método: entrevista telefónica, utilizando la encuesta de PLAENSA©, instrumento de evaluación de satisfacción validado, ya utilizado en el 2006.

**Variables**

Objetivo 1: edad, sexo, nivel de estudios, salud percibida. La satisfacción se valoraba de 0-10 siendo 0 negativa y 10 muy buena. También se preguntó "si pudiera escoger volvería al centro" con respuestas: si, no, no estoy seguro.

Objetivo 2: se estudió el trato recibido, la puntualidad de la asistencia, la frecuencia de las visitas de seguimiento y la capacidad empática.

Análisis: estudio de frecuencias mediante el spss

**Resultados:**

Participantes 55% mujeres y el 45% hombres.

El 43.8% tenían 15-44 años, el 33.8% 45-64 años y el 22.5% más de 65.

El 5% no tenía ningún estudio, el 30% estudios primarios y el 40% secundarios, en cambio solo el 23% eran estudios superiores, y el 2% otros.

El 9% perciben su salud como mala, el 15% regular, el 56% buena, el 19% muy buena y solo el 1% excelente. Del grado de satisfacción global los usuarios puntuaron un 8.05 sobre 10, y el 88.8% respondieron que si volverían a utilizar el centro si pudieran escoger, en cambio solo el 2.5% dijo que no volvería. Respecto a las valoraciones de las enfermeras observábamos que el trato dispensado fue valorado como el perfecto el 29.7%, muy bueno 23%, bueno 44.6% y regular el 2.7% y malo 0%. Respecto a la puntualidad en la que fue atendido: 23.3% perfecto, muy bueno 23.3%, bueno 39.5% y regular el 11.6% y malo 2.3%. Respecto a la frecuencia de los controles: perfecto 9.8%, muy bueno 19.5%, bueno 63.4% y regular el 7.3% y malo 0%. Respecto a la capacidad empática: perfecto el 25%, muy bueno 25%, bueno 42.5% y regular el 7.5% y malo 0%.

Discusión: Si comparamos los resultados con la anterior encuesta podemos observar que el grado de satisfacción global ha aumentado de 7.77 a 8.05, en cambio menos usuarios volverían a escoger nuestro centro. De esta variable no encontramos explicación. En cambio se observa un nivel elevado de satisfacción en los ítems valorados de las enfermeras. Creemos necesario también hacer una encuesta de satisfacción a las enfermeras, pues ellas son las que han realizado el cambio. Implicación para la práctica clínica: Los cambios organizativos han implicado una formación exhaustiva de todo el personal de enfermería tanto en el seguimiento de enfermedades crónicas como el manejo de patología banal.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Bibliografía:

- 1- Diaz R.(2002) satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev.Calidad asistencial 2002;17(1):22-9
- 2- Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del CATSALUT. Generalitat de Catalunya 2006
- 3- Mira JJ, Arranz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica 200; (supl.3): 26-33.

**Sesión de Comunicaciones Orales Breves VI****Session of Oral Brief Presentations VI****AUTORES/AUTHORS:**

feldman liliane bauer, cunha Isabel cristina Kowal Olm, D'innocenzo Maria

**TÍTULO/TITLE:**

Instrument for evaluating nursing services: validation of hospital safety criteria

**Introduction:**

Researches on evaluation and search for quality in healthcare started in Europe around 1855 with Florence Nightingale and in the United States of America (USA) in 1913 with Ernest Codman. They both sought for improvement in patient care and hospital attendance qualification<sup>1</sup>.

In 1960, Avedis Donabedian developed the dimensions Structure, Process and Result to evaluate the services. Studies identified that by evaluation and application of standardized, systemic ongoing methods, it's possible to preserve safety, lower infections and improve quality and the user's satisfaction<sup>2,3</sup>.

In the Brazilian context, the nurse Wanda Horta in 1979 discoursed on the functions of nursing work in health, empowering the evaluation in the service. After 1989, Accreditation speeded up the improvement in quality of healthcare in Brazil with the creation of "Organização Nacional de Acreditação (ONA)" [National Organization of Accreditation] and the publishing of the 1st Manual of Hospital Accreditation, focusing on patterns of organizational excellence, risk management and interdependence of care processes<sup>4</sup>. Some guiding principles of quality and safety were: identification of problems and acting according to priorities, management throughout the process, customer appraisal, error and injury prevention, respect toward workers and the definition and execution of the company goals, among others. They aim to increase productivity and lower damages<sup>5-7</sup>.

The improvement in quality and safety is attained by assessing the nursing service in the hospital, as it is recommended to identify the needs and emphasize the good professional practices.

The following is discussed: - Does the content of evaluation manuals contribute to improve patient's health care? – Which criteria should be in the instrument of nursing service safety evaluation, according to the dimensions of structure, process and result?

**Aim:**

Identify and validate safety criteria in order to evaluate Nursing Service (NS) in the hospital, based on the Accreditation programs.

**Method:**

The study is characterized as descriptive. It has a methodological quantitative approach.

The identification of some criteria started from ONA's Accreditation Model, version 2006 in Brazil. The criteria were added and enlarged according to Donabedian's<sup>2</sup> logic in Structure, Process and Result, derived from revised literature and the researcher's experience. Forty criteria were initially identified for the pre-test. The latter was applied to twenty nurses, who proposed changes.

Data collection was made from April to November 2009.

The 20-criterion modified instrument was sent to 113 nurses, managers of accredited hospitals, who evaluated the degree of importance of each item, according to Likert scale, the applicability of the instrument and consensus of the importance of each criterion.

Fifty-one instruments returned with the informed consent of the study, but 49 were on the focus. Data was analyzed and presented in tables and statistics were made by a specialist<sup>8,9</sup>. The research was approved by the ethics committee from the Federal University of Sao Paulo, part of a doctorate thesis.

**Results and discussion:**

The instrument was evaluated by 49 nurses (91.8% female gender) from hospitals accredited in Brazil, whose age was between 41-50 years old (36.7%), 45 (91.8%) specialists, 7 (14.2%) masters and 2 (4.0%) doctors.

Twenty safety criteria remained, which were measured between "very important to not important". Adjustments, exclusions, changes in the numeric order and in the construction of the language of criteria were proposed.

The 8 (40%) criteria of structure attained 87.5% of the "very important" level. In process, 5 (25%) criteria attained 60.4% and in result, only 2 (28.5%) of the 7 criteria attained the "very important" level (59.2%).



Reliability of the criteria through Cronbach's alpha varied from 0 to 1. For structure and process, Cronbach's alpha was high (0.938). In result, there was a variability in the nurses' opinion and discordance among the items with Cronbach's alpha was low (0.143). Even so, the applicability of all criteria attained 89.7% of consensus among the nurses.

#### Conclusion:

In this study, safety criteria related to hospital care were created and validated. They were criteria related to the identification of potential risk factors and adverse events, measures adopted for restraining, correcting, reducing and preventing near miss and incidents; the use of tools for controlling and monitoring risks, besides the patient's involvement, fostering safer care<sup>10,11</sup>. It's recommended the application of criteria and adjustment according to the needs and the organizational and caring reality. Guided by nursing activities, it's emphasized the nurse's participation in this process. The instrument creates support to measure quality and safety in the health care areas.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

##### References:

1. Quinto Neto A, Gastal FL. Acreditação hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde. Porto Alegre: Dacasa; 1997.
2. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor (MI): Health Administration Press; 1999.
3. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? Am J Public Health. 1981 Apr;71(4):409-12.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de avaliação de políticas de saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
5. Feldman LB. Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde: critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo: Martinari; 2004.
6. Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta Paul Enferm. 2005 Abr-Jun; 18(2): 213-9.
7. Feldman LB, organizadora. Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. São Paulo: Martinari; 2008.
8. McDowell I, Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. Oxford: Oxford University Press; 1996.
9. Mendes W, Travassos C, Martins M, Marques PM. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. Rev Epidemiol. 2008;11(1):55-66.
10. Plano de trabalho para a rede de enfermagem e a segurança do paciente. Washington (DC): Organização Pan-Americana de Saúde/OMS; 2007.
11. Feldman LB, Cunha ICKO. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. Rev Latino-Am Enfermagem. 2006 Ago;14(4):540-5.

**AUTORES/AUTHORS:**

SEVİM SEN, FATMA ETİ ASLAN

**TÍTULO/TITLE:**

The Effect of Anxiety on Capillary Refill Time

Background: Physiological changes in the body related to anxiety; which is thought to be the cause of prolonged capillary refill time, includes sympathetic system activation and neuroendocrine system response [1,2]. Following hypothalamic stimulation; increased adrenaline and noradrenaline causes peripheral vasoconstriction and thereby capillary refill time changes. Capillary system which consists of endothelial cells is stimulated by endogenous agents and hormones. There are several studies stated that nitric oxide which is one of these agents, increases with anxiety [3]. However; it was considered as the vasoconstriction related to nitric oxide can affect capillary refill time [4,5].

Prolongation in capillary refill time indicates impaired peripheral perfusion and this may indicate a cardiovascular problem. Hence; particularly in patients with an emergency situation, evaluation of capillary refill time is also important. However; it should be considered that capillary refill time can be affected by anxiety. Thus; physical and psychological symptoms of anxiety should be determined as soon as possible; so capillary refill time can be checked accurately.

Objective: To determine the effect of anxiety on capillary refill time in surgical patients.

Method: The study has been carried out descriptively in Marmara University Hospital's surgery unit with written permission of ethical committee, between June 3rd 2009 and December 30th 2009, with 150 patients. The sample choosing criterias were voluntary participation to study, filling the informed consent form, ages between 18-65, no use of vasoactive drug or any sedative drug, no mental disorder and no problems to communicate. The data was collected by Socio-Demographic Data Collecting Form and Hamilton's Anxiety Rating Scale (HAM-A), one day before surgery by interviewing face to face with the patients. Socio-Demographic Data Collecting Form has 14 questions which divided into three parts. In the first part, there are 6 questions which included the patients' medical diagnosis and surgical information. The second part includes questions of blood pressure, heart rate, pulse pressure, body temperature and room temperature, oxygen saturation and capillary refill time. The third part includes HAM-A score of the patient. HAM-A is a 0-4 likert type scale with 13 items which is created by Hamilton in 1959 and it determines level of anxiety and symptom distribution and measures changes in severity in individuals. Turkish validity and reliability study was performed by Yazici and colleagues in 1998. According to the homogeneity results of One-Sample Kolmogorow Smirnow and One Way Anova tests, the data evaluated with parametric (Chi-Square, Student-t and One Way Anova) and non-parametric (Mann Whitney-U and Kruskal Wallis) tests. The results were evaluated statistically by SPSS 15.0 between 95% reliability interval with  $p < 0.05$  significancy level.

Results: It has been found that anxiety prolongs the capillary refill time and the 10% of the change in capillary refill time depends on the severity of anxiety ( $p < 0.05$ ) and there was a positive relationship between anxiety and capillary refill time; in other words, the increase of anxiety scores prolonged capillary refill time. Psychological symptoms of anxiety such as anxious temperament, symptoms of cognitional and depressive temperament, symptoms of cognitional and depressive temperament and physical symptoms such as insomnia, muscle tension, respiratory, cardiovascular, gastrointestinal and genitourinary changes and also observable anxious behaviors were significantly higher in patients with longer than 2 seconds capillary refill time ( $p < 0.05$ ).

Discussion: The anxiety related physiological changes in surgical patients such as vasospasm and peripheral vasoconstriction can change the capillary refill time and the change in capillary refill time can cause wrong evaluation of peripheral perfusion. Hence; it is

necessary to control anxiety in surgical patients to avoid wrong evaluation of perfusion. Therefore, healthcare professionals should consider anxiety as a physiologic condition as much as the psychological point of view.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Ersoy F, Yildirim C, Edirne T (2001), Burnout Syndrome. *Steds*, 10(2):46-47.
2. Balcioglu I. (2002) Psychoendocrinology of Anxiety Disorders. *Anadolu Psikiyatr Derg*, 3(1):45-51.
3. Balci N (2007) Total sialic acid, xanthine oxidase, malondialdehyde, nitric oxide, arginase and ornithine levels at persons receiving continual noise at various occupations. *Sutcu Imam University, Institute of Science, Department of Chemistry, Master Thesis, Kahramanmaraş (Consultant: Assist. Prof. Dr. Kurtul N).*
4. Sen M. (Ed), (2005) *Endotel ve Sistemlerimiz*. Printas Basim A.S., Istanbul, s.1-113.
5. Vural M, Basar E (2007) Anxiety disorder as a potential for sudden death. *Anadolu Kardiyol Derg*, (7)s:179-183.

Versión Preliminar - Preliminary version

**AUTORES/AUTHORS:**

Ligia Rojas Valenciano, Ana Guzmán Aguilar, Viriam Leiva Díaz

**TÍTULO/TITLE:**

Práctica pedagógica constructivista del curso dimensiones del conocimiento en Enfermería: una experiencia de aula

Objetivo: Analizar el desarrollo de la práctica educativa del curso Dimensiones del Conocimiento del programa de Licenciatura de Enfermería de la Universidad de Costa Rica a partir de los fundamentos pedagógicos del enfoque constructivista para el mejoramiento del plan de estudios. Métodos: El curso analizado se ubica en el V ciclo del plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica. El diseño es cualitativo aplicando la investigación acción en el aula. La población matriculada en este curso correspondió a 98 estudiantes distribuidos en cuatro grupos; participaron tres grupos elegidos intencionalmente (63 estudiantes) Criterios de selección: estar matriculado en el curso; el grupo asignado fuera el 1, 2, o 4; estar matriculado en el módulo de la niñez; no ser repitente en el curso. Unidades de análisis: ¿qué se enseña?; ¿cómo se aprende?; ¿cómo se evalúa? Instrumentos y técnicas aplicadas: cuestionario, encuesta con preguntas generadoras, observación participante y notas de campo. Los datos del cuestionario se procesaron utilizando el programa EXCEL, la encuesta y notas de campo fueron codificadas y categorizadas en unidades de análisis, la observación participante se categorizó respondiendo a la pregunta ¿por-qué pasó lo acontecido? Se trianguló por datos. Resultados: La reflexión y análisis en la relación sujeto-objeto es esencial para la construcción de la Enfermería como disciplina, esto permite la identificación y la transformación del conocimiento. Por lo cual, la incorporación de situaciones reales de la práctica clínica, a las discusiones en clase mejoran la apropiación del conocimiento. Las tareas asignadas con alto nivel de complejidad, poca claridad de cómo realizarlas, dificultan la comprensión, desmotivan al estudiantado, así como el escaso conocimiento previo de temáticas discutidas en clase y exceso de carga académica. Estos aspectos se ven reflejados en las bajas calificaciones obtenidas en las pruebas escritas; lo que conlleva a modificaciones de la evaluación en donde el estudiantado pueda demostrar el conocimiento construido por ellos y mejorar su rendimiento académico. Discusión: Las personas construyen y hacen suyo el saber y formas culturales del grupo al que pertenecen para lograr modificar su propia autopercepción. De esta forma se logra alcanzar autonomía para afrontar nuevas situaciones, identificar problemas y sugerir soluciones. De ahí que el repertorio de entrada a cursos adquiere relevancia para la construcción del conocimiento y posibilita el andamiaje necesario para la consecución del repertorio de salida. El desarrollo de diversas estrategias y experiencias cotidianas de situaciones de la práctica real que provocan un incremento en el uso del pensamiento, conciencia y ubicación para interpretar la realidad e intervenir en ella y asumir una posición respecto al objeto de conocimiento desde el propio sistema de pensamiento. Implicaciones para la práctica: la práctica pedagógica a partir de un enfoque constructivista, amplía el logro de la apropiación de un conocimiento significativo de la Enfermería sobre el cuidado de la salud, reflejado en una mejor práctica clínica.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Burns, Nancy; Grove, Susan (2000). Investigación en enfermería. Madrid: Editorial ELSEVIER.
- Coll, Cesar (1999). El Constructivismo en el aula. Barcelona: Serie Pedagógica.
- Coll, Cesar (1996) Aprendizaje escolar y construcción del comportamiento. Barcelona: Editorial Paidós.
- Dáaz Barriga, Frida; Hernández Rojas, Gerardo (2002) Estrategias docentes para un aprendizaje significativo: una interpretación constructivista. México D. F.: McGrawHill.
- Escudero (1999) La formación permanente del profesorado universitario: cultura, política y procesos. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, n° 34, Enero/Abril 1999, pp. 133-157.
- Durán, María M. Marco epistemológico de la enfermería: <http://aquichan.unisabana.edu.co/co/index.php/aquichan/article/viewArticle/110/177> (consultado Julio 2008)

- Hernández Sampieri, R., Fernández, C.; Baptista, P. (2007) Metodología de la Investigación. México D.F.: McGraw Hill.
- Kerouac, Suzanne y otros (1996) El pensamiento enfermero. Barcelona: Editorial Masson.
- Martínez, M. La investigación acción en el aula. Revista Agenda Académica V.7, No.1 (2000: pp 27-39)
- Molina, Z. Planificación, Diseño y Desarrollo Curricular. Revista Umbral Educación y Constructivismo No.10 (1999: pp 4 - 27) Océano. (2004). Diccionario de Psicología. Barcelona: Editorial Océano.
- Onrubia, Javier. (1999) "Enseñar: crear Zonas de Desarrollo Próximo e intervenir en ellas" en Coll, C. El constructivismo en el aula. Cap. 5. Barcelona: Serie Pedagógica. Plan de estudios de la carrera de Licenciatura en Enfermería Resolución VD-6479-98
- Pinto, Natividad (2002) El arte y la ciencia del mundo: el cuidado en el proceso de enseñanza y aprendizaje. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Pochet Coronado, Rosa María (2000) Discurso y análisis social. Métodos cualitativos y técnicas de análisis. San José: Editorial Universidad de Costa Rica.
- Rojas, Ligia (2007) Elementos conceptuales y metodológicos de la Investigación Cualitativa. San José: Editorial Universidad de Costa Rica.

Versión Provisional - Preliminary Version

**AUTORES/AUTHORS:**

ANA ISABEL TERRIZA TORRES, M.ANDION GOÑI OLAGUA, SANTIAGO PEREZ GARCIA, M.JOSE DURA JIMENEZ, JUANA MARIA AGUILAR ORTEGA, CLOTILDE POSE BECERRA

**TÍTULO/TITLE:**

EVALUACIÓN DE METODOLOGÍA DE TRABAJO ENFERMERO CON APLICACIÓN INFORMÁTICA

**1.OBJETIVOS****OBJETIVO GENERAL:**

- Identificar la correcta utilización de la aplicación informática GACELA por las Enfermeras de las Unidades de Hospitalización del Hospital Universitario "12 de Octubre"
- Identificar las áreas a mejorar en la utilización de la aplicación informática GACELA por las Enfermeras de las Unidades de Hospitalización del Hospital Universitario "12 de Octubre"

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Conocer la adecuación de la valoración del paciente al ingreso.
- Cuantificar el número y tipo de planes de cuidados de los pacientes
- Determinar cuantitativamente los registros de control de pruebas
- Determinar estadísticamente la adecuación o errores en la introducción de datos en gráfica

**2.MÉTODOLOGIA**

- Estudio Descriptivo Transversal
- Total de pacientes ingresados en el día del estudio en unidades de hospitalización médica y quirúrgica de adultos
- Variables estudiadas:
  - Valoración del paciente al ingreso
  - Planes de cuidados Estandarizados
  - Planes de cuidados individualizados
  - Planes de cuidados directos
  - Registro de cuidados
  - Control de pruebas
  - Gráfica
- Recogida de Información a través de:
  - Función Ficha de paciente para conocer la valoración del paciente al ingreso, sustituye a la Hoja de Valoración al ingreso en formato papel.
  - Función Módulo Supervisora y Consulta del Paciente, tipo de plan de cuidados y utilización correcta: Plan de cuidados Directos, Plan de cuidados Individualizado y Plan de cuidados Estandarizado.
  - Función Petición Otros Servicios, como registro y control de las pruebas que se piden a los pacientes.

**3. RESULTADOS**

Se muestra por unidades lo siguiente:

- Tabla de recogida de datos y gráficos
- Conclusiones
- Sugerencias para mejorar

Los resultados globales del hospital son:

- Valoración al ingreso del paciente: Cumplimentada en un 46%
- Planes de cuidados:
  - En un 50% se aplica correctamente los planes de cuidados estandarizados.
  - En un 20% se realiza correctamente los planes de cuidados individualizados
  - Los planes de cuidados directos en un 10 % se utilizan correctamente
- Registro de cuidados: 46%
- Control de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas: Cumplimentados en un 59%
- Porcentaje de cumplimentación incorrecta de la gráfica: 3%

#### 4.DISCUSION

Tras la evaluación de todas las unidades se sacaron conclusiones generales y se establecieron áreas de mejora:

- Unificar criterios de utilización de la herramienta para todas las unidades.
- Formar al personal de nueva incorporación
- Cursos de reciclaje de la herramienta informática: Nuevas funcionalidades e incidir en el uso correcto de las funciones

#### PLAN DE ACCIÓN:

- Presentación pública de los resultados con datos comparativos por unidades de enfermería en reunión con los supervisores.
- Informe individualizado a cada supervisor con la evaluación de su unidad.
- Detectar necesidades de formación de cada unidad (Número de personal de enfermería sin el curso y necesidades de reciclaje): Se realizó una base de datos.
- Reuniones en cada unidad con los profesionales para presentación de resultados y establecimiento de medidas de mejora por parte de los supervisores
- Formación actualización GACELA
- Establecer evaluaciones periódicas para evaluar la eficacia tras las medidas de mejora.
- Determinar objetivos de cumplimentación cuanti-cualitativa.

#### IMPLICACION EN LA PRÁCTICA CLINICA

- Concienciación de los profesionales de enfermería sobre la importancia del trabajo enfermero mediante la utilización de un sistema de gestión de cuidados. La información clínica del paciente muestra una mejora significativa, ya que se realiza la valoración al ingreso de todos los pacientes y su correspondiente planificación de cuidados.
- Implantación de un sistema de aprendizaje activo-participativo por unidades de enfermería para desarrollar planes de cuidados individualizados y estandarizados.
- Mejora de la calidad de los cuidados al prevenir situaciones de riesgo de los pacientes ingresados y adecuar los planes a nuestros

pacientes.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY

- Luis M<sup>º</sup>T., Fernández C., Navarro M<sup>º</sup>V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3<sup>ª</sup> ed. Barcelona: Masson, 2005
- Luis M<sup>º</sup>T. Diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 7<sup>ª</sup> ed. Barcelona: Masson, 2007
- NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier España; 2010
- Guirao J., Cuesta A., Benavent A. Diagnóstico de Enfermería. Claves para su desarrollo. Rol de Enfermería 1999; 22(7-8)
- Servicio Andaluz de Salud. Procesos Asistenciales. Estrategias de implantación de planes de cuidados. Documento disponible en [www.juntadeandalucia.es/salud](http://www.juntadeandalucia.es/salud)
- Villalgordo Ortín, P; Marín Fernández, B. Abordaje inductivo: un método útil para la elaboración de planes de cuidados estandarizados. Metas de Enfermería. 2005; 8(4): 26-31.
- Comisión Asesora en Planes de cuidados y Enfermeras del hospital Carlos Haya de Málaga. Planes de cuidados estandarizados. 2006. Documento disponible en [www.juntadeandalucia.es/salud](http://www.juntadeandalucia.es/salud).
- Alfaro Lefevre, R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5<sup>ª</sup> Edición. Barcelona: Masson 2005



**AUTORES/AUTHORS:**RAQUEL ALONSO ALONSO, M<sup>o</sup>MAR PEÑA MUÑOZ, SARA PEÑA PEREZ**TÍTULO/TITLE:**

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE BURGOS

**OBJETIVOS:**

- Conocer la prevalencia del Burnout entre los diferentes profesionales de cuidados intensivos del Hospital General Yagüe de Burgos
- Determinar las características personales y laborales que van asociadas al Burnout entre los profesionales de UCI
- Comparar las dimensiones del Burnout entre los distintos estamentos laborales sanitarios

**MÉTODOS:**

- Es un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, realizado en una UCI de tres unidades con 24 camas en el Hospital General Yagüe
- La población está formada por 118 profesionales, consideramos criterio de inclusión desempeñar la labor asistencial, por lo menos, en los últimos tres meses
- La recogida de datos se hace mediante:
  - A. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)
  - B. Cuestionario socio- demográfico
  - C. Cuestionario de realización propia (Pilotado en URPA)
- El proyecto está presentado en el Comité Ético de Investigación Clínica, en la Dirección de enfermería y a las supervisoras de los servicios de URPA y UCI
- El análisis de datos es mediante estadística descriptiva, y programa SPSS

**RESULTADOS:**

- Se recogieron 92 cuestionario válidos. El 87.1% son mujeres. El 45 % trabaja como profesional desde hace 10 años o menos, el 66% lleva un máximo de 10 años. La mayoría son enfermeras (57%) y auxiliares (30.1%) con turno antiestrés de 1 o 2 noches. Casi la mitad casados con uno o dos hijos. El 57% no es hijo. Casi todos han tenido IT en el último año (72.4% sólo una)
- En relación al MBI, cerca del 20% está por encima del percentil 75, puntuando alto en AE y DP, y bajo en RP, que sugiere sentimientos de estar quemado, mientras que en el percentil 25-75 se sitúa alrededor del 25%, que los sitúa en riesgo.
- Encontramos diferencias significativas entre tiempo trabajado y DP ( $P=0.009$ ), puntuando más alto quienes menos tiempo llevan.
- En el cuestionario, la mayoría está ilusionado/motivado por el trabajo (82.9%), y describen buen ambiente laboral (90.3%), aunque más del 65% declaran sobrecarga por el uso de tecnología, y el 81.8 % no se sienten valorados por las demás categorías profesionales. Existen diferencias significativas entre sobrecarga de trabajo y AE ( $p=0.002$ ), valoración entre compañeros y DP ( $p=0.015$ )-RP( $p=0.020$ ), el número de estudios realizados en la Unidad sin ser informados de ellos ( $p=0.024$ ), percibir que se realizan funciones que no pertenecen a su categoría profesional y AE ( $P=0.047$ )-RP( $p=0.049$ ); y el interés en el trabajo y AE ( $P=0.001$ )

**DISCUSIÓN**

. Un porcentaje considerable de profesionales de Enfermería sienten estar ya quemados, y uno mayor está en riesgo de ello. Entre ambos casi llegan a la mitad, y afectan en especial a sentimientos de despersonalización en profesionales con menos de 5 años en UCI.

. Existe motivación, ambiente laboral bueno, interés por el trabajo, pero, la sobrecarga de trabajo, uso y desinformación en materia tecnológica, infravaloración por otras categorías, no participar en estudios que se realizan en UCI y realizar funciones fuera de sus competencias, están influyendo en las subescalas del MBI, y por tanto en el sentimiento de estar quemado.

. Los factores problemáticos identificados son de solución sencilla y prácticamente sin coste, se podría intervenir para reducir el riesgo, mejorar los cuidados de calidad y garantizar la seguridad del paciente y de los profesionales.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Revista Cuidados Enfermeras Intensivos  
Viernes, Abril 07, 2006
2. García N, Roca A, Carmona A, Olona M. Síndrome de Burnout en los equipos de enfermería de cuidados intensivos de Cataluña. Metas de enfermería 2004; 7(2): 6-12.
3. Maslach C., Jackson S.  
Maslach Burnout Inventory manual. Palo alto (California): Consulting Psychologist Press; 1981
4. Maslach C., Jackson S.  
Maslach Burnout Inventory. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Madrid: editor TEA. Manual; 1997
5. Seisdedos N, Adaptación española del MBI . Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Madrid: editor TEA. Manual; 1997
6. Maslach C., Jackson S. The measurement of experientet burnout. Journal of Occupation Behavir. 1981; 2:99-113
7. Cherniss C. Staff Burnout: Job stress in human service. Beverly CA: Sage; 1980
8. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Dominguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Madrid.  
Rev. Esp, Salud Pública 2004; 78(4): 505-16
9. Muñoz MJ, Pérez MI, Granero J. Inmunidad de enfermería a los efectos del Burnout. Metas de Enfermería, 2002; 51:6-9
10. Meseguer F, González R, Calatayud E. Enfermería , burnout y unidades de alto riesgo. Enferm Clin. 1996; 6(6): 21-6
11. Bustinza A, Lopez-Herce J, Carrillo A, Virgil MD, de Lucas N, Panadero E,  
Situación del burnout de los pediatras intensivistas españoles. An Esp. Pediatría 2000; 52: 418-23
12. Turnipseed DL. Anxiety and burnout in the Elath care worders, Occup Med (London) 1998; 48: 237-50

**AUTORES/AUTHORS:**

CECILIA TAPIA CASELLAS, CINTIA ESCANDELL GARCIA, JOSE ROMO VILLA, MARA PARELLADA REDONDO, MARTA RAPADO CASTRO, LETICIA BOADA MUÑOZ, JESSICA MERCHAN NARANJO, MARIA REMEDIOS RODRIGUEZ JIMENEZ, CELSO ARANGO LOPEZ

**TÍTULO/TITLE:**

Factores de riesgo perinatales y de desarrollo asociados al Síndrome de Asperger

**Introducción**

El síndrome de Asperger es un trastorno grave y crónico del desarrollo caracterizado por alteraciones marcadas dentro de los dominios de la interacción social, comunicación, juego e imaginación y con la presencia de intereses restringidos o comportamientos estereotipados.

A diferencia del resto de subtipos, el Síndrome de Asperger implica una inteligencia preservada (dentro de los límites de la normalidad) y un desarrollo del lenguaje aparentemente normal.

Se han asociado al desarrollo de este trastorno un conjunto complejo de variables, tanto genéticas como ambientales.

**Objetivo**

Identificar variables perinatales y de desarrollo presentes en niños diagnosticados de síndrome de Asperger y compararlas con niños sanos:

- Analizar complicaciones obstétricas ocurridas durante el embarazo y parto.
- Determinar las diferencias en el test de Apgar y peso al nacimiento.
- Analizar los hitos del desarrollo evolutivo (psicomotor, lenguaje, lectoescritura y social).
- Edad del primer contacto psiquiátrico o psicológico.
- Revisar enfermedades concomitantes presentes en el momento de la visita.

**Método**

Se trata de un diseño caso-control de 73 niños (37 niños diagnosticados de Síndrome de Asperger y 36 controles sanos) pareados en edad (media de 15 años), raza (caucásica 91%) y varones en su mayoría (91%).

Se rellenó la escala de Complicaciones Obstétricas de Lewis-Murray y la puntuación en el test de Apgar (al nacimiento y los 5 minutos).

También se recogieron las variables de desarrollo psicomotor, lenguaje, lectoescritura y social, edad del primer contacto con servicios de salud mental y la presencia de enfermedades concomitantes.

El análisis de datos se realizó mediante el paquete SPSS 13.0, utilizando prueba  $\chi^2$  y t student en caso de variables categóricas y continuas respectivamente.

**Resultado**

La duración del parto ( $p=0,039$ ) y la presentación de nalgas o anormal ( $p=0,046$ ) fueron las variables perinatales que presentaron diferencias significativas entre los dos grupos.

El desarrollo evolutivo fue significativamente peor ( $p=0,001$ ) en niños con Síndrome de Asperger, presentando la mayoría (57%) alteraciones en dos y tres áreas de desarrollo.

No hubo diferencias significativas respecto al peso al nacimiento y la presencia de enfermedades concomitantes en la actualidad.

En el Test de Apgar total existe una tendencia a no ser normal en niños diagnosticados con Síndrome de Asperger.

Existen diferencias significativas ( $p=0,001$ ) en la edad del primer contacto, siendo de 9 años de mediana en caso de los controles y de 4,5 años en caso de Síndrome de Asperger

**Discusión**

No existe evidencia suficiente que relacione las complicaciones perinatales con la presencia del Síndrome de Asperger en nuestra muestra. La larga duración del parto y la presentación de nalgas están más presentes en nuestra población. Se necesitan estudios más amplios para analizar los factores de riesgo en este trastorno para poder minimizarlos.

“Supported by CIBER de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III, Spanish Ministry of Science and Innovation”. Unidad de Adolescentes, Departamento de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. Madrid, Spain

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Belinchon, M. (2000). Situación y necesidades de las personas con Trastorno del Espectro Autista en la Comunidad de Madrid. Madrid: Obra social Caja Madrid.
- Deletrea. Un acercamiento al Síndrome de Asperger: una guía tórica y práctica. Madrid: Asociación Asperger España.
- Gardener, H. Spiegelman, D., Buka, SL. (2009). Prenatal risk factors for autism: comprehensive meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 195 (1), 7-14.
- Ghaziuddin, M. (2005). A family history study of Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(2), 177-182.
- Glasson, E., Bower, C., Petterson, B.(2004). Perinatal factors and the development of autism. *Archives of General Psychiatry*, 61, 618-627.

**AUTORES/AUTHORS:**

Montserrat Amigó Tadín, Santiago Nogué Xarau, Òscar Miró Andreu

**TÍTULO/TITLE:**

Intoxicación aguda voluntaria y necesidad terapéutica de carbón activado: ¿existen diferencias entre hombres y mujeres?

Introducción: Las intoxicaciones agudas voluntarias y con idea suicida son más frecuentes en mujeres que en hombres, debido a la mayor prevalencia de patologías como la ansiedad y depresión. Estos intoxicados reciben con frecuencia tratamiento con carbón activado.

Objetivo: Determinar si hay diferencias entre hombres y mujeres en la forma de presentación clínica, evolución, actitud terapéutica y de cuidados de las intoxicaciones agudas voluntarias tratadas con carbón activado.

Método: Estudio descriptivo y aleatorio realizado en Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona durante un período de 7 años.

Inclusión de pacientes que recibieron carbón activado como tratamiento de su intoxicación. Se relacionó el sexo con el resto de variables: edad, tipo de tóxico, forma de administración del carbón, tiempo de demora asistencial, estancia en urgencias, consulta psiquiátrica y destino. Se utilizó el test de la ji al cuadrado para las variables cualitativas y el test de la U de Mann-Whitney para las cuantitativas. El nivel de significación se estableció en una  $p < 0,05$ .

Resultados: Se han incluido 575 pacientes. La media de edad fue de 37,8 (14,8) años y el 65,7% fueron mujeres. No se han observado diferencias entre hombres y mujeres respecto a la edad, número de principios activos implicados en la intoxicación o número de pastillas ingeridas [32,9 (36,6) vs 31,4 (31,1)], pero se observó una mayor prevalencia de intoxicación benzodiazepínica en las mujeres respecto a los hombres (69,8% vs 61,2%;  $p < 0,05$ ). El etanol como acompañante de la intoxicación medicamentosa fue más frecuente en hombres que en mujeres (32,4% vs 18,8%;  $p < 0,001$ ) al igual que las intoxicaciones no medicamentosas voluntarias (7,9% vs a 3,2%;  $p < 0,05$ ). No hubo diferencias entre sexos respecto a la afectación del nivel de conciencia [Glasgow 14,1 (2,3) vs 14,1 (2,1)], ni en la necesidad de antídotos [27 (13,8) vs 53 (14,1)] o medidas sintomáticas [56 (28,6) vs 98 (26,1)]. Entre ambos sexos, no hubo tampoco diferencias de tiempo entre la llegada a Urgencias y el paso al box (19+33 minutos para hombres y 17+38 minutos para mujeres) ni entre la atención en el box y la administración del carbón (20+45 vs 20+54 minutos). El uso extrahospitalario del carbón [4 (2,0) vs 8 (2,1)], su administración por vía oral (88%), por sonda gástrica (12%) o en dosis repetidas [10 (5,12) vs 21 (5,6)], fue similar en ambos sexos. No se observaron tampoco diferencias en las horas de estancia en Urgencias [11,17 (23,01) vs 9,26 (14,28)], consultas a Psiquiatría (100%) o en la necesidad de ingreso hospitalario ya fuese por complicaciones de la intoxicación o por la patología psiquiátrica subyacente [44 (22,79) vs 72 (19,35)]. Fueron dados de alta al domicilio el 74,1 % de los pacientes, sin que se registrase ningún fallecimiento.

Discusión: Las intoxicaciones voluntarias son más frecuentes en mujeres que en hombres. No hay diferencias en la gravedad de su presentación, ni en la evolución y las actitudes terapéuticas y de cuidados fueron iguales en ambos sexos. La intoxicación por benzodiazepinas fue más prevalente en mujeres, mientras que las intoxicaciones no-medicamentosas y la toma de bebidas alcohólicas fueron más frecuentes en hombres. No hay diferencias de género en la valoración y cuidados de estos pacientes a pesar de ser una patología eminentemente femenina.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Amigó M, Nogué S, Gómez E, Sanjurjo E, Sánchez M, Puiguriguer J. Medida de la calidad asistencial que se ofrece a los pacientes con intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias. *Emergencias*. 2006; 18: 7-16.

Burillo G, Munné P, Dueñas A, Trujillo MM, Jiménez A, Adrián MJ et al. Intoxicaciones agudas: Perfil epidemiológico y clínico, y análisis de las técnicas de descontaminación digestiva utilizadas en los servicios de urgencias españoles en el año 2006 –estudio HISPATOX-. *Emergencias*. 2008; 20: 15-26.

Margaret Chan. Organización Mundial de la Salud. Las mujeres reciben peor atención médica. [acceso 4 Dic 2009]. Disponible en: <http://es.reuters.com/article/topNews/idESMAE5A80GQ20091109>.

Mellesdal L, Mehlum L, Wentzel-Larsen T, Kroken R, Jorgensen HA. Suicide risk and acute psychiatric readmissions: a prospective cohort study. *Psychiatr Serv*. 2010; 61: 25-31.

Nepon J, Belik SL, Bolton J, Sareen J. The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiological Survey on alcohol and related conditions. *Depresse Anxiety* 2010 Mar 9. PMID: 20217852.

Riesgo A, Bragulat E, López-Barbeito B, Sánchez M, Miró O. Aproximación diagnóstica al dolor torácico en urgencias: ¿existen diferencias entre mujeres y hombres?. *Emergencias*. 2008; 20: 399-404.

Tountas C, Sotiropoulos A, Skliros SA, Kotsini V, Peppas TA, Tamvakos E et al. Voluntary self-poisoning as a cause of admission to a tertiary hospital internal medicine clinic in Piraeus, Greece within a year. *BMC Psychiatry* 2001; 1:4. Epub2001 oct 2. PMID 11602022.

**AUTORES/AUTHORS:**

Babak Motamedi

**TÍTULO/TITLE:**

Family Support and Diet Barriers Among Adults with Diabetes, Babak Motamedi, Faculty of Nursing, Islamic Azad University

For older adults, family support may be important in overcoming barriers to self care.

**Objectives**

This study examined how family function, family support, selected demographic variables, and disease characteristics are related to the older adult's perception of barriers to diet self-care.

**Methods**

Older patients at an ambulatory care center, within health care system in the Isfahan, were approached as they presented for care in the clinic reception area by the principal investigator or trained research assistant.

The patients were asked to participate in a survey about their family and factors related to diabetes self-care. The inclusion criteria included: (1) adults ages 55 or older, (2) diagnosed with diabetes (type 2) for at least 1 year, (3) prescribed diabetes medication, (4) living in a family environment, and (5) able to provide informed consent. The interviewer briefly explained the purpose of the study to patients during their clinic visit and screened for eligibility for the study. Those who met the inclusion criteria were given more information about the purpose of the study and were asked to participate. The survey was available in Farsi and was completed either before or after the physician visit.

**Measures****Barriers to Diet Self-care**

Barriers to diet self-care were measured with the diet subscale of the Barriers to Self-care Scale developed by Glasgow and associates.<sup>21</sup>

The seven-item scale measures the frequency of both environmental and cognitive factors that interfere with following a recommended diet.

**Family Support**

Perceived family support for diet was assessed with the diet subscale from the Diabetes Family Behavior Checklist II (DFBC-II).<sup>4</sup> there were two items that measure positive and two items that measure negative support specific to diet. The diet component scores for the DFBC-II were calculated by adding the positive items and subtracting the ratings of the negative items.<sup>4</sup> a high component score indicates a strong perception of positive interactions with the rated family members.

**Family Function**

Family function was measured using the Family APGAR Scale.<sup>22</sup> the Family APGAR is a validated scale of family function. The scale was developed as a tool to measure a family member's perception of five dimensions of family function: adaptability, partnership, growth, affection, and resolution.

**Results**

The overall median score for diet family support was 1.00 (interquartile range=3.0), which indicates a moderate level of positive support.

The range for the scale is -8 to 8, with higher numbers indicating more perceived positive support. The maximum number of family members rated by a single participant with the Family APGAR scale was five. The median APGAR score for the sample was 18 (interquartile range=6), which indicates a high level of family function (range=0 to 20). The scores for the Family APGAR were skewed so that the scores were collapsed to categories for the analyses. A score of 15 or above was categorized as "functional." A score of 14 or less was categorized as "mildly dysfunctional" or "dysfunctional." Approximately 72% were categorized as "functional," and 28%

were “moderately dysfunctional” or “dysfunctional.”

The average rank for diet support score was significantly higher in the functional group. There were no significant differences in the diet barrier scores among the functional and dysfunctional groups or by gender. Additionally, there were no significant differences in family function scores among men and women (chi square=0.820, P=.365).

The initial set of independent variables selected for the univariate analyses included age, gender, education, income, duration of diabetes, number of diabetes-related comorbidities, marital status, household status, family APGAR, and diet family support. The final model explained 14.4% of the variance for barriers to diet self-care. The linear combination of the predictor variables was significantly related to barriers to diet ( $F=3.62$ ,  $df=6$ , 135;  $P=.002$ ). In the final model, age and diet family support were the only two significant predictors of barriers to diet.

#### Discussion

Older adults with higher levels of family support for diet self-care reported fewer barriers to diet self-care. Moreover, those who reported higher levels of family support for diet were also more likely to report living in a functional family setting. The most frequent diet barrier reported in this study was “being around people who are eating or drinking things that I shouldn’t.” This may be a problem for older adults. More than 40% of our subjects reported that the family member they spend the most time with eats foods that are not part of their diet “at least once a day.”

Family function serves as a resource for social support for the patient.

To examine the factors associated with perceived barriers to diet self-care, a regression analysis resulted in a model that explained a modest 14% of the variance in perceived barriers. Family support specific to diet and age were significant predictors of barriers to diet. The greater the family support for diet, the less the perceived barriers. Age had an inverse relationship with perceived barriers.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

##### References

1. Anderson LA, Halter JB. Diabetes care in older adults: current issues in management and research. *Annu Rev Gerontol Geriatr* 1989;9: 35-73.
2. Mokdad AH, Ford SE, Bowman BA. et al. Diabetes trends in the US: 1990–1998. *Diabetes Care* 2000;23(9):1278-83.
3. National diabetes fact sheet, Centers for Disease Control and Prevention. Available at [www.cdc.gov/diabetes/pubs/estimates.htm](http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/estimates.htm). Accessed August 16, 2003.
4. Glasgow RE, Toobert DJ. Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. *Diabetes Care* 1988;11(5):377-86.
5. Nelson KM, Reiber G, Boyko EJ. Diet and exercise among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002;25(10):1722-8.
6. Travis T. Patient perceptions of factors that affect adherence to dietary



regimens for diabetes mellitus. *Diabetes Educ* 1997;23(2):152-6.

7. Ary D, Toobet D, Wilson W, Glasgow R. Patient perspective on factors contributing to nonadherence to diabetes regimen. *Diabetes Care* 1986; 9(2):168-72.

8. Glasgow RE, Hampson SE, Strycker LA, Ruggiero L. Personal model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self management. *Diabetes Care* 1997;20(4):556-61.

9. Jenny JL. Differences in adaptation to diabetes between insulin-dependent and non-insulin-dependent patients: implications for patient education. *Patient Educ Couns* 1986;8(1):39-50.

10. Aljaseem LI, Peyrot M, Wissow L, Rubin RR. The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2001;27(3):393-404.

11. Dye CJ, Haley-Zitlin V, Willoughby D. Insights from older adults with type 2 diabetes: making dietary and exercise changes. *Diabetes Educ* 2003;29(1):116-27.

12. Wen LK. The relationship of family environment and other social cognitive variables on diet and exercise in older adults with type 2 diabetes [dissertation]. Austin, Tex: University of Texas at Austin, 2002.

13. Fisher L, Chesla C, Skaff MM, Gilliss C, Mullan JT, Bartz RJ, Kanter RA, Lutz CP. The family and disease management in Hispanic and European-American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000; 23(3):267-72.

14. Edelstein J, Linn MW. The influence of the family on control of diabetes. *Soc Sci Med* 1985;21(5):541-4.

**AUTORES/AUTHORS:**

Minerva García Fuentes, Juana Obreo Pintos, Rosa Isabel Sánchez Alonso, Gemma Prieto de Lamo

**TÍTULO/TITLE:**

PROGRAMA DE MEJORA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL ANCIANO POLIMEDICADO EN LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ÁVILA

Objetivos: La polimedicación es un fenómeno frecuente que aumenta con la edad. Las consecuencias de este fenómeno son múltiples: efectos adversos de la medicación, interacciones y pérdida de adherencia terapéutica<sup>1</sup>. Esta pérdida de adherencia está considerada por la OMS como un tema prioritario de Salud Pública<sup>2</sup> ya que puede llegar a comprometer gravemente la efectividad de los tratamientos.

Castilla y León tiene un alto porcentaje de población anciana, que va en aumento. Por todo ello en 2008, se desarrolló en la Comunidad el Programa de Mejora de Adherencia en el Anciano Polimedicado dirigido a revisar los tratamientos farmacológicos y determinar la adherencia terapéutica en pacientes polimedificados (5 ó más principios activos (PA) diferentes crónicos) con 75 años o más.

Método: Estudio descriptivo transversal de pacientes con 75 años o más con 5 ó más principios activos (PA) diferentes crónicos captados en la consulta de enfermería en 2008. Participaron 16 Centros de Salud de un total de 22 y 65 enfermeras.

Cada enfermera eligió a 5 pacientes para realizar una entrevista estructurada a la que debían acudir con la medicación habitual. En la entrevista se revisó el plan terapéutico y se midió la adherencia global a través de una adaptación de dos escalas de valoración de habilidades y conocimientos del paciente sobre su medicación (DRUGS y Med-Take)<sup>3,4</sup>. Para cada medicamento se valoraron 4 ítems: identificación, indicación, posología y modo de administración. Cada ítem se calificó con 0 (no conoce) ó 1 (conoce). El resultado de la adherencia fue la suma de la puntuación de cada fármaco dividida entre la máxima posible (4 x nº de medicamentos). Si el resultado era mayor o igual al 75% se consideraba adherente.

En la revisión de los tratamientos farmacológicos se evaluó el uso de PA potencialmente inadecuados en ancianos independientemente del diagnóstico, según los criterios de Beers modificados<sup>5,6,7</sup>. Además, se analizaron todas las interacciones farmacológicas (IF) graves, y las moderadas de antihipertensivos con AINE, por su elevada frecuencia y la pérdida del efecto hipotensor<sup>8</sup>, según Stockley.

Resultados: Se incluyeron en el programa 325 pacientes con una media de edad de 82.1 (IC95: 81.6-82.6), siendo el 57.6% mujeres. La media de PA por paciente fue de 7.3 (IC95: 7-7.5), sin observarse diferencias estadísticamente significativas (DES) por sexo y edad. Se observó un incremento en el consumo de PA con la edad, registrándose el mayor consumo en el tramo de 95 a 99 años con una media de 8 ( $p=0.757$ ).

Las grandes áreas de PA consumidos fueron: cardiovascular (38,1%), digestivo y metabolismo (19,3%) y sistema nervioso (14,2%). Los subgrupos químico-terapéuticos más utilizados fueron los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) (8,7%), Estatinas (6,2%) y Antiagregantes (5,7%).

La media de adherencia global al tratamiento en la muestra fue de 87.9% (IC95: 86.5-89.4), no existiendo DES ni por sexo ni por edad. Un 14.5% de los pacientes no eran adherentes al tratamiento. De los 4 ítems valorados, la identificación y la indicación fueron los que más dificultades plantearon: el 21.7% de los medicamentos no fue correctamente identificado por los pacientes y del 19.1% se desconocía su indicación.

Dentro de los problemas relacionados con la medicación detectados en la entrevista, la identificación de la DOE (30.1%), la necesidad de ayuda externa (18.2%) y administración incorrecta (12.3%) fueron los más frecuentes.

El 27.7% de los pacientes tenían, al menos, un PA Beers, siendo los 3 PA Beers más frecuentes: Digoxina (27.7%), Benzodiazepinas de acción corta (16.5%) y Doxazosina (15.5%).

El análisis de las interacciones mostró que el 48.6% de la muestra presentaba IF graves, de las cuales el 24% de los pacientes presentaba una IF y el 24.6% 2 ó más. Se observaron DES en las IF graves según la edad, con una media de 3 IF en el tramo de 95 a 99 años ( $p=0.025$ ). Las principales IF graves correspondieron a Acenocumarol + IBP (9.45%), AAS (antiagregante) + AINE (9.12%) y Acenocumarol + AINE o Analgésicos (7.82%).

El 17.5% de los pacientes presentaba IF moderadas de antihipertensivos con AINE.

Discusión: Los pacientes mayores de 75 años polimedcados del estudio, presentan un elevado consumo de PA. La polimedcación aumenta el riesgo de sufrir problemas relacionados con los medicamentos (reacciones adversas e interacciones medicamentosas). Las entrevistas a los pacientes detectaron áreas de mejora en la identificación y la indicación de los medicamentos por los ancianos. Por ello, tanto la revisión periódica del plan terapéutico como la educación a los pacientes son primordiales para mejorar el uso de fármacos. Un abordaje interdisciplinario y multifactorial repercutirá en un aumento de la seguridad y de los niveles de salud de los pacientes y en una disminución del gasto en medicamentos.

Como limitaciones al estudio debe citarse que los resultados de adherencia son mayores de lo que cabría esperar, ya que para la puesta en marcha del programa se hizo una selección no aleatoria de un número pequeño de pacientes, por lo tanto, la muestra puede no ser representativa de la población anciana del área y es posible que exista un sesgo de selección.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Villafaina A y Gavilán E. Concepto e importancia de la polimedcación. Abordaje integral del paciente polimedcado [curso on-line]; 2009. Disponible en: [www.diariomedico.com](http://www.diariomedico.com) / [www.correofarmaceutico.com](http://www.correofarmaceutico.com).
2. WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action [monografía en Internet]. World Health Organization; 2003 [citado el 30 de agosto de 2010]. Disponible en: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en)
3. Edelberg HK, Shallenberger E, Hausdorff JM, Wei JY. One-year follow-up of medication management capacity in highly functioning older adults. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. 2000; 55a, M550–M553.
4. Raehl CL, Bond CA. Screening Tests for Intended Medication Adherence Among the Elderly. *Ann Pharmacother*. 2006; 40: 888-93.
5. Rochon PA. Drug Prescribing for older adults [monografía en Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2010 [citado el 30 de agosto de 2010]. Disponible en: [http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~hFWFDt6C2406eq&selectedTitle=1%7E150&source=search\\_result](http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~hFWFDt6C2406eq&selectedTitle=1%7E150&source=search_result)
6. Laroche ML, Charmes JP, Bouthier F, Merle L. Inappropriate Medications in the Elderly. *Clin Pharmacol Ther*. 2009; 85: 94-7.
7. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*. 2003; 163(22):2716-24.
8. De Blas B, Laredo LM, Vargas E. Interacciones de los fármacos más consumidos. *Inf Ter sist Nac Salud*. 2004; 28(1):1-11.

## POSTER 2

### AUTORES/AUTHORS:

Sandra Pires Álvarez, Manuel Palacios Ortego, Pilar García-Velasco

### TÍTULO/TITLE

Enfermería: Atención Integral al Paciente en cirugía artroscópica de hombro con BIS+ Remifentanilo (R)

1-Objetivos: 1- Educación preoperatoria del paciente respecto a la importancia del control del dolor postoperatorio. 2- Concienciación y adiestramiento de Enfermería respecto al dolor como "5ª Constante vital". 3- Resaltar los cuidados de Enfermería en la Atención Global de estos pacientes: Preparación, ayuda en la realización del bloqueo, vigilancia del paciente, control de efectos secundarios, asistencia en la anestesia general, posición quirúrgica, control del dolor postoperatorio, valoración de la analgesia y grado de satisfacción del paciente respecto a la analgesia.

2- Métodos: Pacientes propuestos para cirugía artroscópica de hombro de forma consecutiva. Se realiza bloqueo interescalénico con levobupivacaína 0,375 % (2 mg/ Kg) + anestesia general con remifentanilo (0,15- 0,25 µg/Kg/min) y relajación muscular si precisa. A todos los pacientes se les pauta analgesia: Enantyum 50 mg/8h a partir de las 8h del bloqueo; como rescate Cl. Mórfico 3 mg ev. A todos los pacientes se les realizó el mismo protocolo de actuación: A) Asistencia Preoperatoria: 1- Información al paciente: del procedimiento según pauta escrita acordada así como de la importancia de medir y tratar el dolor postoperatorio. 2- Monitorización, preparación del material necesario y ayuda al anestesiólogo en la realización del plexo. 3-Aparición de efectos secundarios. B) En quirófano: Monitorización, preparación de remifentanilo, asistencia en IOT, colocación del paciente, asistencia en extubación y traslado a URPA .C) Postoperatorio: Valoración y registro del dolor, registro tiempo hasta dosis rescate, total dosis rescate, otras causas de dolor y satisfacción con la analgesia.

Se recogen las siguientes variables: Edad, Sexo, Peso, Intensidad del dolor en Preoperatorio, Postoperatorio inmediato, 8 horas, 24 horas, se utiliza EVA como escala de medida. Complicaciones del bloqueo, Tipo de Intervención, Posición quirúrgica, Tiempo total posición quirúrgica, Tiempo hasta rescate, Dosis total rescate, Satisfacción del paciente respecto a su analgesia medida como excelente, buena aceptable, mala. como análisis estadístico se utilizaron T de student y análisis de regresión lineal.

3- Resultados: Se incluyeron secuencialmente 12 pacientes. Edad  $54 \pm 14.8$ , peso  $69.9 \pm 15.73$ , EVA pre  $2.9 \pm 3.2$ . El 100% de los pacientes tuvo EVA  $\leq 3$  a las 8 horas. Dos pacientes precisaron rescate. Tiempo hasta rescate  $960 \pm 127,2$  min. Dosis total morfina 3 mg. Acromioplastia, acromioplastia + sutura de manguito y bursectomía fueron las intervenciones practicadas. Complicaciones 2 pacientes con náuseas (18.2%), 3 con ptosis palpebral (27.3%). Todos los pacientes estuvieron en decúbito lateral, el tiempo en esta posición fue  $128.8 \pm 34.62$ . El 100% de los pacientes tuvo EVA =  $1,9 \pm 2$  durante las primeras 24 horas. Hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas  $P < 0.05$  entre el EVA preoperatorio y el EVA 8 horas. No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la variación del EVA entre el preoperatorio-8 horas y el sexo, peso, edad, tipo de intervención, duración de la posición. El tiempo de posición quirúrgica fue de  $128,89 \text{ min} \pm 34,06$ . La valoración fue excelente en 36.4% y buena en 63.6%.

4- discusión: La artroscopia de hombro se acompaña de dolor moderado-severo en el postoperatorio que obliga al uso iv de altas dosis de opioides. Esta técnica (BIS + remifentanilo) proporciona buena calidad anestésica en todos los casos. El remifentanilo a dosis bajas permite la amnesia necesaria para mantener la posición en DL sin usar más anestésicos. Todos los pacientes tuvieron el dolor controlado (EVA  $\leq 3$ ) hasta las 8h del bloqueo y leve moderado en el 100% a las 24 horas (EVA  $1.9 \pm 2.0$ ) por ello es una técnica anestésico-analgésica eficaz y alternativa a los opioides ev. La utilización del EVA se encontró extraña tanto para los pacientes como para la enfermería habitual de quirófano y planta a pesar de ser un centro con docencia postgrado en dolor agudo postoperatorio. Los pacientes también mostraban desconcierto al ser informados de la técnica y de la importancia de controlar el dolor. Por ello queremos destacar el relevante papel que tiene la enfermería en la educación tanto al paciente como a los propios colegas para llegar a considerar el dolor como "quinta constante". Al informar preoperatoriamente también contribuimos a la disminución de la ansiedad. Por otra parte, nuestro papel en el quirófano es esencial para preparar la medicación necesaria, contribuir a la correcta realización del plexo y asegurar la integridad del paciente en los cambios de posición, en los puntos de apoyo, asegurando vías y evitando lesiones oculares.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR (editorial de la SED)

## POSTER 3

### AUTORES/AUTHORS:

Pilar Irene Sánchez Martínez, Paula Ruiz Carreño

### TÍTULO/TITLE:

COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS TIPO 2

#### \*Objetivos

El objetivo general es evaluar y comparar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de personas  $\geq 55$  años diagnosticadas de HTA o DM2 con residencia en la población de Totana, perteneciente al A.B.S III de Murcia. El objetivo secundario es analizar las características sociodemográficas, clínicas y hábitos de salud en la población ya citada.

#### \*Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico. Los sujetos estudiados fueron aquellos diagnosticados de HTA y DM2 de edad  $\geq 55$  años de Totana. Los criterios de inclusión para este estudio fueron: diagnóstico confirmado de DM2 o HTA, residencia en Totana y una edad  $\geq 55$  años; y los de exclusión fueron el retraso mental del paciente, la negativa a participar y que el sujeto tenga ambas patologías. Se seleccionó una muestra de 30 pacientes hipertensos y 30 diabéticos de ambos sexos, que aceptaron participar de manera voluntaria tras ser informados. Se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, ya que se entrevistó a los sujetos que diariamente acudían a las consultas para sus revisiones de control hasta que se completó la muestra necesaria. Para llevar a cabo la evaluación se ha utilizado el cuestionario de Salud SF-36v2, diseñado con 36 ítems que dan como resultado 8 dimensiones: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental. 1,2,3 Además se incluyó un apartado para analizar los datos sociodemográficos, que incluía: edad, sexo, estado marital, convivencia, años desde el diagnóstico, nivel educacional, ocupación, consumo de tabaco y alcohol, actividad física, tratamiento, complicaciones de las patologías principales, otras patologías crónicas, IMC, y el control tanto de tensión arterial como de glucemia. Estas encuestas fueron realizadas entre los meses de Marzo y Abril de 2010. Se realizaron análisis descriptivos, medias y desviaciones estándar, para las variables continuas y la distribución de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. Las pruebas estadísticas que se utilizaron para comparar el grupo de personas con DM2 y con HTA han sido las siguientes: prueba de chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) para comparar proporciones, y cuando eran variables cuantitativas la prueba de la t de Student para la comparación de medias independientes y la prueba de ANOVA para la comparación de más de dos medias. Cuando los datos o variables no cumplían los criterios de aplicación de las pruebas paramétricas se utilizaron la prueba U de Mann-Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis. Los datos se introdujeron en una base de datos y el análisis se efectuó con el SPSS para Windows versión 16. Los resultados se consideraron significativos estadísticamente para  $p < 0,05$ .

#### \*Resultados

Los resultados obtenidos muestran dos grupos de pacientes muy homogéneos en cuanto a variables sociodemográficas y clínicas estudiadas, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables ocupación, cáncer, tensión arterial y glucemia. En cuanto a los resultados relativos a la CVRS, de las 8 dimensiones que componen el cuestionario SF-36, los pacientes hipertensos han obtenido mejores puntuaciones en "Rol Físico", "Salud General" y "Vitalidad", mientras que en el resto de dimensiones los diabéticos gozan de mejores resultados. Las tres dimensiones más afectadas en ambos grupos de pacientes son "Salud General", "Dolor Corporal" y "Salud Mental". Los análisis bivariantes realizados para comparar ambos grupos de pacientes han demostrado que las diferencias halladas sólo son estadísticamente significativas en las dimensiones "Salud General", "Dolor Corporal" y "Vitalidad". Se hizo un nuevo análisis estadístico estratificando por las variables sociodemográficas y clínicas en las que se encontró diferencias entre ambos grupos (ocupación, cáncer, T.A y glucemia).

#### \*Discusión

Los resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas, por lo que podemos suponer que las desigualdades entre la CVRS de estos dos tipos de pacientes radica en las patologías de base estudiadas. No se ha hallado ningún estudio poblacional que compare la CVRS entre pacientes diagnosticados con DM 2 y pacientes con HTA, por ello ha resultado muy difícil comparar los datos obtenidos. Sí se han encontrado estudios que comparan la CVRS de diabéticos e hipertensos con personas normoglicémicas y normotensas respectivamente. La autopercepción de la CVRS en estos pacientes, según los estudios encontrados, está afectada negativamente, coincidiendo con nuestros hallazgos. En conclusión, podemos asumir que los resultados obtenidos en el presente trabajo aumentan la evidencia de que la DM2 y la HTA se relacionan con una peor percepción de la CVRS. Por tanto, es necesario

recordar que el impacto de determinadas enfermedades en los pacientes no puede ser medido únicamente con parámetros clínicos objetivos, ya que también hay que tener en cuenta aspectos psicosociales, para mejorar el autocontrol, y la adherencia al tratamiento. Sería conveniente que los estudios futuros de manejo de estas enfermedades incluyeran cuestionarios que midan la CVRS, para valorar de una forma más global y precisa los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de las diferentes actuaciones de enfermería.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Borba de Amorin R, Coelho Santa Cruz M.A, Borges de Souza-Junior P.R, Correa de Mota J, González C. Medidas de Estimación de la estatura aplicadas al índice de masa corporal (IMC) en la evaluación del estado nutricional de adultos mayores. Revista Chilena de nutrición, vol. 35, nº1. Noviembre, 2008. Fecha de acceso: Febrero de 2010. Disponible en : [www.redalyc.uaemex](http://www.redalyc.uaemex).
2. Alonso J y cols. Cuestionario de Salud SF-36v2 (versión española, 2003). Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM- IMAS) Barcelona. Fecha de acceso: febrero de 2010. Disponible en : [www.imim.es](http://www.imim.es)
3. Alonso J y cols. Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF-36. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM- IMAS). Barcelona, 2000. Fecha de acceso: Febrero de 2010. Disponible en: [www.imim.es](http://www.imim.es)
4. Wen-Lu T, Yong-Ming W, Wen-Min D, Neng-Neng C, Bin-Yan C. Assessment of quality of life and relevant factors in elderly diabetic patients in the Shanghai community. Pharmacoepidemiology and drug safety, N°15, 2006. Shanghai Jiao Tong University, Shanghai, China. Fecha de acceso: Febrero de 2010. Disponible en: [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)
5. Bardage C, Isacson D. Hipertensión and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. Journal of Clinical Epidemiology, nº54, 2001 Elsevier. Uppsala University: Department of Pharmacy. Uppsala, Sweden. Fecha de acceso: Febrero de 2010. Disponible en: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)
6. Stein J.D, Brown G.C, Brown M.M, Sharma S, Hollands H, Stein H.D. The Quality of life of patients with hipertensión. The journal of Clinical Hypertension, vol. IV, nº III , May/ June, 2002. Center for Evidence- Based Health Care Economics, Philadelphia. Fecha de acceso: Febrero de 2010. Disponible en: [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)
7. Schawarzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería, vol.9, nº2. Concepción, Chile, 2003. Universidad de Montevideo, Uruguay. Fecha de acceso: Marzo de 2010. Disponible en: [www.scielo.cl](http://www.scielo.cl)
8. De los Ríos J.L, Sánchez- Sosa J.J, Barrios P, Guerrero V. Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Universidad Autónoma de México, Facultad de Enfermería, 2003. Fecha de acceso: Febrero de 2010. Disponible en: [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

**POSTER 4****AUTORES/AUTHORS:**

PAULA RUIZ CARREÑO, PILAR IRENE SANCHEZ MARTINEZ

**TÍTULO/TITLE:**

CÁNCER DE MAMA: CUIDADOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR EL ESTADO GENERAL DE SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA

**INTRODUCCIÓN**

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer y el tumor que mayor número de muertes produce en la mujer en nuestro país. Las estadísticas indican que una de cada diez mujeres sufrirá cáncer de mama a lo largo de su vida. La supervivencia media estandarizada según la edad en Europa es del 93% a un año y de 73% a cinco años<sup>1,2</sup>. El creciente número de supervivientes de cáncer de mama desafía a las organizaciones de salud a desarrollar programas que apoyen a estas mujeres<sup>3</sup>. El principal objetivo del tratamiento del cáncer es la supervivencia, pero al mismo tiempo el tratamiento de los síntomas y la calidad de vida de los pacientes también cobran importancia<sup>4,5</sup>. Numerosos estudios han demostrado que las supervivientes a largo plazo de cáncer de mama experimentan consecuencias físicas y psicosociales que pueden incluso empeorar con el tiempo, y que los profesionales de la salud no proporcionan un apoyo adecuado a estas mujeres. Por lo tanto, se requiere un cuidado continuo después de la finalización del tratamiento médico, las enfermeras tienen una importante contribución en este sentido<sup>6,7</sup>. El plan de atención de la supervivencia es una oportunidad única para las enfermeras. El objetivo es desarrollar planes de atención que favorezcan la supervivencia e implementar un cambio en la práctica de enfermería oncológica. La intervención enfermera debería cambiar el paradigma de la atención de la supervivencia al cáncer, de un modelo de atención médica a un modelo de bienestar para estas mujeres<sup>3,8</sup>. En estos programas de seguimiento se deberían trabajar aquellas necesidades a las que se les presta poca atención y que afectan al estado general de salud y la calidad de vida de estas mujeres, tales como, apoyo psicosocial, reducción del miedo y la ansiedad, ayuda con los efectos secundarios del tratamiento, los problemas de la imagen corporal y psicosexual o a largo plazo la preocupación en relación con la supervivencia<sup>9</sup>. Sin embargo, aún queda mucho trabajo por hacer y los programas de seguimiento de las mujeres con cáncer de mama siguen siendo controvertidos a pesar de casi dos décadas de investigación, aunque varios estudios indican una mayor satisfacción para las mujeres supervivientes<sup>8,10</sup>.

**OBJETIVOS**

General: evaluar qué intervenciones enfermeras han demostrado ser efectivas y en qué grado para la mejora del estado general de salud y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. Secundarios: conocer las características de las mujeres a las que se dirigen las intervenciones estudiadas; describir en qué ámbitos y contextos se han aplicado; analizar las barreras y dificultades encontradas para su aplicación.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Revisión sistemática para evaluar si las intervenciones enfermeras son efectivas y en qué grado para la mejora del estado general de salud y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Se seleccionarán ensayos clínicos aleatorizados y estudios cuasi-experimentales. El tipo de participantes serán mujeres con un diagnóstico de cáncer de mama en cualquier estadio exceptuando la fase metastásica. Participantes aptos que incluirán a mujeres de cualquier edad, que reciban cualquier modalidad de tratamiento y en cualquier contexto, incluidas las pacientes hospitalizadas, las pacientes ambulatorias y las pacientes en atención primaria. De igual manera, los que incluyan en el grupo de estudio a personas con otros cánceres u otras enfermedades serán excluidos. Las medidas de resultado a recoger serán aquellas que valoren los cambios en el estado general de salud y en la calidad de vida de estas pacientes. Realizaremos la búsqueda en distintas bases de datos BIBLIOTECA COCHRANE PLUS, JOANNA BRIGGS INSTITUTE, PUBMED, TRIPDATABASE, CINAHL, EMBASE, PsycINFO. Se localizarán artículos publicados en los últimos 10 años. Las búsquedas de seguimiento incluirán: control de las bibliografías de los artículos incluidos, búsqueda en páginas web (AECC y PCM). La restricción de idiomas para la inclusión de los artículos será el castellano y el inglés. Método de la revisión: la selección inicial de las publicaciones de los resultados de la búsqueda será realizada por dos revisores de manera independiente. Los desacuerdos en cuanto a la selección se resolverán por discusión. Cuando haya dudas acerca de la pertinencia para esta revisión, se obtendrán informes para tomar una decisión final. En la extracción de los datos se obtendrá la información clave de todas las publicaciones seleccionadas y se reunirá en una plantilla. Todos los documentos serán evaluados y analizados por dos revisores.

Los datos extraerán el país de origen, el grupo de profesionales de la salud involucrados, la naturaleza y el contenido de la intervención enfermera y el grupo de pacientes involucrados, la duración del estudio, el ámbito, el tamaño de la muestra y los resultados clave mediante el uso de los instrumentos validados. Se obtendrán datos para evaluar la calidad de los estudios. Todos los estudios serán evaluados siguiendo las listas de verificación por dos miembros del equipo de estudio. Las listas de verificación serán la calificación de Jadad de los ensayos aleatorios. Finalmente los estudios se analizarán para la descripción y la síntesis cualitativa de los resultados.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cristina Viana Zulaica. Cáncer de mama. Guías Clínicas 2007; 7 (36).
2. Cruickshank S, Kennedy C, Lockhart K, Dosser I, Dallas L. Enfermeras especialistas en la atención de la mama para la atención de apoyo a mujeres con cáncer de mama (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.).
3. Miller R. Implementing a survivorship care plan for patients with breast cancer. Clin J Oncol Nurs. 2008 Jun;12(3):479-87.
4. Martine Margaretha Goedendorp, Marieke FM Gielissen, Constantijn AHHVM Verhagen, Gijs Bleijenbergh. Intervenciones psicosociales para la reducción de la fatiga durante el tratamiento del cáncer en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 1 Art no. CD006953. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
5. Markes M, Brockow T, Resch KL. Ejercicio para mujeres que reciben tratamiento adyuvante para el cáncer de mama (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.).
6. Vivar CG, McQueen A. Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. J Adv Nurs. 2005 Sep;51(5):520-8.
7. Rawl SM, Given BA, Given CW, Champion VL, Kozachik SL, Kozachik SL, Barton D, Emsley CL, Williams SD. Intervention to improve psychological functioning for newly diagnosed patients with cancer. Oncol Nurs Forum. 2002 Jul;29(6):967-75.
8. Grunfeld E. Optimizing follow-up after breast cancer treatment. Curr Opin Obstet Gynecol. 2009 Feb;21(1):92-6.
9. Sheppard C. Breast cancer follow-up: literature review and discussion. Eur J Oncol Nurs. 2007 Sep;11(4):340-7. Epub 2007 Aug 20.
10. New Zealand Guidelines Group (NZGG). Management of early breast cancer. Best Practice Guideline. Ministry of Health New Zealand 2009.



## POSTER 9

## AUTORES/AUTHORS:

ANA GONZALEZ FAJARDO, MARINA ALCOLEA LOPEZ, ANA CRISTINA MARTINEZ RUIZ, YOLANDA PARRA PARRA, NOELIA BARCELO MUÑOZ

## TÍTULO/TITLE:

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE ENFERMERIA PARA FAMILIARES CONVIVIENTES CON PACIENTES DE ANOREXIA NERVIOSA

La Anorexia Nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por pérdida voluntaria de peso y distorsión de imagen corporal. Es uno de los trastornos psicológicos de mayor relevancia clínica, por el aumento de incidencia y porque la mitad de casos se cronifican, teniendo numerosas recaídas con morbilidad asociada. De ahí la importancia del tratamiento precoz y multidisciplinar para disminuir recaídas y mejorar el pronóstico.

## OBJETIVOS:

Determinar la efectividad de una intervención enfermera para familiares de pacientes con anorexia nerviosa de reciente diagnóstico, para la adhesión al tratamiento y disminución de recaídas en los pacientes.

## METODOLOGIA: ENSAYO CLINICO ALEATORIO.

Intervención grupal, con aplicación de un programa educativo (6 semanas de duración) sobre nutrición y apoyo emocional a familiares del grupo experimental; el grupo control seguirá el tratamiento habitual. Las principales variables de resultado en los pacientes serán parámetros somatométricos, normalización de las cantidades, tipo de alimentos consumidos, recaídas. Se recogerán los datos al inicio en ambos grupos, con medidas postintervención repetidas cada dos meses, hasta completar un año de seguimiento. Análisis: descriptivo de las variables a estudio, medidas de comparabilidad de los grupos, análisis bivariante mediante test no paramétricos, con nivel de significación  $p < 0,05$ .

DISCUSIÓN: Teniendo en cuenta los datos sobre incidencia y prevalencia de la Anorexia Nerviosa y sobre todo las cifras que hacen referencia a la cronicidad de la enfermedad, casi el 50% de los casos. Es indispensable, que para el tratamiento, se utilicen intervenciones psicoeducativas con los pacientes. A la misma vez y por las consecuencias nefastas que tiene la enfermedad sobre el núcleo familiar, no hay que olvidar a los familiares convivientes con estos pacientes. Sin duda, la familia es el eje fundamental de los afectados a temprana edad, por este motivo, tiene que estar en el punto de mira del arsenal terapéutico, desplegado para acabar con la enfermedad o mejorar su pronóstico. Además de todo lo anterior, hay que tener en cuenta también, al equipo multidisciplinar encargado del tratamiento y seguimiento de estos pacientes. Llegado este punto, hay que mencionar que con la elaboración y puesta en marcha de este tipo programas educativos de enfermería, se llevan a cabo algunas de las funciones propias de la disciplina y en particular, la función de "docente". Centrándose, por lo tanto, en aspectos tan importantes, para el proceso, como la disminución de secuelas y la mejora del pronóstico de la enfermedad. Este tipo de programas educativos, le darían al familiar otro punto de apoyo donde anclarse, dentro de ese mar revuelto, que supone la enfermedad. Aclarando muchas de sus dudas y temores, mejorando sus conocimientos, y esto tendría como consecuencias, una mejor comprensión de la enfermedad y una actitud más enérgica, hacia el cambio de algunas creencias y atribuciones, de la misma. Disminuyendo a su vez los sentimientos de culpabilidad, que son una característica importante en estos familiares. También les ayudaría a la adquisición de mecanismos de aceptación de su familiar enfermo. Una de las partes que se beneficiaría indirectamente del programa educativo de enfermería, sería el propio paciente, ya que, hacia el van dirigidos todos los esfuerzos terapéuticos puestos en marcha por el equipo y particularmente por el personal de enfermería. Otra parte clave, sería el propio sistema sanitario, ya que, se beneficiaría de la disminución del número de ingresos hospitalarios de estos pacientes, disminuyendo por lo tanto, los costes derivados de la gestión de los mismos y también habría un mayor aprovechamiento de los recursos sanitarios disponibles. Por último, y teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, otra parte beneficiada, con el proceso educativo de familiares, es la profesión enfermera, por el aumento de conocimientos y autonomía, que nos dan este tipo de intervenciones y que tan importantes son para el crecimiento de nuestra disciplina.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Olesti Baiges M, Piñol Moreso J.L, Martín Vergara N, de la Fuente García M, Riera Solé A, Bofarull Bosch J.M<sup>a</sup>, Ricomá de Castellarnau G. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *An Pediatr.* 2008;68(1):18-23.
2. Toro J. Epidemiology of eating disorders. *Med Clin.*2000;114:543-4.
3. *Diagnostical and Stadistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* Washington: American Psychiatric Association; 1994.
4. Toro J. Anorexia nerviosa. *Med Clin.* 2001;117:334-5.
5. Mejías-Lizancos F, Serrano Parre M.D. *Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental.* Ediciones DAE. 2009.
6. Turón Gil V.J. *Trastornos de la alimentación ¿Qué son la Anorexia y Bulimia Nerviosa? Respuestas a esta y otras preguntas.* Lab. Lilly. 1999.
7. Rueda Jaimes G.E, Díaz Martínez L.A., Ortiz Barajas D.P., C. Pinzón Plata C., Rodríguez Martínez J., Cadena Afanador. L.P. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Aten Primaria* 2005;35(2):89-94.
8. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria.* Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Salud y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia y Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009 *Guías de Práctica Clínica del SNS: AATRM.* Núm. 2006/05-01.
9. Benito Ruiz A. y Diéguez Porres M.F. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas. *Medicine* 2007;9(86):5529-5535.
10. Martín Murcia F.M, Cangas A.J, Pozo M.E, Martínez Sánchez. M, López Pérez. M. Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema* 2009; 21(1):33-38.
11. Saldaña, C. Tratamientos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema* 2001, 13:381-392.
12. Jáuregui Lobera. I. Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria* 2005;2: 158-198.
13. Anierte Hernández N, *Teoría y Modelo de Enfermería II.* Disponible en: [http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/progr\\_asignat\\_teor\\_metod5.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_teor_metod5.htm)[Consultado el 25/10/2009].

POSTER 11

**AUTORES/AUTHORS:**

Idoya López Muñiz

**TÍTULO/TITLE:**

Alta precoz hospitalaria: valoración subjetiva de las mujeres púerperas

**INTRODUCCIÓN:** Se entiende por alta precoz la que se produce antes de las 48h tras el parto o antes de las 72h tras una cesárea de un RN sano a término. La mayor controversia existente en cuanto al alta temprana gira en torno a la seguridad para la mujer y el recién nacido. Observando la gran variedad de resultados contrapuestos que se han obtenido, creemos importante realizar un estudio sobre la idoneidad de la instauración de un programa de alta precoz posparto en nuestro medio. **OBJETIVOS:** a) Percepción subjetiva de las mujeres de la duración de su ingreso. b) Identificar la aceptación de la posibilidad de un alta precoz con apoyo hospitalario. **METODOLOGIA:** Estudio prospectivo transversal analítico, mediante análisis estadístico SPSS 15.0 de una encuesta de elaboración propia, con 14 ítem donde se recogen las variables a estudio mediante entrevista personal de las púerperas que están ingresadas en el Hospital de Donostia entre los meses de Junio a Agosto de 2009, los días que rota la EIR por la planta de púerperas.

**Criterios de inclusión:** Mujer púerpera. Recién nacido a término sin patología aparente en las primeras 24 horas de vida. Deseo de participar en el estudio. Habla castellano. **Criterios de exclusión:** Mujeres que presenten patología durante el ingreso o reagudización de patología previa. Recién nacido con patología que requiera su ingreso en la unidad de neonatos. No deseo de participar en el estudio. **RESULTADOS:** Se recogió un total de 124 encuestas. Características de la muestra: La edad media es de 31,6 años, casi la mitad (43%) son mujeres entre 31-35 años, con estudios universitarios (62%), de nacionalidad española (88%), siendo el 1º hijo para más de la mitad (59%), un porcentaje alto (77%) refiere haber acudido a las clases de preparación al parto, la mayoría ha tenido un parto a término (90%), único (98%), con anestesia epidural (88%) y eutócico(72%), con lactancia natural (86%) y sin problemas con la lactancia (63%). Refieren una atención general durante su estancia en el hospital buena (91%). **CONCLUSIÓN:** No existen diferencias significativas en las variables estudiadas que nos ayuden a identificar que determina o influye en que las mujeres deseen quedarse en el hospital o bien opten por alta precoz. Obtenemos una  $p=0,9$  cuando analizamos la edad, y lo mismo sucede al compararlo con el nº de hijos previos, y la ayuda en casa. En relación al parto tampoco existe diferencia significativa, siendo el porcentaje muy similar parto eutócico 71,4% y cesárea 72,4% de las que prefieren alta precoz. Cabe reseñar que las mujeres que manifiestan más problemas con la lactancia son las que más optarían por el alta precoz. Creemos interesante averiguar cuales son las causas que influyen en el abandono de la lactancia natural, siendo tan elevado el porcentaje de mujeres que en principio opta por ella. Nuestra sociedad tiene una mentalidad altamente hospitalaria, el hecho de que la mitad de las mujeres optarían por un alta precoz si contasen con apoyo de personal cualificado se debería de considerar como un valor positivo. Siendo conveniente valorar la viabilidad de un protocolo de alta precoz en el postparto, como ya se está haciendo en otras unidades hospitalarias (cirugía general, paliativos).

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. "Alta hospitalaria postnatal temprana para madres sanas y recién nacidos a término". Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4. Art. nº: CD002958. DOI: 10.1002/14651858.CD002958.
2. Carrol C, Duarte D."Alta hospitalaria postnatal temprana para madres sanas y recién nacidos a término". Comentario de la BSR (última revisión: 28 de octubre de 2003). Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
3. Escuriat Peiró, R., Martínez Figueroa, L."Problemas de salud y motivos de preocupación percibidos por las púerperas antes del alta hospitalaria". Revista matronas profesión, marzo 2004. ISBN/ISSN 1578-0740.
4. Díez Fernández, Teresa."Visita puerperal domiciliaria". Revista Educare 21, mayo 2004. ISBN/ISSN 1696-8205.
5. Arriero Hurtado, Begoña; Fernández Llavador, M José y Pérez Montesinos, M Luz."Puerperio: valoración de necesidades sentidas al alta hospitalaria". Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). Congreso: Memoria: I Jornadas de Investigación en enfermería Obstétrico -Ginecológicas (Matronas) de la Comunidad Valenciana. Valencia, 21 y 22 de marzo de 1996. ISBN/ISSN V. 4190-1996.
6. Grullon KE., Grimes DA."La seguridad del alta precoz posparto, revisión y crítica". Source Obstetrics and Gynecology. Nov 1997.
7. Dari E., Stalnacke B."Alta muy precoz desde el hospital tras nacimientos normales. Departament of women´s and children´s Health, Uppsala University Hospital, Sweden. PMID 10893053 PubMed – indexed for MEDLINE.
8. Cargill Y., Martel MJ. ,"El alta precoz incrementa la

mortalidad y morbilidad neonatal". Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canadá. PMID: 17475130 PubMed –indexed for MEDLINE. 9. Gözüm S., Kiliç D. "Determinación de problemas de las mujeres con alta precoz tras parto normal". Atatürk University School of Nursing. PMID 16024147 PubMed- indexed for MEDLINE. 10. Persson EK., Dykes AK., "Experiencia del alta precoz hospitalaria tras nacimiento en Suecia" Departament of Nursing lund University, SE- 221 00, Sweden. PMID 11945053 PubMed indexed for MEDLINE. 11. Behram S., Moschler EF., Sayegh SK., Garguillo FP., Mann WJ. "Implantacin de alta precoz después de partos vaginales sin complicaciones maternas ni infantiles". Departament of Obstetrics and Gynecology Newport News. USA. PMID: 9634115 PubMed –indexed for MEDLINE.

Versión Provisional - Preliminary Version

## POSTER 16

### AUTORES/AUTHORS:

Inmaculada Sánchez García, Isabel M<sup>a</sup> López Medina, Pedro L Pancorbo Hidalgo, Vicente Sánchez Criado

### TÍTULO/TITLE

La vuelta a la actividad sexual tras una cardiopatía isquémica: la percepción de los pacientes.

**OBJETIVO:** Conocer las vivencias de pacientes en la vuelta a la actividad sexual tras sufrir cardiopatía isquémica.

**MÉTODOS:** Investigación cualitativa, cuya población es el conjunto de pacientes de un hospital comarcal diagnosticados de cardiopatía isquémica, con un último episodio agudo entre 6 y 24 meses previos. Selección de informantes: Se siguió un muestreo heterogéneo inicial y en una segunda fase un muestreo teórico, quedando determinada la muestra, por el principio de saturación teórica de las categorías, por 19 informantes. Estrategia de recogida de información: Realizamos entrevistas cualitativas semiestructuradas en el domicilio de cada paciente, grabadas previo contrato comunicativo y firma de consentimiento informado. Análisis de la información: La entrevistadora transcribió las entrevistas garantizando la fidelidad de la interpretación de la información. El análisis de los datos se basó en la teoría fundamentada, siguiendo el diseño emergente propuesto por Glaser, sin encajar los datos en categorías preestablecidas. En un primer nivel de análisis se codificaron las unidades en categorías siguiendo el método comparativo constante propuesto desde la teoría fundamentada, y en un segundo nivel éstas se agruparon en temas buscando vinculaciones entre ellos, yendo "más allá de los datos" y desarrollando líneas de especulación para superar el enfoque "resumidor". Se realizó chequeos cruzados de investigadores en la codificación. Llegada la saturación de categorías se alcanzó un conocimiento sobre cómo percibían los informantes su actividad sexual tras la cardiopatía. Como herramientas gráficas empleamos matrices y mapas conceptuales. Utilizamos el software de análisis de datos cualitativos QSR NVivo7.

### RESULTADOS

La mayoría de los pacientes percibieron cambios en su patrón sexual tras la cardiopatía, emergiendo las categorías "disminución de la frecuencia" y "tener menos ganas", llegando algunos de ellos a "haber abandonado su participación en relaciones sexuales". Sin embargo, no manifestaron menor calidad de su actividad sexual. Tener "miedo a la actividad sexual", la "influencia de la pareja" y la "información sexual recibida" de los profesionales sobre "evitar la sexualidad al principio" y realizar "actividad sexual sin abusar", fueron los principales factores que determinaron los cambios de su patrón sexual. Manifestaron la creencia de que la actividad sexual no resulta peligrosa si se practica "sólo en respuesta a los deseos del paciente" y "sin abusar".

### DISCUSIÓN

Esta investigación, además de reforzar la evidencia disponible sobre los cambios que experimentan los pacientes cardiopatas en su actividad sexual, aporta cómo viven el proceso de reanudación sexual, demostrando que el miedo a la actividad sexual y sus creencias hacen que su nuevo patrón sexual sea más moderado y con restricciones. A pesar del tiempo transcurrido desde el episodio agudo, su capacidad física suficiente y las recomendaciones vigentes para la reanudación sexual en este tipo de pacientes, no todos reanudaron su actividad sexual, hallazgo que coincide con otras investigaciones(1-3). Aunque el riesgo absoluto de infarto de miocardio producido con la actividad sexual es extremadamente bajo, en los informantes sigue predominando el miedo a que ésta pueda desencadenar un nuevo episodio isquémico. En nuestros informantes el miedo se mitiga con el tiempo pero continúa tras más de seis meses y es más persistente que el miedo a realizar otras actividades de igual o superior gasto energético. En otras investigaciones (3-6), también han detectado que el miedo a un nuevo evento cardíaco durante el coito estaba presente en su práctica sexual varios meses tras la cardiopatía.

### IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Determinar individualmente en cada paciente mediante ergometría cuándo pueden reanudar su actividad sexual, e informarles que las relaciones sexuales con coito suponen un gasto energético similar a subir dos pisos de escaleras, puede ayudarles a volver a su patrón sexual habitual y a minimizar el miedo que caracteriza su reanudación sexual.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Drory Y, Kravetz S, Florian V, Weingarten M. Sexual activity after first acute myocardial infarction in middle-aged men: demographic, psychological and medical predictors. *Cardiology* 1998;90(3):207-11.
2. Froelicher ES, Kee LL, Newton KM, Lindsog B, Livingston M. Return to work, sexual activity, and other activities after acute myocardial infarction. *Heart & Lung* 1994;23(5):423-35.
3. Drory Y, Kravetz S, Weingarten M. Comparison of sexual activity of women and men after a first acute myocardial infarction.

Am.J.Cardiol. 2000;85(11):1283-7.

4. DeBusk RF. Sexual activity in patients with angina. JAMA 2003;290(23):3129-32.

5. Drory Y, Shapira I, Fisman EZ, Pines A. Myocardial ischemia during sexual activity in patients with coronary artery disease. Am.J.Cardiol. 1995;75(12):835-7.

6. Cheitlin MD. Sexual activity and cardiovascular disease. Am.J.Cardiol. 2003;92:3M-8M.

7. Akdolun N, Terakye G. Sexual problems before and after myocardial infarction: patients' needs for information. Rehabilitation Nursing 2001;26(4):152-8.

8. Klein R, Bar-on E, Klein J, Benbenishty R. The impact of sexual therapy on patients after cardiac events participating in a cardiac rehabilitation program. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2007(14):672-8.

9. Stewart M, Davidson K, Meade D, Hirth A, Makrides L. Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. J.Adv.Nurs. 2000;31(6):1351-60.

10. Kazemi-Saleh D, Pishgou B, Assari S, Tavallari SA. Fear of sexual intercourse in patients with coronary artery disease: a pilot study of associated morbidity. Journal of Sexual Medicine 2007;4(6):1619-25.

11. Alconero AR, Casaus M, Gutierrez E, Saiz G, Perez C. Evaluación de la información sobre actividad sexual proporcionada a pacientes con síndrome coronario agudo. Enfermería Intensiva. 2008;19(2):78-85.

12. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ 1995;311(6996):42-5

13. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4ª ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2006.

14. Stern PN. In: Morse JN, editor. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Antioquía: Editorial Universidad de Antioquía; 2005. p. 271-286. .

15. Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Alicante: Universidad de Antioquía;2005.

## POSTER 17

### AUTORES/AUTHORS:

JOSE ANTONIO SIMARRO BLASCO, LAURA GIERA VIVES, MARTA MARIA CHUST ALVAREZ, LAURA MORATE ROSTRA, VERONICA NAVARRO MARTINEZ, ANA CASTILLO GARROTE, ROSARIO ESCUIN FERNANDEZ, JORGE VALDES SOTOMAYOR, CRISTOBAL ONIEVA MARTELL

### TÍTULO/TITLE:

Diferencia en el cálculo del Kt/V entre dos monitores de hemodiálisis.

#### Introducción y Objetivos

El Kt/V es el parámetro más utilizado para el cálculo de la dosis de diálisis necesaria para cada paciente, siendo K el aclaramiento del dializador, t el tiempo de duración del tratamiento y V el volumen de distribución de la urea. El aclaramiento se refiere a la capacidad de purificación del dializador, siendo el volumen de sangre totalmente liberado de un soluto (en este caso urea) por unidad de tiempo. Se utiliza la urea como marcador, porque es una sustancia fácilmente medible, con un volumen de distribución similar al del agua corporal, acumulable en insuficiencia renal y eliminable con la HD.

Existen varios métodos para calcular el Kt/V. Habitualmente se determinan las concentraciones de urea al inicio y al final de la diálisis mediante muestra sanguínea y se aplican diferentes fórmulas que reciben el nombre de métodos simplificados. Los monitores de hemodiálisis actuales permiten el cálculo del Kt/V durante la diálisis sin muestra sanguínea, automáticamente y en tiempo real mediante Dialisancia Iónica (DI). La DI se define como la transferencia de sodio a través de la membrana del dializador, y en los monitores se puede medir a través de la conductividad del líquido de diálisis. Como la DI se basa en la dialisancia del cloruro de sodio y éste tiene casi el mismo peso molecular y comportamiento de distribución osmótico que la urea, se asume que la DI y el aclaramiento de la urea son similares.

Con este estudio nos propusimos comparar la relación entre el Kt/V medido por el método de extracción de muestra sanguínea y calculándolo con el programa informático Nefrosoft con el obtenido por DI en dos modelos de monitores de fabricantes diferentes.

#### Material y métodos

Se midió bimestralmente el Kt/V por los diferentes métodos en 58 pacientes (34 varones y 24 mujeres) y se realizaron 518 pruebas (238 en maquinas 4008 de Fresenius y 280 en AK200 de Gambro).

La edad media de los pacientes fue de  $68,26 \pm 15,1$  años, con una estadía media en HD de  $37,95 \pm 39,58$  meses. Las sesiones de HD se realizaron con fístula arteriovenosa interna (341), con catéter (45) y con prótesis de goretex (132); el tiempo medio de duración de la sesión fue de  $224,37 \pm 19,08$  minutos y un flujo sanguíneo de  $335,16 \pm 40,86$  ml/min.

Los pacientes presentaron una tensión arterial media prediálisis de  $146/73 \pm 25/15$  mm de Hg y postdiálisis de  $126/67 \pm 23/14$  mm de Hg.

#### Resultados

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Método cálculo Kt/V Fórmula mono -compartimental Gotch Fórmula mono -compartimental Daugirdas Fórmula bi -compartimental Gotch Fórmula bi - compartimental Daugirdas Dialisancia iónica

Media 1,37 1,61 1,15 1,37 1,29

Desviación típica 0,19 0,23 0,16 0,19 0,26

Media 1,33 1,56 1,12 1,33 1,3

Desviación típica 0,17 0,21 0,14 0,18 0,24

p\* 0,025 < 0,001 0,044 0,001

Media 1,41 1,66 1,19 1,41 1,29

Desviación típica 0,2 0,24 0,17 0,2 0,29

p\* < 0,001 < 0,001 < 0,001 < 0,001

\*Vs Kt/V Dialisancia Iónica

Los Kt/v por DI de ambos monitores presentan una correlación de Pearson altamente significativa ( $p < 0,001$ ) con los resultados obtenidos mediante muestra sanguínea. El aclaramiento marcado por el monitor fue similar ( $p=0.9$ ) siendo de  $186,72 \pm 31,09$  ml/min (Fresenius) vs.  $191,46 \pm 28,90$  ml/min (Gambro). Se comparó la diferencia del Kt/V por DI con los calculados mediante muestras sanguíneas en ambas máquinas, mostrándose los resultados en la siguiente tabla:

Diferencia entre Columna1 Fórmula mono -compartimental Gotch y DI Fórmula mono -compartimental Daugirdas y DI Fórmula bi -compartimental Gotch y DI Fórmula bi - compartimental Daugirdas y DI

Media Fresenius 0,12 0,37 -0,09 0,12

Gambro 0,02 0,26 -0,18 0,03

Desviación típica Fresenius 0,29 0,29 0,28 0,27

Gambro 0,22 0,23 0,22 0,22

p Fresenius/Gambro 0,05 0,08 0,11 0,13

Conclusiones

Con estos resultados llegamos a la conclusión que en ambas máquinas existe una infravaloración del Kt/V, (comparándola con los obtenidos por muestra sanguínea), con todas las fórmulas excepto la bicompartimental de Gotch donde la DI sobrevalora el Kt/V. Esta diferencia es más marcada con el monitor de Fresenius llegando a ser más significativa que con el otro monitor estudiado.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Valderrábano F, Tratado de hemodiálisis. Editorial médica Jims. Barcelona 1999.
2. Llach F, Valderrábano F. Insuficiencia Renal Crónica. Volumen 1. Madrid 1997.
3. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TD. Manual de diálisis. Masson. Barcelona 2003.
4. Maduell F, Miralles F, Caridad A, Sigüenza F, Serrato F, Ochoa E: Análisis del volumen de distribución de la urea en hemodiálisis. Nefrología XII: 411-415, 1992.
5. Daugirdas JT, Van Stone JC: Bases fisiológicas y modelo cinético de la urea. En: Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS (eds):Manual de Diálisis. Masson SA (Barcelona). pp. 15-48,2003.
6. Teruel JL, Fernández Lucas M, Rodríguez JR, López Sánchez J, Marcén R, Rivera M, Liaño F, Ortuño J: Relación entre la dialisancia iónica y el aclaramiento de urea. Nefrología XX:145-150, 2000.
7. Teruel JL, Fernández Lucas M, Marcén R, Rodríguez JR, Rivera M, Liaño F, Ortuño J: Cálculo de la dosis de diálisis mediante dialisancia iónica. Nefrología XXI: 78-83, 2001.
8. Teruel JL, Fernández Lucas M, Arambarri M, Merino JL, Echarrri R, Alarcón C, Marcén R, Rivera M, Ortuño J: Utilidad de la dialisancia iónica para control de la dosis de diálisis. Experiencia de un año. Nefrología XXIII: 444-450, 2003.
9. De Francisco ALM, Escallada R, Cobo M, Torrijos J, Rodrigo E, Arias M: Dosis adecuada de diálisis: aportaciones del control continuo de urea en el ultrafiltrado. Nefrología 15: 565-571, 1995.



## POSTER 20

**AUTORES/AUTHORS:**

Montserrat Amigó Tadín, Patricia Pérez Guitan, José Ríos Guillermo, Ignacio Navas Tejero, Santiago Nogué Xarau, Verónica Velasco Amigo

**TÍTULO/TITLE:**

CONSULTAS A URGENCIAS POR EXPOSICIÓN O CONTACTO CON PRODUCTOS QUÍMICOS

Introducción: Vivimos en un mundo industrializado donde los productos químicos forman parte de la vida diaria. Su exposición, accidental o deliberada, doméstica o laboral, es un motivo de consulta a Urgencias.

Objetivo: Evaluar las características de las exposiciones a productos químicos que requieren atención en un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH).

Métodología: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de las consultas realizadas desde el año 2000 al 2008 en el SUH del Hospital Clínic de Barcelona a causa de la exposición o contacto con un producto químico. Análisis de las características epidemiológicas de los pacientes, causa de la exposición, tipo de tóxico, síntomas aparecidos, intervenciones necesarias, tratamiento y evolución. Los resultados se expresan en valores absolutos, porcentaje y media (desviación estándar). Para las comparaciones estadísticas se utilizó el test de la  $\chi^2$  al cuadrado para las variables cualitativas y el test de la U de Mann-Whitney para las cuantitativas. El nivel de significación se estableció en una  $p < 0,05$ .

Resultados: Se han incluido 992 pacientes, con una edad media de 42,7 (18) años, siendo el 58,1% mujeres. La mayoría de casos han sido accidentes domésticos (67,3%) o laborales (14,8%), pero también se registraron tentativas suicidas (11,2%) y agresiones (3,2%). Hubo una prevalencia significativa de mujeres en los accidentes domésticos y de hombres en los laborales ( $p < 0,05$ ). También se observa un ligero predominio en el sexo masculino en las tentativas suicidas. Las principales vías de exposición fueron ocular (35,3%), oral (33,6%) y respiratoria (27,2%). Los productos implicados con mayor frecuencia fueron los cáusticos (39,9%), seguidos por los gases irritantes (13,8%), detergentes (12,3%), disolventes (12,0%) y gases asfixiantes como el monóxido de carbono (9,5%). El 86,1% de los pacientes necesitaron algún tipo de medida terapéutica sintomática, principalmente descontaminación cutánea o ocular (23,8%) y la administración de antídotos (21,7%) además del soporte básico. También se realizaron 86 fibrogastoscopias diagnósticas en relación con la ingesta de cáusticos. Precisarón ingreso hospitalario el 10,8% de los pacientes, y se registraron 10 fallecimientos, la mitad debidos a suicidios, constatándose una mayor gravedad en los accidentes no laborales ( $p < 0,05$ ).

Discusión: La exposición a productos químicos es un motivo de consulta a Urgencias. El accidente doméstico es mucho más frecuente que el laboral, afecta mayoritariamente a mujeres, e implica sobre todo a productos cáusticos. La vía más frecuente de exposición es la ocular y requieren fundamentalmente medidas sintomáticas y de descontaminación. El pronóstico general es bueno y la mortalidad baja. Conocer el perfil de este tipo de intoxicaciones permitirá una intervención más eficaz en el ámbito preventivo.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Apellaniz A, Manzanaro R. Características de la mortalidad por causa tóxica en la Comunidad Autónoma Vasca durante el periodo 1986-2001. Rev Esp Salud Publica 2005; 79:569-579.

Burillo-Putze G, Munne P, Dueñas A, Pinillos MA, Naveiro JM, Cobo J, Alonso J. National multicentre study of acute intoxication in emergency departments of Spain. Eur J Emerg Med 2003; 10:101-104.

Ferrer A, Nogué S, Royo R, Civeira E, Marques F, Castillo O. A toxic event surveillance system in the emergency department of Spanish hospitals: A useful tool to assess acute chemical risk in humans. Toxicol Appl Pharmacol 2004; 197: 205.

Kales S, Christiani D. Acute chemical emergencies. N Engl J Med 2004; 350:800-808.

Kotwica M, Czerczak S. Acute poisonings registered since 1970: trends and characteristics. *Int J Occup Med Environ Health* 2007; 20:38-43.

Pasto L, Martorell C, Mercadal G, Machí J, Jódar R. Intoxicaciones agudas en el servicio de urgencias de un hospital universitario de nivel III: cambios producidos en los últimos 10 años. *Rev Toxicol* 2006; 23:95-100.

Royo R, Ruiz E, Ferrer A, Rivas M. Intoxicaciones por productos químicos atendidas en urgencias . *Rev Toxicol* 2001; 18: 187.

Rodriguez M.E, Uroz V, Nogue S, Climent B, Puiguriguer J, Dorado M.S, Mateo S, NietoA, Anadon M.J. Gender analysis in occupational poisonings in Spain. *Toxicology Letters* 2010;196(1):S1-352

Version Preliminary version

**POSTER 21****AUTORES/AUTHORS:**

Pedro Pastor Ballesteros, M<sup>a</sup> Luisa Rodríguez Navas, Daniel Troncoso Viejo

**TÍTULO/TITLE:**

MEJORA DE LA ADHESIÓN DE LA HIGIENE DE MANOS EN UN CENTRO SANITARIO

**OBJETIVO**

Evaluar la mejora producida en el cumplimiento de la Higiene de manos en el Hospital Príncipe de Asturias, del Área Sanitaria III de Madrid, tras la realización de una campaña formativa dirigida a los profesionales sanitarios del centro, entre los meses de Noviembre del 2008 a Noviembre del 2009.

**MÉTODO**

**DISEÑO:** Estudio Observacional Prospectivo antes-después de la campaña formativa, mediante observación directa de 20 minutos de duración comparando oportunidades de higiene de manos con las prácticas observadas (metodología propuesta por la National Patient Safety Agency, NPSA).

**ÁMBITO DE ESTUDIO:** Todas las Unidades de hospitalización del Hospital.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Recogida de datos de todos los profesionales sanitarios que dan su consentimiento y están desarrollando su actividad durante la observación. Previa autorización de la Gerencia del centro.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Expreso de no consentimiento

**TAMAÑO MUESTRAL:** 164 observaciones en periodos de 20', con un total de 54.6 horas.

**RECOGIDA DE DATOS:** Dos observadores con formación específica acreditada. Con un nivel de concordancia de 90 % (Kappa).

**VARIABLES:** Escala de Fulkerson.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** % de cumplimiento de higiene de manos comparando oportunidades de higiene de manos con las prácticas observadas: Adhesión a la higiene de manos.

**RESULTADOS**

Adhesión global inicial 25.26%

Adhesión global final 32%

**DISCUSIÓN**

Se consigue aumentar la adhesión global de higiene de manos en un 6.74% que contrastado con la inversión de capital humano y medios se considera poco significativo, debido entre otras causa: a la imposibilidad de abordar a todos los profesionales sanitarios en la implementación, a la falta de asistencia tanto a los talleres como a las sesiones formativas, baja concienciación en cuanto a la relevancia del tema a tratar, y por último a las barreras administrativas y materiales en el momento de la instalación de las soluciones alcohólicas.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1- Peripherally inserted central catheters revised. Peripherally inserted central catheters revised. Am J Surg 1998; 176: 208-11.
- 2- Díaz Chicano JF, Castañón Baquera R, Rodríguez Mondejar JJ, Clavel Amo M, Ramón Carbonell M, Prevención de las infecciones relacionadas con catéteres venosos en Cuidados Intensivos. Enfermería Intensiva 1988. p. 143 - 149.
- 3- MA Delgado. Técnicas de canalización percutánea de vías venosas centrales. Enf. Ruza. Cuidados Intensivos Pediátricos. Ed. Norma, Madrid, 1994: 1096- -1098.
- 4- L. Carpenito Diagnostico de Enfermería. 5ª Ed. Barcelona: Harcourt: 2001.
- 5- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación (2003 – 2004). Ed. Hadcourt.
- 6- Prevención y Control de la Infección Nosocomial. 1ª Ed. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo. Dep. Legal M-16375-2007
- 7- Joanne C, Mx Claskey, Gloria M, Bulechek. Clasificación de intervenciones de enfermería (CEI): Nursing Interventions. Classification (NIC). 4ª Edición. Editorial Mosby 2003.

8- Marion Jonson, Merodean Maas. Jue Moorhead. Nursing Outcomes Classification (NOC).  
Clasificación de resultados de Enfermería (CRE). 3ª Ed. Editorial Mosby.2003.

9- García Velasco Sánchez. Morago S, Sánchez Coello Mª. Inserción de un catéter central periférico. Un procedimiento de enfermería. Rev. Metas Enf. 2001; 38: 12 – 15.

Versión Provisional - Preliminary version

## POSTER 22

### AUTORES/AUTHORS:

Susana Santos Ruiz

### TÍTULO/TITLE:

¿DE QUÉ NOS INFORMAN LAS WEBS OFICIALES DE LAS UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS EN RELACIÓN A MODELOS Y METODOLOGÍA ENFERMERA?

**OBJETIVO:** Conocer diferencias formativas en el contenido sobre la base teórica enfermera en Universidades Españolas durante la formación pregrado mediante la información explicitada en la web oficial durante el año 2009 y sus planes de estudio (Titulación de Diplomado).

**MÉTODOS:** Revisión de páginas web y planes de estudio de cada universidad durante el año 2009. Variables: Comunidad Autónoma, población, centro (total: 103), universidad adscrita, disponibilidad de web, disponibilidad y año plan de estudios, web consultada, nombre, créditos y curso de la asignatura, su contenido, asignaturas optativas y otras referentes al tema y sus créditos. Análisis datos SPSS 16.0. Variables cuantitativas: media y desviación estándar. Categóricas: frecuencia y porcentajes. Lectura del contenido de las asignaturas y codificado por temas.

**RESULTADOS:** 96% disponía de web. Planes de estudio curso 2008-09 (68%). 82% plan de estudios accesible en web. Plan de estudios más frecuente: año 2000 (17,5%). 57% adjuntaba contenido de asignatura. 8% se adscribieron a una teórica enfermera. Para denominar los conocimientos usaban el término "Fundamentos de Enfermería" (85%), "Enfermería Fundamental" (6%), "Historia y Fundamentos del Cuidado" (6%), "Fundamentos Teóricos-Historia de la Enfermería y Documentación" (2%). Número de créditos 13,4±2,6. 6,8±1,4 eran prácticos y 6,5±1,9 teóricos. 61% indicaba prácticas de laboratorio, 53% incluía prácticas clínicas (de los que informaron de contenidos). Modelo formativo: 56% no lo indicaba, 31% V. Henderson, 5% M. Gordon, 3% D. Orem, 1% C. Roy, 2% indistintamente V. Henderson y D. Orem, 1% indiferentemente V. Henderson y M. Leininger, 1% J. Watson (datos obtenidos por objetivos de asignatura, contenidos o porque así lo explicitó en el centro). Contenido de la asignatura: 95% Modelos y Teorías de Enfermería, 95% metodología enfermera, 37% historia de la Enfermería. Introdujeron en su temario: 81% V. Henderson, 33% D. Orem, C. Roy y F. Nightingale, 24% H. Peplau, 19% M. Rogers, 9% otras teóricas, 7% M. Leininger, 4% I. King. Un 21% refirieron a M. Gordon. 16,5% de los planes de estudio incluyeron otra asignatura obligatoria en relación a Filosofía enfermera (mayoritariamente en primer curso) con 10,7±5,5 créditos ("Análisis de las Teorías y Modelos de Enfermería", "Cuidados de Enfermería", "Enfermería Básica", "Fundamentos de Enfermería II", "Fundamentos de los Cuidados de Enfermería", "Historia, Teorías y Modelos, Metodología Diagnóstica", "Modelos de Cuidados Enfermeros"). 19% ofertó asignaturas optativas relacionadas con 5±1,4 créditos: "Análisis de la Evolución de las Teorías y Modelos de Enfermería", "Escuelas de pensamiento enfermero y Modelos de Enfermería y Campos de actuación", "Rol autónomo de la enfermera en el área asistencial", "Tendencias del pensamiento enfermero", "Teorías de Enfermería", "Teorías y Modelos de Enfermería".

**DISCUSIÓN:** Pocas escuelas explicitaban el modelo enfermero que guiaba su formación en web (herramienta disponible para poder darse a conocer a estudiantes que podría predisponer su matriculación), aunque las que lo incluyeron fue en contenidos de la asignatura relacionada con Fundamentos de Enfermería. Se decantaron mayoritariamente por V. Henderson (1,2), teórica más referenciada en publicaciones españolas (3). Se evidencia escasez de diversidad conceptual sobre teoría enfermera (pocos modelos nombrados en los contenidos de la asignatura). Se comprobó falta de acuerdo para denominar la asignatura y discrepancias en créditos posibles. Divergencias entre los contenidos teóricos incluidos en la asignatura. Se asignan créditos teóricos y prácticos, en la mayoría de los centros el contenido práctico es parcialmente "enseñanza clínica" pero en otros las únicas prácticas son en laboratorios de simulación, por lo que se manifiestan discordancias en la enseñanza clínica -formación dentro de un equipo y en contacto directo con el individuo sano o enfermo y/o colectividad, a planificar, prestar y evaluar cuidados de enfermería requeridos a partir de los conocimientos y aptitudes adquiridos (4). Quizás la mayor carencia hallada fue retomar la teoría en cursos diferentes a primero en el que los estudiantes carecen de espíritu crítico ante ellos y podría impedir la integración de la base enfermera. De hecho hay estudios que evidencian que los modelos teóricos se creen abstractos y poco útiles (5), aunque otros indican que mejoran la calidad asistencial (6,7). En este punto se debería revisar si enfermeros ya integrados en el mundo laboral comprenden la utilidad de los modelos teóricos en su práctica (5). Habitualmente estos contenidos forman parte transversalmente de otras asignaturas, no obstante se debería profundizar en más asignaturas con entidad propia y serían percibidos como eje vertebrador de la formación. Existiendo una mayor adecuación entre el modelo estudiado y las características propias de salud de la persona atendida. Cualquier modelo teórico puede no ser útil (8), por lo que esa mayor visión profesional redundaría en mayor adecuación de planes de

cuidados y revertiría en la calidad de vida de las personas.

Este estudio muestra lo que cada universidad oferta en su web, quizás discrepa con la formación recibida. El nuevo plan de grado proporcionará novedades, sería relevante un nuevo análisis una vez definidos los cuatro años de la titulación.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRARHÍ;

1. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
2. Marriner, A. y Raile, M. Modelos y teorías en enfermería. (5ª ed.). Madrid: Mosby; 2003.
3. Escuredo B. Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. Enfermería Clínica. 2003;13(3):164-70.
4. Bernues L, Peya, M. (Coordinador). Libro Blanco Título de grado de Enfermería. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la calidad y acreditación. 2004. Disponible en: [http://www.aneca.es/media/150360/libroblanco\\_jun05\\_enfermeria.pdf](http://www.aneca.es/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf)
5. Santos, S., López, M., Varez, S. y Abril, D. Aplicabilidad de modelos y teorías de Enfermería en la realidad asistencial: perspectiva profesional. Resultados primera fase. Metas de Enfermería. 2008; 11(6): 50-57.
6. Mckenna H. The perception of psychiatric-hospital ward sisters/charge nurses towards nursing models. J Adv Nurs. 1990;15:1319-1325.
7. Mckenna H, Parahoo K, Boore J. The evaluation of a nursing model for long-stay psychiatric patient care. Part 2-Presentation an discussion of findings. Int J Nurs Stud. 1995;32(1):95-113.
8. Zabalegui, A. Teoría y progreso de la ciencia de enfermería. Enferm Clin. 2000;10(6): 263-6.

## POSTER 25

## AUTORES/AUTHORS:

Javier Iniesta Sánchez, Esther Martínez Gil, Gloria Muñoz Pérez, Juan José Rodríguez Mondéjar, M<sup>a</sup> Dolores Corbalán Abril, Ángeles del Rosario Sáez Soto, Antonia Inmaculada Zomeño Ros, Beatriz Caballero Guerrero, Concepción Corbalán Dólera

## TÍTULO/TITLE:

APLICACIÓN DE TAXONOMÍAS ENFERMERAS EN LA HISTORIA DE ENFERMERÍA POR LOS ALUMNOS EN SUS PRÁCTICAS EN UCI.

## INTRODUCCIÓN

La aplicación de las taxonomías, constituye una herramienta para las enfermeras asistenciales en la planificación de cuidados y evaluación de las intervenciones programadas. Desde las facultades de Enfermería se realiza una apuesta por la formación de los alumnos en metodología y uso de taxonomías enfermeras. Durante sus prácticas los alumnos deben cumplimentar una historia de enfermería en la que realizan todas las etapas del proceso enfermero y para ello deben aplicar las taxonomía NANDA, NOC Y NIC, sobre las que han adquirido conocimientos en el periodo teórico y seminarios prácticos llevados a cabo previamente a su incorporación al medio asistencial. Durante dichas prácticas los alumnos van asociados a un enfermero tutor, que les facilita información y los documentos que necesitan para una correcta valoración del paciente y puesta en marcha del plan de cuidados. En los centros en los que realizan las prácticas asistenciales la Dirección de Enfermería lleva a cabo programas de formación y líneas de actuación encaminadas a la aplicación e implantación de la metodología enfermera en respuesta a las directrices marcadas por la política del Servicio Murciano de Salud.

## OBJETIVOS

- Describir el nivel de implantación y manejo de las taxonomías enfermeras por estudiantes de 3º de enfermería.
- Conocer la cumplimentación de la HE y patrones funcionales.
- Cuantificar diagnósticos y etiquetas emitidas.
- Conocer el grado de implantación y manejo del NOC.
- Conocer el número de informes de continuidad emitidos.

## METODOLOGÍA

Análisis descriptivo retrospectivo de las Historias de Enfermería (HE) de estudiantes de la asignatura enfermería médico-quirúrgica II, en sus prácticas en una UCI polivalente de un H.G.U., curso 2008-09, que incluye valoración por patrones funcionales, Diagnósticos de enfermería, plan de cuidados y evaluación, en formato facilitado por la Universidad. Variables: identificación; documentación aportada; cumplimentación patrones funcionales; diagnósticos enfermería (DdE); etiqueta NANDA; formato PES; distribución por patrones; NOC; NIC; actividades, asignación NOC/DdE, NIC/DdE; evaluación; continuidad cuidados. Resultados en frecuencias y porcentajes.

## RESULTADOS

Muestra 64 HE; 39% incluía documentación extra a la facilitada por la facultad, perteneciente a los registros de las unidades donde realizaban las prácticas.

Valoración y diagnóstico: 97% realizaban valoración por patrones funcionales, cumplimentándose todos los patrones en un 80%, el 77% de las historias de enfermería presentaban DdE mediante etiqueta Nanda. Se emiten un total de 241 DdE, de los cuales 84 son diagnósticos de riesgo, que corresponden a 13 etiquetas NANDA, y 157 DdE reales, pertenecientes a 36 etiquetas. No se enuncia ningún problema de colaboración, pese a que un 78% de las HE evaluadas presentaba un DdE no abordable de forma autónoma por la enfermera. Por DdE reales encontramos: 59% emitidos Patrón II, por DdE potenciales los patrones I y II acumulan un 82%. Distribución etiquetas diagnósticas: "Riesgo de infección" 52%, "Deterioro de la integridad cutánea" 48%, "Riesgo de aspiración" 18%; "Deterioro de la movilidad" 17%; "Deterioro del intercambio gaseoso" 17%;

Planificación y ejecución: 44% incluye NOC; un 52% asociado a DdE; 3% enumeraba indicadores; 100% no puntúa escala; 66%

citaban NIC, 70% asociadas a DdE, 19% desarrolla actividades.

Evaluación: 95% presentaban evaluación, 59% lo hacía por DdE, y el 36% en base al NOC, solo el 3% enumera indicadores, el 100% no puntuó la escala asociada al NOC. Un 11% emite informe de continuidad, y un 98% realiza valoración al alta.

**CONCLUSIONES** La valoración por patrones funcionales está ampliamente implantada, al igual que el uso de etiquetas diagnósticas, no así la emisión de los DdE en formato PES.

Se emiten más DdE reales, pero la etiqueta de mayor incidencia corresponde a "Riesgo de infección".

No se emiten problemas de colaboración, pero un análisis de factores relacionados, pone de manifiesto un alto número de DdE no abordables autónomamente por enfermeras, y por tanto deberían enunciarse como problemas de colaboración.

El NOC no es utilizado como un elemento que permite la evaluación de intervenciones enfermeras, no citándose los indicadores que se van a evaluar.

Las NIC suelen asociarse a DdE pero no se desarrollan las actividades, ni se interrelacionan con el NOC.

Los alumnos realizan una valoración del paciente al alta, aunque la elaboración del informe de continuidad de cuidados es muy baja.

Todo ello conlleva que debe incidirse en el uso de las taxonomías por los alumnos, en la diferenciación entre DdE y problemas de colaboración, así como la evaluación de resultados a través de los NOC, y la elaboración de informes de continuidad de cuidados como herramienta de comunicación entre profesionales, que facilita la continuidad en la atención al paciente.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1- Libro blanco de la enfermería
- 2- Focus on the structure of the Higher Education in Europe 2006/2007 . Nacional trenes in Bolonia Process-2007.
- 3- Martínez Riera JR, Cibanal Juan L, Pérez Mora MJ. Enseñar en Europa. Rev ROL Enf 2006; 29(7-8):515-519
- 4- Antonín M et al. Perfil y expectativas profesionales del estudiante de enfermería. Rev ROL Enf 2009; 32(7-8):516-524
- 5- Rodríguez García M et al. Hacia un practicum reflexivo en Enfermería. Metas de Enfermería 2009, 12(3): 56-59
- 6- Morales Asensio, J.M.; El camino hacia la efectividad de los cuidados Index Enferm vol.13 no.44 Granada Spring/Summer 2004 Investigación de Resultados en Enfermería.
- 7- Ugalde Apalategui, M. Rigol Cuadra, A. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Masson. Barcelona. 1995.
- 8- Gabaldón Bravo EM., Gómez Robles FJ., Fernández Molina MA., Domingo Pozo M., Torres Figueras M., Terrés Ruiz C., Gomis García, L. análisis de las causas del bajo nivel de cumplimentación de la hoja de valoración del paciente al ingreso: una aproximación desde la perspectiva cualitativa. Cultura de los Cuidados. 1.er Semestre 2002. Año VI-Nº 11 pag 53-60.
- 9- Kérouac S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A., Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona:Masson. 1996.
- 10- Alfaro-LeFevre R. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Barcelona: Masson. 1997.
- 11- Luis M.T. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. 2ª edición. Harcourt Brace. Barcelona. 1998
- 12- Fernández Ferrín C, Garrido Abejar M, Santo Tomás Pérez M, Serrano Parra MD. Enfermería Fundamental. Masson. Barcelona. 2000
- 13- Moorhead S, Johnson M; Maas,M; (Eds). Clasificación de Resultados de Enfermería NOC.3ª edición. Madrid: Mosby ELSEVIER. 2006.
- 14- McCloskey, JCBulechek (Eds)Clasificación de Intervenciones de enfermería. NIC. 4ª Edición. Madrid: Mosby ELSEVIER 2006
- 15- NANDA-1 Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Elsevier. Madrid 2008



POSTER 26

**AUTORES/AUTHORS:**

M CÉU NUNES, CARLOS FARATE, JORGE SARAIVA

**TÍTULO/TITLE:**

Diagnóstico prenatal (DPN) citogenético: impacto psicológico sobre la interacción temprana madre-hijo

**Objetivos**

El propósito de esta investigación es: 1) evaluar el impacto del DPN citogenético sobre la ansiedad y la adaptación materna al embarazo; 2) aclarar la influencia de la ansiedad en la relación temprana madre-hijo, particularmente en mujeres embarazadas en edad materna avanzada.

**Métodos**

Para cumplir estos objetivos se ha logrado un estudio longitudinal que se realizó en dos fases. La muestra se compone de tres grupos de mujeres embarazadas: G1 (N= 49) seleccionadas para amniocentesis por criterios de edad (> años=35), G2 (N=19) de <35 años seleccionadas por screening; G3 (N=42) (20 y 34 años) no seleccionadas para amniocentesis. Entre la fase I (N=110) y la fase II (N= 7 mujeres y sus bebés), se produjo una pérdida de muestra de 48%, proporcional en los 3 grupos. El protocolo de investigación fue dividido en 3 períodos de evaluación (antes de la amniocentesis - T1, después - T2 y el 2º día después del parto - T3). La ansiedad se evaluó mediante el State Trait Anxiety Inventory (STAI), los sentimientos hacia el embarazo por el Pregnancy Research Questionnaire (PRQ), la interacción de madre-hijo por el "Protocolo Observação Interação Mãe Bebê" (POIMB).

**Resultados**

Los resultados dan cuenta: 1) diferencias significativas entre los 3 grupos de embarazadas sólo para ansiedad estado ( $p=0,002$ ). Las mujeres seleccionadas por screening tienen mayores tasas de ansiedad estado antes del examen, así como más temores por el Self. Y son las mujeres con edad materna avanzada que muestran más sentimientos de dependencia; 2) diferencias no significativas en T2 en relación con la ansiedad (rasgo y estado) y los sentimientos hacia el embarazo, sin embargo, los niveles de ansiedad y miedos en relación al Self son más bajos; 3) diferencias no significativas entre las madres con respecto a la interacción madre-hijo, 4) el estado de ansiedad evidenciada por las madres en T1 es un mediador de la relación entre la interacción madre-hijo y los sentimientos hacia el embarazo: el temor por el bebé ( $p=0,045$ ) e irritabilidad ( $p=0,040$ ) evaluados en T1. El estado de ansiedad, T2, tiene un efecto mediador sobre la relación entre sensibilidad (interacción madre-hijo) e irritabilidad ( $p= 0,033$ ). El estado de ansiedad en T2 es también mediador de la relación entre interacción de la diada y sentimiento maternal hacia el embarazo ( $p=0,012$ ). Ya el rasgo de ansiedad en T3 ejerce un efecto mediador sobre la relación entre sensibilidad e irritabilidad en T1 ( $p=0,049$ ) y sobre la relación entre la participación materna y los sentimientos dependencia ( $p=0,028$ ) e irritabilidad ( $p=0,043$ ) en T1.

**Discusión**

Los datos de este estudio confirman que la realización prevista de DPN citogenético conduce a un incremento en la ansiedad estado fue más evidente entre las mujeres propuestas para la prueba por screening positivo. Los datos también apuntan a una disminución en los niveles de ansiedad en el tercer trimestre del embarazo (después de conocer los resultados de la amniocentesis) y en el período posparto, lo cual es consistente con los resultados descritos en otros estudios empíricos (Cederholm et al, 2001; Kleinveld et al. 2006; Leithner et al. 2004; Maldonado, 2002).

Con respecto a los sentimientos hacia el embarazo, los resultados dan cuenta que las mujeres embarazadas con indicación de DPN por screening tienen niveles más altos de "temor por el Ser" en comparación con los otros grupos de embarazadas. Los valores altos en esta subescala dan cuenta de los temores y las preocupaciones de estas mujeres por los posibles cambios en el nivel de su bienestar físico, lo que parece indicar que la realización del DPN induce un aumento en la sensación de vulnerabilidad que está en consonancia con los resultados obtenidos por Beeson y Golbus (1979). Por otra parte, son las mujeres embarazadas con indicación de DPN por criterios de edad que se relacionan más "dependientes" (necesitan más apoyo en el embarazo). Estos resultados coinciden con los datos de la literatura sobre el problema de la última etapa del embarazo (Jolly, et al.2000; Bunage, 1988; Donoso et al., 2003; Nybo Andersen et al., 2000).

En cuanto a la interacción madre- hijo no hubo diferencias significativas entre los grupos. Las características de los participantes y el reducido número de madres de cada grupo puede explicar esto.

Los resultados indican también el efecto mediador del estado de ansiedad sobre la relación entre los sentimientos hacia el embarazo (irritabilidad, dependencia, y temores por el bebé) y habilidades importantes (sensibilidad y la participación) de la interacción madre-hijo. Sin embargo, es posible la influencia de otras variables no evaluadas en este estudio sobre las habilidades emocionales

y materiales en relación con la relación de la madre con su bebé. En este sentido, algunos estudios ponen de manifiesto, por ejemplo, la influencia de la historia personal en los comportamientos interactivos de la madre.

Estos resultados, a pesar del pequeño tamaño de la muestra, fundamentan la recomendación para hacer una intervención temprana para apoyar el desarrollo de mejores habilidades de relación entre las madres que han reaccionado con mayor ansiedad al DPN citogenético.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

#### Bibliografía

- Beeson D & Golbus MS (1979). Anxiety engendered by amniocentesis. *Birth Defects*, 15: 191-197.
- Burrage, J ( 1998). Infertility treatment in women aged over 40 years. *Nursing Standard* 13 (5): 43-45.
- Cederholm M, Sjoden Per-Olow, Axelsson O (2001). Psychological distress before and after prenatal invasive karyotyping. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 80(6):539-545.
- Donoso Siña E, Villarroel del Pino L (2003). Reproductive risk of women over 40 years old. *Rev Med Chile*; 131:55-9.
- Eddleman KA, Malone FD, Sullivan L, Dukes K, Berkowitz RL et al. (2006). Pregnancy Loss Rates After Midtrimester Amniocentesis. *Obstet & Gynecol*; 108 (5):1067-1072.
- Georgsson Ohman S & Waldenstrom U (2008). Second-trimester routine ultrasound screening: expectations and experiences in a nationwide Swedish sample. *Ultrasound Obstet Gynecol*; 32: 15–22.
- Hertling-Schaal, E., Perrotin, F., Poncheville, L., Lansac, J., & Body, G (2001). Maternal anxiety induced by prenatal diagnostic techniques: detection and management. *Gynecology Obstetric Fertility*; 29 (6): 440-6.
- Jolly M, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L (2000).. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *Hum Reprod.*; Nov; 15(11):2433-7).
- Kleinveld JH, Timmermans DRM, de Smith DJ, Áder HJ, van der Wal G, (2006). Does prenatal screening influence anxiety levels of pregnant women? A longitudinal randomised controlled trial . *Prenatal Diagnosis*; 26:354-36.
- Leithner K, Maar A, Fischer-Kern M, Hilger E, Loffler-Stastka H, Ponocny-Seliger E (2004). Affective state of women following a prenatal diagnosis: predictors of a negative psychological outcome. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*; 23 (3) :240-246.
- Maldonado MT (2002). *Psicologia da Gravidez – Parto e Puerpério*. 16.ª Ed., São Paulo: Saraiva.
- Marteau TM & Dormandy E (2001). Facilitating informed choice in prenatal testing: How well are we doing? *American Journal of Medical Genetics*, 106(3): 185-190.
- Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P et al. (2000). Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *Br Med J*; 320: 1708–1712.
- Schermann L, Hagekull B, Bohlin G, Persson K & Sedin G (1997). Interaction between mother and infant born at risk during the first six months of corrected age. *Acta Paediatrica*; 86: 864-872.
- Spilberger CD, Gorsuch I & Lushene RE (1970). *Manual for the State Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.

## POSTER 29

## AUTORES/AUTHORS:

JOSE ANTONIO SIMARRO BLASCO, MONICA BASCUÑANA BLASCO, MARIA CARINA NOHEDA BLASCO, MILAGROS NOHEDA RECUENCO, MARIA ISABEL ROMERO CARRALERO, MARIA JESUS GUIJARRO HERNAIZ, VALENTINA OSMA PEREZ, ANA BELEN HERRAIZ MURCIA, ENRIQUE SIMARRO BLASCO

## TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO VALORACIÓN DE LA DIFERENCIA ENTRE MEDIR LA PRESIÓN ARTERIAL DE FORMA INVASIVA VERSUS NO INVASIVA

**OBJETIVOS:** En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ingresan pacientes con inestabilidad hemodinámica. Son pacientes que requieren estancias muy prolongadas. Estas circunstancias hacen preciso un control exhaustivo de los parámetros vitales, entre ellos la presión arterial (PA). Se requieren valores más o menos continuos. Existen 2 formas de tomar la PA: PA invasiva a través de canalizar una arteria, o PA no invasiva a través de manguito hinchable, que está conectado a la monitorización del paciente.(1)(2)(3)(4)(5)

La canalización arterial se utiliza con dos propósitos, control de la PA de forma continua y sacar analíticas sin repetir las punciones.

Tiene una fiabilidad contrastada y una exactitud acreditada si la transmisión de curva de presiones es correcta.(8)

Por otro lado la forma de medir la PA con manguito de presiones de forma no invasiva, está avalada por estudios. Los técnicos de mantenimiento revisan de forma usual estos aparatos, dando fiabilidad y exactitud a la medición.(6)(9)

Nos planteamos como objetivo realizar un estudio para comparar ambos métodos de medición de presión arterial en el mismo paciente y al mismo tiempo, determinar así la fiabilidad de PA invasiva y PA no invasiva.

**MÉTODOS:** Estudio descriptivo, longitudinal y comparativo desde marzo a diciembre de 2008.

Aseguramos que los equipos electrónicos, tanto de PA invasiva como de PA no invasiva estaban calibrados por técnicos y funcionaban correctamente.

Incluimos a todos los pacientes con arteria canalizada y con el criterio, de dos miembros del equipo investigador, de curva de PA correcta. Si al paciente se le cambiaba la localización de la arteria canalizada se la hacía otra muestra de medición.

Se excluyeron a los pacientes que no podían permanecer en decúbito supino durante todo el protocolo de medición o había potencial riesgo.

El protocolo para hacer la medida se decidió por el equipo investigador:

El paciente se colocaba en decúbito supino al menos 5 minutos, se hacía una calibración y asegurábamos que el transductor de presiones estaba colocado a la altura de la aurícula derecha, y se hacía una medición de PA no invasiva en un miembro superior, anotando a la vez la PA invasiva detectada. A los 5 minutos se hacía una nueva medición en el miembro superior opuesto con PA no invasiva y se anotaba también la PA invasiva de este momento.

Se hizo un análisis de la arteria canalizada y en el hemicuerpo que estaba localizada (Derecho o Izquierdo).

Por último registramos variables socio-demográficas: edad y sexo. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS 15.0. Se ha utilizado la prueba ANOVA, el test de Kruskal-Wallis y T de Student, con una significación estadística  $p < 0.05$  y un intervalo de confianza del 95%.

**RESULTADOS:** Se analizó la Presión Arterial a 106 pacientes con una edad media de 62.66 años y una desviación estándar de 17.14 años. El 73.4% (n=80) fueron hombres y el 26.6% (n=26) mujeres.

Localización de la Arteria Canalizada:

Arteria radial 81.7% - Arteria Femoral 14.7% - Arteria Humeral 1.8% - Arteria Pedia 1.8%.

Hemicuerpo derecho 55% Vs Hemicuerpo izquierdo 45%.

Arteria radial derecha 43.1% - Radial izquierda 38.5% - Femoral derecha 9.2% - Femoral izquierda 5.5% - Ambas Humerales y Pedia 0.9% cada una.

La diferencia en PA SISTÓLICA (PAS) entre PA Invasiva y PA No Invasiva encontrada es de  $8.71 \pm 10.21$  mm de Hg.

La diferencia en PA DIASTÓLICA (PAD) entre PA Invasiva y PA No Invasiva encontrada es de  $5.62 \pm 6.15$  mm de Hg.

Diferencias entre ambas brazos:

- Diferencia entre PA Invasiva y PA No Invasiva en Miembro Superior Derecho (MSD): PAS  $8.72 \pm 11.10$  y PAD  $5.75 \pm 6.57$  mm de Hg.
- Diferencia entre PI y PNI en Miembro Superior Izquierdo (MSI): PAS  $8.69 \pm 10.95$  y PAD  $5.49 \pm 7.58$  mm de Hg.

Por sexos las diferencias estadísticamente significativas:

- La diferencia de PA DIASTÓLICA entre PA Invasiva y PA No Invasiva en hombres es de 4.68 y en mujeres de 8.22 con  $p=0.007$ .
- La diferencia de PA DIASTÓLICA entre PA Invasiva y PA No Invasiva en MSI en hombres es de 4.62 y en mujeres de 7.86 con  $p=0.048$ .
- La diferencia de PA DIASTÓLICA entre PA Invasiva y PA No Invasiva en MSD en hombres es de 4.73 y en mujeres de 8.59 con  $p=0.006$ .

No hay correlación en función de la edad. Tampoco hay diferencias analizando las distintas arterias y el hemi-cuerpo.

DISCUSIÓN: Partimos de una canalización correcta y una monitorización adecuada, con una transmisión de onda de presiones correcta. Tras varios análisis interdisciplinarios, concluimos que las diferencias encontradas no crean situaciones clínicas diferentes para UCI, sobre todo en situaciones de emergencia, cuando hay que tomar decisiones rápidas y fiables, para tratamientos inmediatos a corto plazo. Las diferencias son asumibles y por lo tanto hay que fiarse de la monitorización Invasiva o No Invasiva que se tenga en el momento. Recomendamos una revisión continua de las maquinas y sistemas de monitorización, para evitar suspicacias sobre los valores que aportan.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Farranco Ruiz, F et cols. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Canulación Arterial. Disponible en: <http://tratado.uninet.edu/c011808.html>
2. Torné Perez, E. Canalización Arterial. Disponible en: [http://www.enferpro.com/tarterial\\_.htm](http://www.enferpro.com/tarterial_.htm)
3. Agarwal R, Bunaye Z, Bekele D. Prognostic Significance of Between-Arm Blood Pressure Differences. Hipertensión. 2008; 51: 657-662.
4. Chobanian AV, Barkis GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Parol S, Wright TjJR, Rocella EJ. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of high Blood Pressure. Hypertension. 2003; 42: 1.206-1.252.
5. García, WJ. Et cols. Diferencia en la presión arterial entre ambos miembros superiores. ¿Cuál es su verdadera magnitud?. Revista de posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. Nº 125. Pág.: 32-35. Marzo 2003.
6. Pickering TG, Hall JE, Appel LJ, Falkner BE, Graves J, Hill MN, et al. Recommendations for blood pressure measurements in humans and animals. Part 1: Blood pressure measurement in Humans: A statement for professional from Subcommittee of Professionals and Public Education on The American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. Circulation. 2005;111:697-716.
7. Araghi, A. et cols. Hipertensión arterial en la vigilancia en exceso de los pacientes críticos: invasiva o no invasiva?. Critical Care, 2006; 10(2).
8. Llanos Ortega, MI. Inserción de catéteres arteriales. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion3/capitulo48/capitulo48.htm>
9. Lapetra Peralta, J. et cols. Validación de monitores de presión arterial. Aten. Primaria. 16(5):295. 1995.

## POSTER 30

### AUTORES/AUTHORS:

Mireia Leal Negre, Carles Alvarado Montesdeoca, Cecilia Domènech Rodríguez, Ana Garijo Borja, Sonia Moreiras López

### TÍTULO/TITLE:

ALTA CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA DEMANDA AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Un pilar fundamental para conseguir una organización excelente dentro del sistema sanitario es gestionar eficazmente las visitas espontáneas.

Éstas visitas han ido incrementándose durante los últimos años y nuestro equipo, para dar respuesta a este fenómeno, ha creado la Consulta de Enfermería de Alta Resolución (CIAR) dando mayor protagonismo a enfermería, aumentando su autonomía en la toma de decisiones.

Objetivo: Demostrar la capacidad de enfermería en la resolución de la visita espontánea en un centro de atención primaria, comprobar en qué patologías es más resolutoria y cómo de útil son los protocolos para resolver las visitas.

Metodología: Estudio descriptivo transversal, de ocho meses de duración, donde una enfermera atendió a todos los pacientes adultos que solicitaron visita espontánea, en un centro de atención primaria. La muestra del estudio fueron todos estos pacientes, sin ningún tipo de preselección. Las visitas se resolvieron mediante protocolos elaborados por los sanitarios del centro. Tres enfermeras y un facultativo consultaron cada una de las historias clínicas y mediante un formulario recopilaron: Edad, sexo, clasificación del motivo de visita y tipo de resolución, el cual se realizó dividiendo esta resolución en dos bloques: 1) "resolución de enfermería" si únicamente intervino éste colectivo o bien como 2) "resolución conjunta" si colaboró un facultativo. Para el análisis estadístico y la explotación de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 11.0. Se realizó estadística descriptiva de las variables, utilizando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y proporciones para las cualitativas. Para la comparación de datos se utilizó el test de ji-cuadrado para variables cualitativas.

Resultados: Enfermería resolvió el 63% del total de las visitas realizadas. Esta resolución aumenta con el tiempo y llega al 75,7% en el último mes de estudio. Enfermería resolvió el 98% de las visitas administrativas, el 80% de las heridas/quemaduras, el 72% de las odontalgias y entre un 50% y 60% resolvió problemas ginecológicos, oftalmológicos, de medicina interna y digestivos. Con la implantación del protocolo de rinofaringitis aguda la resolución de enfermería pasó de un 4,9% a un 78,3%.

Discusión: Una mayor responsabilidad y capacidad resolutoria del personal de enfermería produce buenos resultados tanto de salud como organizativos, motivo por el que enfermería está altamente cualificada para la gestión de la visita espontánea. La utilización de protocolos es de gran ayuda en la resolución de enfermería y ésta mejora cuanto mayor es la experiencia que se adquiere. No hemos encontrado estudios comparables a este ya que en el nuestro, los pacientes no están preseleccionados, es decir que sea cual sea el motivo de demanda, se visita en esta consulta. Otra peculiaridad es que todas las visitas se resuelven en la consulta, lo que disminuye el estrés del paciente al no tener que hacer diferentes esperas en lugares distintos para ser atendido por diferentes profesionales, y a nivel de enfermería como es parte protagonista del proceso y testigo de la finalización de la visita, facilita su aprendizaje en relación a la atención de patología aguda y aumenta su experiencia, aumentando así la resolución.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Diaz-Borrego Horcajo, Jose; Camero Luque, Bienvenido; Marin Alcon, M<sup>a</sup> Luisa et al la gestion de agendas en atencion primaria como instrumento favorecedor de la accesibilidad del usuario y de la satisfaccion del profesional. XXIII Jornadas de la asociacion de economia de la salud. Cadiz 4-6 junio.2003. Disponible en:  
<http://www.cica.es/aliens/jaescadiz/Archivos%20pdf/Archivos%20pdf%20tc/123tc.pdf>
2. David C Benton. Developing new nursing roles: a necessity for sustainable. 21st century care. Jornades de debat a l'atenció primaria, avenços en l'organització de l'atenció als EAP. Barcelona 30 junio 1 julio de 2005. Disponible en:  
<http://146.219.26.6/depsan/units/sanitat/pdf/jorgencat.pdf>
- 3.- Casanovas Cuquet, E; et al. "Triatge d'infermeria en atenció primària. ABS Vilassar de Mar; Noviembre de 2006.
- 4.- Estructuras básicas de la salud. Real Decreto 137/1984 de 11 de enero. Boletín Oficial del Estado, N 27, (1-02-1984).

5.-Col•legi Oficial d'Infermeria de Barcelona (COIB). El paper d'infermeria en l'atenció a les patologies agudes.. Barcelona 2005.  
Disponible en:  
<http://212.9.72.18/uploadsBO/Generica/Documents/CONSIDERACIONSALPLADHIVERN.PDF>

Versió Provisional - Preliminary version

## POSTER 31

### AUTORES/AUTHORS:

M.<sup>a</sup> Goreti Silva Ramos Mendes, M.<sup>a</sup>Goreti Silva Ramos Mendes, Manuela Martins

### TÍTULO/TITLE:

La naturaleza de la colaboración de los padres en los cuidados de enfermería en pediatría

#### Objetivo

El objetivo del estudio es identificar la naturaleza de la colaboración de los padres en los cuidados de enfermería en pediatría.

#### Métodos

Es un estudio cualitativo que adoptó como referencial metodológico la Grounded Theory e se argumenta teóricamente, desde el punto de vista de la conducta humana por el Interaccionismo Simbólico. El Interaccionismo Simbólico pone de relieve la importancia de los significados subjetivos que las personas imprimen a sus acciones, objetos y a la propia sociedad. Para una mejor comprensión del fenómeno en estudio, de los significados que las enfermeras y los padres construyen a partir del conjunto de interacciones en el contexto de la atención en pediatría, fue elegido la entrevista y la observación como técnicas de recolecta de datos. Estas técnicas, las más apropiadas para alcanzar los objetivos del estudio, pueden reunir información que puede responder a las preguntas que guían lo mismo. ¿Cuáles son los supuestos básicos utilizados por las enfermeras pediátricas para la participación de los padres en el cuidado del niño? La forma de organización de la atención en pediatría es propicia para el desarrollo de una asociación eficaz con los padres en el cuidado del niño? Los padres se sienten socios de las enfermeras en el cuidado del niño? La muestra está compuesta por 12 enfermeras de la unidad pediátrica y 18 madres que acompañan a sus hijos durante la hospitalización. El corpus de cada grupo de datos fueron analizados utilizando el software NVivo8.

#### Resultados

Del discurso de las enfermeras a surgido los supuestos de que el trabajo en colaboración con los padres es más seguro para todos, niño, padres y personal de enfermería. El concepto de cooperación - una colaboración con la orientación, se debe a las enfermeras que piensan que los padres sienten que son sus socios en la atención al niño. Los padres a su vez, no se consideran socios de las enfermeras y el concepto de asociación aparece en sus discursos como una ayuda a la enfermera. Los resultados obtenidos, de los padres y de las enfermeras sustentan que la organización de asistencia es compatible con esta forma de atención, aunque las enfermeras apoyan la existencia de la enfermera de referencia como más propicia para esta práctica. Lo que fue encontrado en el estudio de observación, es que el discurso de las enfermeras no parece compatible con la acción.

#### Discusión

Los datos obtenidos, en conformidad con los descritos en la literatura<sup>1;2;3</sup> dan como seguro la aceptación, por parte de las enfermeras, del concepto de participación de los padres en los cuidados y están de acuerdo con la opinión de otros autores sobre los beneficios que esa participación trae a los niños.<sup>3;4;5</sup>

La pregunta central que surge de ellos, como de otros autores.<sup>3;6;7</sup> radica en la necesidad de construcción de lo concepto de asociación. Conforme otros estudios sugieren<sup>6;7;8</sup> la negociación de la participación de los padres y la clarificación del papel de cada actor en el proceso son construcciones esenciales para la nueva manera de pensar y organizar el trabajo en cooperación. Esto requiere un cambio de valores y actitudes, tanto por parte de los padres como de los profesionales.<sup>9</sup>

La naturaleza de la relación que se establece dentro del equipo, una relación de asociación<sup>10</sup>, significa que todos comienzan a vivir en el mismo espacio, compartiendo poder y conocimiento y nuevas necesidades van surgir<sup>11</sup>. Datos de observación dictan que los padres y las enfermeras comparten el mismo espacio, hay intercambio de conocimientos, pero también de acuerdo con Callery & Smith<sup>8</sup> hay deficiencias en la distribución del poder. Hay participación de los padres en los cuidados pero en respuesta a las peticiones de las enfermeras, lo que viene en consonancia con la literatura que sugiere que los padres son agentes de la actividad delegada por ellas <sup>10</sup> con un papel mal definido.<sup>4;12;13;14</sup> También la posición análoga de los autores<sup>7;15</sup> de que las directrices de las enfermeras no son coherentes e hay diferencias entre la teoría e la práctica se ve corroborada por este estudio, donde el discurso de las enfermeras parece incompatible con su práctica. De nuestros resultados se concluye que la asociación entendida no solamente como una manera de hacerlo, sino como una forma de ser e pensar la práctica, requiere que se considere la familia como un objeto de cuidados también en un amplio proceso de producción de relaciones y intervenciones, además la asistencia a lo niño<sup>9</sup>.

Fue identificado, que la naturaleza de la asociación de la atención con los padres, no es más que la suma de las acciones desarrolladas por unos y otros en el proceso de cuidados de niños. El estudio sugiere que esta forma de atención en la práctica pediátrica no garantiza una colaboración efectiva con los padres ni el bienestar de las familias con niños hospitalizados. Al contribuir a un conocimiento amplio de las prácticas del cuidado de enfermería en pediatría se abre la puerta al desarrollo de otro estudio que permita el esclarecimiento de los principios rectores de la cooperación y la responsabilidad compartida de cada parte implicada en este proceso de cuidado del niño.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

#### Bibliografía

- 1Neill SJ. Parent participation 2: findings and their implications for practice. BJN. 1996b; 5(2): 110-7.
- 2Gill KM. Healthprofessionals attitudes toward parent participation in hospitalized childrens care. Childrens health care. 1993; 22(4): 257-271.
- 3Kirk S. Negotiating lay and professional roles in the care of children with complex health care needs. Issues and inovations in nursing practice. Journal of advanced Nursing. 2001; 34(5), 593-602.
- 4Espezel HJE.; Canam CJ. Parent-nurse interactions:care of hospitalized children. Issues and inovations in nursing practice. Journal of advanced Nursing. 2002; 44(1), 34-41.
- 5Coyne IT. Parent participation: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 1996; 23: 733-40
- 6Lima RAG; Rocha SMM & Scochi CGS. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. Rev.Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. 1999; 9(2):33-39
- 7Hallstrom I.; Runeson I.; Elander G. An observational study of the level at which parents participate in decisions during their child's hospitalization. Nursing Ethics. 2002, 9(2):202-14.
- 8Callery P.; Smith L. A study of role negotiation between nurses and parents of hospitalized children. Journal of Advanced Nursing. 1991; 16(4): 772-81.
- 9Collet N. & Rocha, SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. Rev.Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. 2004; 12(2)
- 10Ferreira MMC.; Costa MGFA. Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais /bebê pré-termo. Viseu: Escola superior de Enfermagem de Viseu 2001; 51-8.
- 11Gonçalves, RBM. Tecnologia e organização das práticas de saúde. São Paulo. 1986. Tese de doutoramento. Faculdade de medicina.USP.
- 12Algren, C. Role perceptions of mothers who have hospitalized children. Children's Health Care. 1985; 14:6-9.
- 13Dearmun A. Perceptions of parental participation. Paediatric Nursing. 1992,4: 6-9.
- 14Darbyshire P. Parents, nurses and paediatric nursing: a critical review. Journal of advanced Nursing. 1993; 18:1670:80.
- 15Young J. et al. Negotiation of care for a hospitalised child: parental perspectives. Neonatal, paediatric and child health nursing. 2006; 9(2): 4-13.



## POSTER 33

## AUTORES/AUTHORS:

Pilar Jürschik Giménez, Carmen Nuín Orrio, Teresa Botigué Satorra, Miguel Ángel Escobar Bravo, Ramon Colell Brunet, Joan Blanco Blanco

## TÍTULO/TITLE:

INFLUENCIA DE LA DISCAPACIDAD Y LA COMORBILIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES FRÁGILES

INFLUENCIA DE LA DISCAPACIDAD Y LA COMORBILIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES FRÁGILES  
INTRODUCCIÓN

Se considera persona mayor frágil o de riesgo a aquella que presenta mayor vulnerabilidad para sufrir deterioro progresivo con mayor pérdida de función y de padecer eventos adversos de salud (mayor discapacidad, muerte e institucionalización).1,2

Tres términos se suelen utilizar indistintamente para identificar a adultos mayores vulnerables: La comorbilidad, la fragilidad y la discapacidad. Sin embargo, en el campo de la geriatría, hay un creciente consenso de que se trata de diferentes entidades clínicas que están causalmente relacionadas. De forma individual, cada una de ellas se desarrolla con frecuencia y tienen un valor importante en la clínica.3

## OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es conocer la influencia de la discapacidad y la comorbilidad sobre la fragilidad de las personas mayores que viven en la comunidad.

## METODOLOGIA

Estudio descriptivo transversal de una muestra de 323 personas provenientes de un corte efectuado durante la fase de recogida de datos del proyecto "Evolución del proceso de fragilidad de la población mayor de Lleida"4. La población está formada por los individuos de 75 años o más, no institucionalizados, con tarjeta sanitaria y residentes en viviendas unifamiliares.

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado según las siete áreas básicas de salud de la ciudad, seleccionando una muestra probabilística en cada estrato.

La fragilidad ha sido valorada a través de los 5 criterios de Fried y cols.5: Pérdida involuntaria de peso, agotamiento, lentitud en la movilidad, debilidad muscular y bajo nivel de actividad física, siguiendo la metodología del estudio de Avila y Funes.6,7 La fragilidad se definió por la presencia de tres o más criterios.

Otras variables fueron el Índice de comorbilidad de Charlson8 (se consideró comorbilidad una puntuación  $\geq 3$  de una puntuación total de 37) y el Índice de Katz9 para las actividades básicas de la vida diaria. ( se consideró discapacidad a la restricción o pérdida de la capacidad para realizar una o más actividades)

El análisis estadístico descriptivo se realizó mediante la distribución de frecuencias. La asociación entre la frecuencia de fragilidad según la de dependencia y/o comorbilidad, se analizó mediante la prueba chi-cuadrado, estratificada por sexo y grupos de edad. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 18.0, con un nivel de significación de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

De los 323 individuos, el 60% eran mujeres y el 23% eran  $\geq$  de 85 años. La prevalencia de fragilidad fue del 8,5%, de discapacidad del 6,8% y de comorbilidad del 21,4%.

De los que eran frágiles ( $n = 22$ ), el 36,4% presentaron discapacidad (con o sin comorbilidad), el 59,1% presentaron comorbilidad (con o sin discapacidad), el 13,7% presentaron discapacidad y comorbilidad y el 18,2% eran frágiles puros.

Era significativo que la fragilidad estaba asociada a la discapacidad en los hombres ( $p < 0,05$ ), en las mujeres ( $p < 0,005$ ), en los  $<$  de 85 años ( $p < 0,005$ ) y en los  $\geq$  de 85 años ( $p < 0,05$ ). La comorbilidad solo estuvo asociada significativamente a la fragilidad en los hombres ( $p < 0,001$ ) y en los  $<$  de 85 años ( $p < 0,01$ )

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio son muy similares a los de Fried y cols.5. La fragilidad, la comorbilidad y la discapacidad no tienen

porque presentarse a la vez, aunque pueden estar causalmente relacionadas<sup>1</sup>. Según Abizanda P. y cols, la fragilidad y la comorbilidad son predictores de discapacidad y ésta, además, puede exacerbar la comorbilidad y la fragilidad.<sup>10</sup>

#### Implicaciones en la práctica clínica

Las enfermeras están en condiciones de valorar la fragilidad y comenzar las intervenciones para prevenir el declive funcional. El objetivo de la intervención es, entre otros, reducir al mínimo la pérdida de peso y la pérdida de masa muscular y conseguir un aumento de la fuerza muscular así como reducir los factores de riesgo de caídas para ayudar a mantener un estado óptimo.<sup>11</sup> Para ello es necesario principalmente, promover el ejercicio físico, el mantenimiento nutricional, las modificaciones del medio ambiente y la educación a la familia y a los cuidadores.<sup>10</sup>

Son necesarias futuras investigaciones que lleven a distinguir la evolución de la discapacidad, la fragilidad y la comorbilidad para reafirmar sus definiciones y criterios y así poder desarrollar enfoques estandarizados para la detección de los riesgos y para adquirir conocimientos de las intervenciones que prevengan la aparición de resultados adversos.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Martín Lesende I. Detección de ancianos de riesgo en atención primaria; recomendación. *Aten Primaria*. 2005;36(5):273-7.
2. Javier Gómez Pavón y cols. Prevención de la dependencia en personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2007. Disponible en:  
<http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionDependenciaMayores.pdf> España  
<http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionDependenciaMayores.pdf>
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J y cols. Frailty in older adults: evidence for phenotype. *Gerontol Med Sci* 2001; 56A:M146-56.
4. Jürschik P, Escobar MA, Nuin C, Botigué T. Proyecto " Prevalencia y factores de riesgo de fragilidad de las personas mayores de Lleida". Subvencionado por la Universidad de Lleida, Agencia de Gestión de ayudas Universitarias y de Investigación de Cataluña y Ayuntamiento de Lleida. (Expediente 005511). Septiembre del 2009.
5. Fried LP. Frailty. In: Hazzard WR, Bierman EL, Blass SP, editors. *Principles of Geriatric and Gerontology*. 3th ed. Nueva York: McGraw Hill;1994.p.1149-56.
6. Ávila-Funes JA, Helmer C, Amieva H, Barberger-Gateau P, Le Goff M, Ritchie K, et al. Frailty among community-dwelling elderly people in France: the three-city study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008; 63(10):1089-1096.
7. Jürschik P, Escobar MA, Nuin C, Botigué T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. *Aten Primaria*. 2010. doi:10.1016/j.aprim.2010.03.020. Artículo aceptado el 17 de marzo de 2010. Pendiente de publicación.
8. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-383.
9. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. the Index of Adl: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*. 1963;185:914-919.
10. Abizanda P, Romero L, Luengo C. Uso apropiado del término fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2005; 40(1):58-9
11. Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 59(3), 255-263.

## POSTER 34

### AUTORES/AUTHORS:

António Manuel Martins Lopes Fernandes

### TÍTULO/TITLE:

Estudio comparativo de la Cultura de Seguridad del Enfermo entre Enfermeras y el Otro Staff Clínico.

#### Objetivos

Caracterizar la Cultura de Seguridad de los Pacientes (CSP) percibida por el Personal Clínico

Evaluar si existe diferencia entre la CSP percibida por los Enfermeros y Restante Personal Clínico.

#### Metodología

Se trata de un estudio del tipo descriptivo-analítico y transversal, realizado a partir de la aplicación del HSPSC (Encuesta Hospitalar sobre CSP). Fue distribuido a todos los 382 Profesionales Clínicos, de 4 Hospitales Distritales Portugueses: Enfermeros (ENF) y Otro Personal Clínico (OPC).

Para su elaboración seguimos la metodología propuesta por la AHRQ-USA (Sorra, 2004).

#### Resultados

Se incluyeron en el estudio 205 (53,7%) profesionales: 136 (66,3%) ENF y 69 (33,7%) OPC (19 Médicos; 42 Técnicos Diagnóstico Terapéutica; 8 Técnicos Superiores Salud).

Con una media de edad de 41,0 años (de=10,14), el 54,1% tiene menos de 44 años, el 76,6% son mujeres, el 93,2% tiene contacto directo con los pacientes, el 65,9% trabaja desde hace más de 3 años en el servicio actual y el 73,7% desde hace más de 8 en el Hospital.

Los Enfermeros presentan medias inferiores en 10 de las 12 Dimensiones de la CSD. Encontramos diferencias significativas en 5 (D1  $p=0,006$ ; D3  $p=0,040$ ; D6  $p=0,033$ ; D10  $p=0,006$ ; D12  $p=0,001$ ) y marginalmente significativas en otras 2 (D8  $p=0,072$ ; D11  $p=0,086$ ).

Sólo en un, "Cambio de Turno y Transferencias", la opinión de los ENF es más positiva (71% frente a 55%), con únicamente un 57% del OPC que considera que los cambios de turno no son problemáticos para el paciente (ENF 78%).

En la Percepción Global de la Seguridad, menos positiva en los Enfermeros (57% frente a 72%), únicamente un 50% está de acuerdo o completamente de acuerdo con que nunca se sacrifica la seguridad del paciente, por haber más trabajo.

El aprendizaje organizacional y mejoría continua para el OPC es un factor fuerte (82%), mientras que para los Enfermeros es un aspecto a mejorar (67%). Solamente un 51% de estos entiende que los errores conducen a cambios positivos (71% OPC).

Los Enfermeros consideran críticos (41%) los medios humanos para corresponder al trabajo exigido (OPC 59%) y tienen una visión menos positiva (52%) en relación a que los servicios del Hospital funcionen bien en conjunto para prestar los mejores cuidados a los pacientes (OPC 71%).

También menos positiva es la opinión sobre el Apoyo de la Gestión/Dirección a la Seguridad de los Pacientes (44%), considerándolo un factor crítico.

Para los dos grupos la Frecuencia de relato de eventos adversos (ambos 33%) y la Respuesta punitiva al error (ENF 30% e OPC 34%) surgen como los aspectos más negativos.

Una considerable mayoría (80% ENF; 77% OSC) no relató ningún evento adverso u ocurrencia en el último año.

Hay diferencia ( $p=0,005$ ) en la calificación atribuida a la SD en la respectiva unidad, con un 65% del OPC y 46% de los ENF atribuyéndole el grado de muy buena o excelente.

#### Discusión

A pesar de ser el mismo contexto organizacional, la seguridad del paciente es entendida de forma diferente. Las diferencias entre los dos grupos son significativas para la mayoría de los factores de la CSD, con el OPC presentando percepciones y evaluaciones más positivas.

Los ENF se revelaron más escépticos, con Percepción Global de la Seguridad menos positiva.

Es este un dato seguramente importante a la hora de analizar el clima organizacional y gestionar el riesgo clínico, ya que se trata de un grupo profesional de enorme peso en el resultado final de los cuidados prestados.

Otro dato que merece especial atención es el hecho de que el 78% del OPC está de acuerdo o completamente de acuerdo con que nunca se sacrifica la seguridad de los pacientes por el hecho de que haya más trabajo, mientras que únicamente un 50% de los

ENF lo hace. Si tenemos en cuenta que sólo un 41% de estos entiende que existen medios humanos para corresponder al trabajo que es exigido, estamos ante un indicador de que la dotación, racionalidad y organización de los recursos humanos en esta clase, debe ser un foco de especial atención de la gestión del riesgo clínico.

Otra diferencia importante es la observada en la percepción sobre el Aprendizaje Organizacional y Mejora Continua. Sólo un 51% de los Enfermeros entiende que los errores conducen a cambios positivos frente a un 71% de los otros clínicos.

Igualmente críticos en cuanto al apoyo de la Gestión/Dirección a la SD, menos de la mitad (44%) de los ENF lo considera bueno y solamente un 43% está de acuerdo con que las acciones de la dirección muestran que la SD es una de sus prioridades.

Las diferencias encontradas son en número y calidad tal, que sugieren la existencia de dos CSD. Estos datos dejan prever una necesidad de redefinición de estrategias, sobre todo en el dominio de la gestión del riesgo clínico, con vistas a la aproximación de puntos de vista y cooperación entre los diferentes profesionales.

Se constata, sin diferencia entre grupos, que existe un paradigma de la punición y ocultación del error, siendo la subnotificación de eventos adversos una realidad.

Introducir sistemas notificación y fomentar el relato es una prioridad para optimizar el aprendizaje y la mejora continua de los cuidados prestados a partir de la identificación y análisis del error.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

AGRA, Y. e TEROL, E. La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, vol. 29, nº3, pp 319-323, Septiembre-Diciembre, 2006

Conferência Europeia, Declaração do Luxemburgo 2005: Segurança do Doente - Torná-la uma realidade – Revista da Ordem dos Enfermeiros, nº17, p47-49, Lisboa 2005, ISSN 1646-2629

DONALDSON, Liam and PHILIP, Pauline. Patient safety: a global priority. Bulletin of the WHO (online), 2004, vol. 82, nº. 12, pp 892-892, ISSN 0042-9686

HEMMAN, Eileen A. Creating Healthcare Cultures of Patient Safety. The Journal of Nursing Administration, ,vol 32, Issue 7/8 , pp 419-427, July/August 2002

HINDLE, Don et al. What do health professionals think about patient safety? Journal Public Health (2008), 16, 87-96

MCFADDEN, KL. Stock, GN. Gowen, CR. Implementation of patient safety initiatives in US hospitals. International Journal of operations & Production Management 26 (2-4), 326-347, 2006

MUIÑO Míguez A, JIMÉNEZ MUÑOZ AB, PINILLA LLORENTE B, DURÁN GARCÍA M.E, CABRERA AGUILAR FJ. Seguridad del paciente. Anales de Medicina Interna, vol 24, nº. 12, pp 602-606, Madrid 2007

NEEDLEMAN Jack, BUERHAUS P, MATTKE S, STEWART M, ZELEVINSKY K. Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals – New England Journal of Medicine, Vol. 346, nº 22, 1711-1722, 2002

NEUDORF K., DYCK N., SCOTT D. and DICK D. D. Nursing Education: A catalyst for the Patient Safety Movement. Healthcare Quarterly, vol 11, special issue, 2008

POTYLYCKI, Mary Jean et al. Nonpunitive Medication Error Reporting. *The Journal of Nursing Administration*, Vol 36, nº 7/8, pp 370-376, July/August 2006

SORRA JS, NIEVA VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture: Survey User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. September 2004

SOUSA, Paulo. Patient Safety, A necessidade de uma Estratégia Nacional. *Rev. Qualidade e Saúde, Acta Med. Port.*, Lisboa 2006, 19, 309-318

World Organization for Patients Safety: Research to improve patient safety; priority settings for patient safety research. Report of Final Expert Consultation Meeting, 01-02 February 2007, room C-202, WHO, Genève, Switzerland

Version Provisional - Preliminary version

## POSTER 35

### AUTORES/AUTHORS:

CRISTINA AGUDO CONDE, JOSE IGNACIO RECIO RODRIGUEZ, CARMELA RODRIGUEZ MARTIN, CARMEN CASTAÑO SANCHEZ, YOLANDA CASTAÑO SANCHEZ, BENIGNA SANCHEZ DELGADO, ANGELA DE CAVO LAXO, MANUEL ANGEL GOMEZ MARCOS, LUIS GARCIA ORTIZ

### TÍTULO/TITLE:

Diferencias de la ecuación CKD-EPI con la de MDRD para la estimación del filtrado glomerular en pacientes hipertensos.

### RESUMEN:

**Objetivo:** Analizar las concordancias en el Filtrado Glomerular (FG) estimado con las ecuaciones de CKD-EPI y MDRD-IDMS en una cohorte de pacientes hipertensos. **Métodos:** Se incluyeron 478 hipertensos consecutivamente, edad media 57,58(DE:12,34), 68,3% varones. La estimación del FG se realizó con las ecuaciones de MDRD-IDMS y CKD-EPI, valorando las concordancias entre ellas. **Resultados:** La estimación de FG con CKD-EPI fue 4,37 (IC95%:3,73-4,19) mL/min/1,73 m<sup>2</sup> superior al MDRD-IDMS en global y por sexos (varones 3,99; mujeres 5,04). En menores de 65 años la diferencia fue mayor, 6,55 (IC95%:5,95-7,15) mL/min/1,73m<sup>2</sup>, tanto en varones 6,07 como en mujeres 6,48. Sin embargo en mayores de 65 años no se encontró diferencia significativa. El Coeficiente de correlación intraclase fue 0,904(IC95%:0,886-0,919), varones 0,897 y mujeres 0,917 y el índice Kappa 0,848(IC95%:0,795-0,889), varones 0,845 y mujeres 0,852.

**Conclusión:** La ecuación de CKD-EPI estima un FG más alto en mayores de 65 años y reclasifica hacia estadio 1 a hipertensos catalogados en estadio 2 por MDRD-IDMS.

### DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo indican que la estimación del FG con la nueva ecuación en pacientes hipertensos es 4,37 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> más alto que los obtenidos con MDRD-IDMS (8), diferencias que aumentan en los menores de 65 años a 6,55 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, tanto en varones (6,07) como en mujeres (7,47). Sin embargo en los mayores de 65 años no se encuentra diferencia entre las dos ecuaciones en global, ni por sexos. Este incremento en el valor del FG conlleva una reclasificación de los pacientes a estadios superiores, sobre todo la ecuación CKD-EPI (11) que clasificó a un mayor número de hipertensos, en el estadio 1, mientras que MDRD-IDMS (8) los clasificó en el estadio 2. Siendo coeficiente de correlación intraclase entre las dos ecuaciones de 0,904 (IC95%:0,886-0,919) con un índice kappa en la clasificación en los distintos estadios de insuficiencia renal muy elevado (0,848). Esta diferencia en el FG de 4,37 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> entre las dos ecuaciones en pacientes hipertensos es inferior a los datos presentados de la aplicación CKD-EPI(11) a la población del estudio The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) (1999-2006) (1), en la cual, los valores de FG con la nueva ecuación fueron 9,5 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> más elevados que los obtenidos con MDRD-IDMS(8), presentando una prevalencia de ERC del 11,5 % frente a 13,1 %, inferiores a las de este trabajo que fueron del 14,4% y 15,9% con CKD-EPI(11) y MDRD-IDMS(8) respectivamente, dato lógico si tenemos en cuenta que nosotros estamos analizando pacientes hipertensos y no población general.

En un estudio recientemente publicado por Montañés Bermúdez R et al (15) para comparar los valores de FG estimado utilizando la nueva ecuación de CKD-EPI(11) frente a MDRD-IDMS(8) en una cohorte de 14.427 pacientes, la media del FG estimado fue 0,6 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> más alto por CKD-EPI(11) que por MDRD-IDMS(8) en el grupo total, 1,9 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> más alto en el grupo de mujeres y 0,2 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> más bajo para los hombres, estos resultados son concordantes a los obtenidos en pacientes hipertensos, pero únicamente el CKD-EPI(11) estima FG más bajo en los varones mayores de 65 años. Al contrario que en nuestro trabajo la correlación fue mayor en los varones.

Con el uso de la ecuación de ERC-EPI(11), se reduce la prevalencia de mujeres diagnosticadas de IRC, que es uno de los problemas que presenta la ecuación de MDRD-IDMS(8) que infraestima el FG en ancianos y en mujeres aumentando el diagnóstico de ERC en estos grupos (16). Sin embargo, no parece que mejore el comportamiento en los ancianos.

La aportación más importante de este trabajo es que, se trata de la primera publicación que compara la nueva ecuación CKD-EPI en pacientes hipertensos en el ámbito de atención primaria de España. Siendo la principal limitación el desconocimiento del verdadero valor del FG ya que no disponemos de una medida directa del mismo a partir de un método de referencia.

En conclusión y basándonos en que los resultados conseguidos en hipertensos son coherentes con los publicados por otros autores (11,15), y que la nueva ecuación de estimación del FG CKD-EPI(11) reclasifica hacia estadios de valor de FG superior a un número importante de hipertensos, principalmente a los más jóvenes, dando resultados más exactos y precisos que la ecuación de MDRD-IDMS(8) según los creadores (11) puede utilizarse en la práctica clínica para estimar el FG en pacientes hipertensos, hasta

que tengamos resultados de estudios longitudinales que confirmen estos datos.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

**BIBLIOGRAFIA**

1. Coresh J, Selvin E, Stevens LA, Manzi J, Kusek JW, Eggers P et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. JAMA. 2007; 298 (17):2038-47.
2. Levey AS, Atkins R, Coresh J, Cohen EP, Collins AJ, Eckardt KU et al. Chronic kidney disease as a global public health-problem approaches and initiatives – a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. Kidney Int 2007; 72 (3):247-59.
3. Singh NP, Ingle GK, Saini VK, Jami A, Beniwal P, Lal M et al. Prevalence of low glomerular filtration rate, proteinuria and associated risk factors in North India using Cockcroft-Gault and Modification of Diet in Renal Disease equation: an observational, cross-sectional study. BMC Nephrol 2009; 10:4.
4. Otero A, De Francisco A, Gayoso P, García F; EPIRCE study group. Prevalencia de la insuficiencia renal crónica en España: Resultados del estudio EPIRCE.. Nefrología. 2009 Dec 14. doi 10.3265/Nefrología.pre2009.Dic.5732. [Epub ahead of print] Spanish. PubMed PMID: 20038967.
5. de Francisco AL, De la Cruz JJ, Cases A, de la uFigera M, Egocheaga MI, Górriz JI, et al. Prevalencia de insuficiencia renal en Centros de Atención Primaria en España: Estudio EROCAP. Nefrología 2007; 27:300-12.
6. Herrero P, Marín R, Fernández Vega F, Gorostidi M, Riesgo A, Vázquez J, Díez Ojeda B; Investigadores del Estudio FRESHA. Funcion renal y riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión esencial. Nefrología. 2006;26(3):330-8.
7. Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. Nephron 1976;16:31-41.
8. Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene T, Rogers N, Roth D. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. Ann Intern Med 1999;130:461-70.
9. Gracia S, Montañés R, Bover J, Cases A, Deulofeu R, Martín de Francisco AL et al. Documento de consenso: Recomendaciones sobre la utilización de ecuaciones para la estimación del filtrado glomerular en adultos. Nefrología 2006; 26(6):658-65

POSTER 37

**AUTORES/AUTHORS:**

Sylvia Cataldo Oportus

**TÍTULO/TITLE:**

Evaluación del drenaje linfático manual en el edema de la embarazada

Introducción: durante el período gestacional ocurren innumerables modificaciones en el organismo femenino y en la adaptación del feto, lo que provoca muchas quejas como por ejemplo edema de miembros inferiores. Su etiología incluye la retención de sodio y agua, además de alteraciones circulatorias causadas por el útero gestacional sobre la circulación de la vena cava inferior.<sup>1</sup> Por otro lado, durante la gestación, diferentes alteraciones hormonales ocurren, entre ellas están el aumento de los niveles de progesterona, estrógeno, beta HCG, prolactina etc.<sup>2</sup> Estos hormonios en niveles más elevados inducen a modificaciones en la permeabilidad vascular, provocando extravasamiento de plasma, y consecuentemente, formación de edema. Otros factores relacionados con las modificaciones hormonales son los várices, sensación de piernas cansadas, parestesia, calambres.

Objetivo : evaluar la reducción del edema en embarazadas a partir del 5° al 8° mes utilizando como terapéutica el drenaje linfático manual.

Método: fue evaluada la reducción del volumen de los miembros inferiores en 15 embarazadas (30 miembros), entre el 5° y 8° mes de gestación. Estas pacientes fueron seleccionadas en el ambulatorio de ginecología y obstetricia del Hospital Escuela de la Irmandade de la Santa Casa de Misericordia de São Paulo, en el período de octubre de 2009 a agosto de 2010. La edad variaba de 23 a 38 años con media de 30,5 años. El criterio de inclusión fue embarazadas entre el 5° a 8° mes de gestación, bajo riesgo, que aceptaron participar. Fueron excluidas embarazadas de alto riesgo, en período gestacional fuera del estipulado y menores de 20 años.

Estudio prospectivo, transversal y cuantitativo.

La evaluación fue hecha por volumetría, técnica de desplazamiento de agua antes y después de 7 a 8 horas del drenaje linfático. La técnica utilizada fue la de Godoy & Godoy. Iniciamos con estímulos cervicales por 15 minutos. 6.7 seguido por 5 movimientos respiratorios profundos, a seguir aplicamos drenaje en miembros superiores, abdomen y miembros inferiores y para poder drenar la parte posterior de las piernas, solicitamos a la gestante flexionar las piernas. Totalizamos esta técnica en 1 hora. 8.9 Fue realizado 3 veces, siendo 1 encuentro por mes. Control de volumetría de mañana 8 AM y de tarde a las 16 horas. Aplicación de la técnica, de mañana o de tarde o después de controlada la volumetría constituyendo éste último o grupo "control". Para análisis estadístico fue utilizado el test t pareado considerando error alfa de 5%. La pesquisa fue aprobada por el Comité de ética en pesquisas del Hospital de la Santa Casa de Misericordia de São Paulo con el número 324/09.

Resultados: el número de gestaciones entre las participantes fue de 51% primigestas e 49% multigestas. El volumen medio de los miembros inferiores controlados por la técnica de volumetría cuando formaban el grupo "control" fue de 2.849,1 gramas en el período de mañana y de 2.889,1 gramas en el período de tarde, variando + 40,3 gramas, no siendo significativo  $p=0,14$  teste t pareado. Sin embargo, en los días que las embarazadas recibieron la técnica de drenaje linfático, el volumen medio obtenido en la volumetría era de inicio 2.85,4 gramas en la mañana y 2.812,0 en la tarde con - 44,4 gramas, resultado significativo estadísticamente. Valor  $p=0,04$  Teste t pareado.

Discusión: identificamos que el drenaje linfático manual reduce el volumen de los miembros inferiores en embarazadas. 5. En la gestación el edema es frecuente y la principal opción terapéutica es el uso de medias elásticas no siempre tolerada por las embarazadas. El uso de medicamentos no es siempre prescrito, siendo que una de las pocas alternativas es el uso de diosmina micronizada. Otra alternativa evaluada fue la reflexología, pero faltan mayores estudios para definir esta opción terapéutica. 4. Por estas razones la técnica de drenaje linfático manual es la mejor opción en el tratamiento de edema de la embarazada porque durante el transcurso del día podemos constatar su disminución. Estimula los mecanismos fisiológicos de drenaje linfovenoso favoreciendo la reducción del edema. En este estudio el énfasis fue evaluar el comportamiento del edema en el transcurso del día. Cuando se compara el volumen medio en los días de "control" con los días de drenaje linfático observamos que hay una reducción de 77 gramas al final de la tarde. De esta manera, podemos ver que el drenaje linfático ayuda en la mantención del volumen en los miembros. El sistema linfático actúa como reserva funcional del sistema venoso. El edema ocurre cuando ultrapasa la capacidad de reserva funcional del sistema linfático. En la gestación las variaciones sufridas por la embarazada ayudan a formar edema. Por lo tanto, el edema no es consecuencia del linfedema y si de sobrecarga del sistema. De esta forma, la utilización de mecanismos protectores son necesarios durante la gestación.

Conclusión: el drenaje linfático manual ayuda en la reducción del volumen de los miembros inferiores en el transcurso del día en



embarazadas, siendo una necesidad de tratamiento durante la gestación, por lo menos 1 vez por semana.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY

- 1- Muzaffar F, Hussain I, Haroon TS. Physiologic skin changes during pregnancy: a study of 140 cases. *Int J Dermatol.* 1998; 37: 429-31.
- 2-Alves GF, Nogueira LSC, Varella TCN. *Dermatologia e Gestação. An Bras Dermatol* 2005; 80(2): 179-186.
- 3.Robertson L, Evans C, Fowkes FG. Epidemiology of chronic venous disease. *Phlebology.* 2008; 23(3):103-11.
- 4-Bamigboye AA, Smyth R. Interventions for varicose veins and leg o edema in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jan 24 ;(1):1-21.
- 5-Gondro A. Treatment of pregnancy edema with therapeutic lymph drainage; a preliminary report. *Z Lymphol.* 1979 Jun;3(1):14-5.
- 6-vídeo estímulo cervical. [www.drenagemlinfatica.com.br](http://www.drenagemlinfatica.com.br)
- 7- de Godoy JM, Godoy Mde F, Meza MC. Godoy & Godoy technique of cervical stimulation in the reduction of edema of the face after cancer treatment. *QJM.* 2008 Apr; 101(4):325-6.
- 8- Godoy JMP, Godoy MFG. Manual lymph drainage: a new concept. *J Vasc Br March* 2004; 03(1): 77-80.
- 9- de Godoy JM, Torres CA, Godoy MF: Self-drainage lymphatic technique. *Angiology;* 2001 Aug; 52(8):573-4
- 10-de Godoy JM, Batigalia F, Godoy Mde F: Preliminary evaluation of a new, more simplified physiotherapy technique for lymphatic drainage. *Lymphology;* 2002 Jun;35(2):91-3
- 11-Belczak CE, de Godoy JM, Ramos RN, de Oliveira MA, Belczak SQ, Caffaro RA. Is the wearing of elastic stockings for half a day as effective as wearing them for the entire day? *Br J Dermatol.* 2010 Jan. 162(1): 42-5.

## POSTER 40

## AUTORES/AUTHORS:

María Marta González Sánchez, Elvira Muslera Canclini, María Marta González Sánchez, Elena Blázquez Cimadevilla, Miguel Castellanos Álvarez., Luisa García Menéndez, Dolores Martín Rodríguez, Carmen Natal Ramos

## TÍTULO/TITLE:

Atención sanitaria en violencia contra las mujeres: Visualizar una parte del problema

La violencia de pareja afecta con más frecuencia a las mujeres, en todos los países, independientemente del grupo social, económico, religioso o cultural.. Debe mejorarse la detección, las intervenciones terapéuticas y la investigación para mejorar su calidad de vida. Hay estudios que han encontrado relaciones con las desigualdades estructurales entre hombres y mujeres, los roles de género rígidos, las ideas de hombría vinculadas al dominio y el honor masculino. Para entender la importancia del problema es conveniente revisar los datos con que contamos. La violencia física se visualiza con más frecuencia, pero la mayor parte de las veces vienen precedidas de maltrato psicológico, que resulta más invisible. En Asturias la prevalencia del maltrato en mayores de 16 años, es de 7,3% en mujeres frente al 2,5% en hombres. Las tres cuartas partes del maltrato en las mujeres se producen en el hogar. En las consultas de Atención Primaria en España, se observa que el 24,8% de las mujeres refirieron maltrato por su pareja alguna vez en la vida. Según el Instituto Universitario para el Estudio de la Violencia, el número de asesinadas por su pareja ha aumentado un 17,65 % entre 2000 y 2009.

Los registros sanitarios son una importante herramienta en la investigación en salud, en la evaluación de las intervenciones sanitarias y en la difusión del conocimiento en salud. Tener la mejor información disponible es indispensable para monitorizar tendencias en enfermedades, identificar factores etiológicos y diseñar programas de salud.

Con este propósito se crea el Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias (VIMPA) que inicia su actividad en enero de 2003.

## Objetivos:

Describir características de la demanda de atención sanitaria por agresiones a mujeres víctimas de violencia y primeras actuaciones de los servicios de salud. Recoger situaciones de violencia de pareja, familiar y comunitaria.

## Metodología:

Es un estudio descriptivo transversal. La fuente de información es el parte/informe médico al Juzgado, en mujeres mayores de 14 años que demandan atención sanitaria por causa del maltrato, durante el año 2009. Se recoge la situación de la mujer. Cada gerencia envía una copia al registro, posteriormente se mecaniza y se publica. Se difunde el resultado una vez al semestre y anualmente. Las variables recogidas son la edad, fecha y lugar de la atención, nacionalidad, agresor, tipo de maltrato, derivaciones, quién acompaña a la mujer y el diagnóstico (CIE9 MC).

El análisis de los datos se realiza utilizando un programa informático especialmente diseñado.

## Resultados:

Se atendieron 638 mujeres y se cumplimentaron 671 partes (el 34% en fines de semana). El 4,4% tienen más de un parte. Se atendieron en Atención Primaria (AP) el 69,8% de los casos. El 36% tienen entre 25 y 34 años, entre 20 y 34 años el 52,7% de las atendidas en Atención Especializada (AE). Las edades en AP están más repartidas. Las menores de 30 años acuden con mayor frecuencia a los centros de AE. El 15% son extranjeras (Tasa/1000: 4.9 versus 1). Analizando la persona agresora, en el 70% de los casos es el compañero íntimo, el 15,5% ex compañero íntimo, el 6,1% del ámbito familiar (no cónyuge) y el 6,4%, fuera de este ámbito. En AE las agresiones físicas son el 89,2% frente al 91,5% en AP. No se indica derivación en el 43 % de los casos. La policía acompaña a la mujer en el 40,4 % de los casos. Se encuentra algún diagnóstico que refleje daño psíquico sólo en el 21,2 %, el resto son daños físicos.

Discusión: Aumenta la notificación en AP (5,3 %), respecto a 2008. La violencia de compañero íntimo es la más importante. Afecta significativamente a mujeres extranjeras, los casos de nacionalidad desconocida podrían elevar este porcentaje. Una mayor vulnerabilidad por el desarraigo, la falta de apoyos familiares y de red social y quizás la modificación de ciertos roles de género podría explicar la gran diferencia. Las mujeres jóvenes representan una proporción importante de las declaraciones tanto en AE como en AP, podría ser más fácil la identificación del maltrato en este grupo de edad, el tiempo de exposición al maltrato no puede ser largo o incluso agresiones ocasionales. Otra característica de este grupo es que acude mayoritariamente a los servicios de AE, en los que no está prevista la continuidad del contacto. Por ello es necesario establecer procedimientos que permitan no perder la oportunidad de informar y orientar con rapidez a estas mujeres sobre los recursos disponibles útiles en cada caso. Mejora la

derivación desde AP y AE sobre todo a la Policía y al Centro Asesor de la Mujer. El aumento en más del doble de las derivaciones a los Centros Asesores de la Mujer, con relación a 2008, los consolidan como centros gestores de casos indicación del Protocolo Sanitario. Práctica clínica: Registrar y difundir permite conocer las características de las mujeres, pudiendo enfermería adaptar los recursos a las necesidades de las mujeres. Visibilizar la situación permitirá a la enfermería mejorar la atención informando y acordando con ella el plan de actuación y siendo el nexo de unión con otros recursos. Estos informes son utilizados en formación sanitaria.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

##### BIBLIOGRAFÍA:

1. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C, Montero-Piñar MI, Escribà-Agüir V, Jiménez-Gutiérrez E, et al. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gaceta Sanitaria*. 2010 3;24(2):128-135.
- 2- Informe mujeres asesinadas por su pareja. España 2000-2009. Informe realizado por el Instituto Universitario para el Estudio de la Violencia-ICRS, en el marco del convenio suscrito entre la Universidad Internacional Valenciana (VIU) y la Fundació de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia (Centro Reina Sofía).
- 3- Encuesta de Salud para Asturias 2008. Dirección General de Salud Pública y Participación. Informes breves 15.II ESA 08. Maltrato. Disponible en: [www.asturias.es](http://www.asturias.es).
- 4- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- 5- Regidor Poyatos E. Sistema de información para la política sanitaria. En: Del Llano J, Ortún V, Martín, JM, editores. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson; 1998. p. 125-45.
- 6- United Nations. Declaration on the elimination of violence against women. United Nations; 1993. Disponible en: <http://www.un.org/rights/dpi1772e.htm>.
- 7- Concha-Eastman A. Violence a challenge for public health and for all. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55:597-9.

## POSTER 41

## AUTORES/AUTHORS:

Alicia Palacio Tauste, Josefina Goberna Tricas, M<sup>a</sup> Rosa Banús Fernández, Sara Linares Sancho, Blanca Ceña Delgado, Montserrat Fornés Niubo

## TÍTULO/TITLE:

Título: El diagnóstico prenatal de anomalías congénitas; la mirada de las mujeres.

## Introducción:

En los últimos años se han producido, en los países desarrollados, cambios sustanciales en los patrones reproductivos. Las mujeres tienen mayor libertad para decidir el número de embarazos y el momento de los mismos. Estos cambios junto con la incorporación masiva de las mujeres al ámbito laboral han implicado modificaciones en los patrones reproductivos; en general ha disminuido el número de hijos por mujer, retrasándose también la edad media de la maternidad.

El retardo en la edad de la maternidad implica un mayor riesgo de tener hijos afectados por cromosomopatías; la única forma de prevención de los mismos se basa en el cribado y detección prenatal de cromosomopatías, que en estos momentos forma parte de la rutina de los programas de seguimiento del embarazo.

En los últimos años es abundante la literatura científica que estudia el impacto que las pruebas de cribado y diagnóstico prenatal han tenido sobre la mujer embarazada. Algunos de estos trabajos concluyen que estas nuevas tecnologías conducen a aquellos que se ha llamado "the tentative pregnancy", en el que muchas mujeres no asumen psicológicamente la existencia del feto hasta que las pruebas médicas determinan su normalidad; en el imaginario de las mujeres existe embarazo, pero no existe el hijo.

## Objetivos:

Describir los sentimientos de las mujeres que han sido madres recientemente en relación con las prácticas de diagnóstico prenatal de anomalías congénitas.

Analizar el significado que para las mujeres tiene la realización de dichas pruebas.

## Métodos:

Estudio con metodología cualitativa enfocado desde una perspectiva de género. Se han realizado 6 grupos de discusión entre mayo de 2007 y octubre de 2009 en dos centros de atención primaria de la provincia de Barcelona. El universo de trabajo lo han constituido los grupos de puerperio que se desarrollan en los programas de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva; el muestreo fue intencional y se tuvo en cuenta la zona de origen de las mujeres (rural o urbanas), así como la edad, nivel social y paridad. La participación en el estudio ha sido voluntaria.

## Resultados:

Se ha realizado un análisis sociológico del discurso. En general se observa una valoración positiva de la tecnología sanitaria durante el embarazo por parte de la mayoría de mujeres; cuando las mujeres hablan de diagnóstico prenatal emerge el concepto de responsabilidad reproductiva; sin embargo no se observa acuerdo en cuanto a su definición. Los diferentes discursos presentes en las transcripciones fueron agrupados en dos áreas o categorías:

- a) La responsabilidad de dar la luz
- b) Entre la angustia y la esperanza

## Discusión:

Para las mujeres dar a luz un hijo con deficiencias, teniendo posibilidad de evitarlo, implica una fuerte responsabilidad personal y social, en la definición de la misma se mezclan sentimientos de culpa y autoestima junto con percepciones de egoísmo o utilidad social. La dificultad en la asimilación de estos sentimientos ocasiona que las mujeres vivan los días que median entre la realización de las pruebas de cribado y resultado con angustia y miedo; en ocasiones prefieren no hablar del tema para no hacerlo presente en su imaginario.

Entre las funciones de la matrona de atención primaria figura la información y educación sanitaria, pero en un tema tan sensible como el cribado de defectos congénitos el conocimiento de los sentimientos de las mujeres puede ayudar al desarrollo de la actividad profesional.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1.- Garcia J, Bricker L, Henderson J, Martin MA, Mugford M, Nielson J, Roberts T. Women's views of Pregnancy Ultrasound: A systematic Review. BIRTH, 2002; 29(4): 225-250.
- 2.- Stephens MB, Montefalcon R, Lane D. The maternal perspective on prenatal ultrasound. J Fam Pract 2000; 46:601-604.
- 3.- Hyde B. An interview study of pregnant women's attitudes to ultrasound scanning. Soc Sci Med 1986; 22:587-592.
- 4.- Narotzky S. Mujer, mujeres, genero. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales; Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1995.
- 5.- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya, 2ª ed. Barcelona, direcció general de salut pública, 2005.
- 6.- Goberna J, García P, Gálvez M. Evaluación de la calidad de la atención prenatal. Aten Primaria 1989; 6: 75-78.
- 7.- Salvador J, Cunillé M, Lladonosa A, Ricart M, Cabré A, Borrell C. Características de las gestantes y control del embarazo en Barcelona, 1994-1999; gac sanit 2001; 15(3):230-236.
- 8.- Marsico G. Bioética: Voces de mujeres. Madrid: Narcea, 2003.
- 9.- Chevernak FA, McCullough LB. An ethical critique of boutique fetal imaging: A case for the medicalization of fetal imaging. Am J Obstet Gynecol 2005; 192: 31-33.

## POSTER 42

### AUTORES/AUTHORS:

Cristina Monforte Royo, Christian Villavicencio Chávez, Joaquín Tomás Sábado, Amor Aradilla, Albert Balaguer Santamaría

### TÍTULO/TITLE:

El Deseo de adelantar la muerte en la literatura internacional. Categorización de los resultados hallados

Recientemente, se ha incrementado el interés por analizar el DAM en el contexto clínico [1,2], en especial en el ámbito de cuidados paliativos (CP) [3-5], siendo abordado desde diferentes perspectivas y disciplinas [6]. Se han estudiado las actitudes de la población general y de los profesionales de la salud ante las decisiones de los pacientes de adelantar la muerte [7]. También se han explorado diversos factores relacionados con el DAM, como la depresión, la desesperanza, el sentimiento de carga, de pérdida de autonomía [8-10], aunque algunos de estos estudios presentan limitaciones relacionadas con su diseño y con la obtención de datos a través de fuentes indirectas [11].

En el ámbito español existen estudios clínicos que analizan el sufrimiento [12], el dolor, la ansiedad ante la muerte [13], pero no el DAM propiamente, ni los posibles factores relacionados con él. No obstante, ante la posibilidad de que se amplíe su frecuencia debido a factores como el aumento de la esperanza de vida y de las patologías crónicas, es previsible un incremento del interés por este fenómeno en el contexto de ciencias de la salud.

El objetivo del fue realizar una búsqueda sistematizada, categorización y análisis de los resultados sobre el DAM en pacientes con patología crónica o proceso avanzado de enfermedad en la literatura científica internacional.

### METODOLOGÍA

Se realizó una revisión en profundidad de la literatura sobre el DAM y conceptos relacionados. Los estudios se identificaron mediante una búsqueda sistemática en bases de datos relevantes, utilizando una estrategia diseñada con términos MeSH y texto libre. La estrategia de búsqueda se realizó simultáneamente en MEDLINE (PubMed), PsycINFO, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Web of Science y CUIDEN. El marco temporal seleccionado fue desde el comienzo de cada una de las bases de datos hasta enero de 2010. No se aplicaron límites de ningún tipo en la búsqueda.

El desglose de la búsqueda en MEDLINE (PubMed) por fecha de publicación muestra el aumento de interés que este tema ha suscitado en las últimas décadas (Tabla 1).

### RESULTADOS

De las 1133 referencias encontradas, la lectura de títulos y resúmenes permitió seleccionar 226 artículos que se consideraron de probable interés para el objetivo de esta revisión. La lectura de esos originales, además de la revisión de las referencias citadas por dichos estudios, junto con la consulta a expertos, permitió identificar finalmente 282 estudios.

En relación a los diferentes tipos de artículos identificados, el análisis muestra una proporción similar de estudios clínicos dirigidos directamente al DAM, de estudios que analizan las actitudes hacia el DAM y de los de tipo argumentativo o reflexivo. Cabe destacar que entre los estudios clínicos que analizan directamente el DAM, sólo 14 lo analizan obteniendo los datos de los propios pacientes. En cuanto a la distribución geográfica de los artículos, ésta mostró que aproximadamente el 50% de ellos (146), se han realizado en USA, distribuidos por casi todos los estados, aunque en Oregón se concentraron 25 de ellos. Europa es el siguiente continente en número de publicaciones sobre el tema, con un total de 80. Más de la mitad de estos artículos provienen de Bélgica (16) y Holanda (26). El resto de estudios se distribuyen entre España (9), Reino Unido (6) y otros países europeos como Dinamarca, Grecia, Noruega (4 en cada país). Australia es otro país que acumula un importante número de estudios (21), seguido por Canadá (17) y Japón (10). En Israel se han realizado 4 estudios, dos en China, uno en India y otro en México.

El principal grupo de población donde se ha explorado el DAM ha sido el de pacientes en cuidados paliativos y pacientes oncológicos, tanto en fases avanzadas como al inicio de la enfermedad.

Las cifras de prevalencia del DAM son muy dispares entre ellos. Estas diferencias tanto podrían deberse a aspectos conceptuales, de población, como a la falta de un instrumento que unifique los criterios de medición. Todo ello destaca la necesidad de consenso y unificación de criterios para la definición de DAM y conceptos relacionados y la adecuación de instrumentos válidos y fiables para su cuantificación.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Wilson K, Scott JF, Graham ID, Kozak JF, Chater S, et al. Attitudes of Terminally ill patients toward euthanasia and

physician-assisted suicide. Arch Intern Med. 2000; 160: 2454-60.

2. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funest-Esch J, et al. (2000) Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. The JAMA. 2000; 284: 2907-11.
3. Hudson PL, Schofield P, Kelly B, Hudson R, O'Connor M, et al. (2006) Responding to desire to die statements from patients with advanced disease: recommendations for health professionals. Palliat Med. 2006; 20: 703-10.
4. Kelly B, Burnett P, Pelusi D, Badger S, Varghese F, et al. Terminally ill cancer patients' wish to hasten death. Palliat Med. 2002; 16: 339-45.
5. Rodin G, Zimmermann C, Rydall A, Jones J, Shepherd FA, et al. (2007) The desire for hastened death in patients with metastatic cancer. J Pain Symptom Manage. 2007; 33: 661-75.
6. Arnold EM, Artin KA, Person JL, Griffith DL. Consideration of hastening death among hospice patients and their families. J Pain Symptom Manage. 2004; 27: 523-32.
8. Pessin H, Rosenfeld B, Burton L, Breitbart W. The role of cognitive impairment in desire for hastened death: a study of patients with advanced AIDS. Gen Hosp Psych. 2003; 25: 194-9.
9. Kelly B, Pelusi D, Burnett P, Varghese F. The prevalence of psychiatric disorder and the wish to hasten death among terminally ill cancer patients. Palliat Support Care. 2004; 2: 163-9.
10. Kissane DW, Kelly B. Demoralization, depression and desire for death: problems with the Dutch guidelines for euthanasia of the mentally ill. Aust N Z J Psych. 2000; 34: 325-33.
11. Rabkin JG, Albert SM, Del Bene ML, O'Sullivan I, Tider T, et al. Prevalence of depressive disorders and change over time in late-stage ALS. Neurology. 2005; 65: 62-7.
12. Maté J, Bayés R, González-Barboteo J, Muñoz S, Moreno F, et al. ¿A qué se atribuye que los enfermos oncológicos de una unidad de cuidados paliativos mueran en paz? Psicooncología. 2008; 5: 303-22.
13. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. Rev Psicol Gen Apl. 2003; 56: 257-79.

## POSTER 44

## AUTORES/AUTHORS:

Milagros Merino Gutierrez, Felisa Hernandez Martin, M<sup>a</sup> José Alvaro Moreno, Rosa M<sup>a</sup> Aller Fernández, Encarnación Santos Cadenas

## TÍTULO/TITLE:

"MOTIVACIÓN E INTERVENCIONES ENFERMERAS EN UN PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN PREVENCIÓN DE DIABETES TIPO 2"

## OBJETIVOS

- 1-Determinar la prevalencia de alto riesgo de padecer diabetes tipo2(DM2) en población DE 45-69 a través de la escala de FINDRISC.
- 2-Estimar el riesgo de desarrollar DM2 en los individuos de alto riesgo.
- 3- Desarrollar y evaluar un programa de intervención sobre estilos de vida saludables para prevenir la aparición de DM2.

## MÉTODO

Proyecto multicéntrico de Centros de Salud de Castilla y León (Ávila, Burgos, Segovia y Zamora). Estudio prospectivo longitudinal en 4 fases. Seguimiento de 10 años. Comienza 2009. Población rural y semiurbana, muestra aleatoria estratificada por edad y sexo. Variables: edad, sexo, perímetro abdominal, sobrepeso y obesidad, actividad física, comer verdura o fruta, puntuación de riesgo DM2, alteraciones metabólicas de Hidratos de Carbono(HC). Obtención de datos: tarjeta sanitaria, escala FINDRISC, peso, tallímetro, cinta métrica, esfigmomanómetro, material laboratorio, formularios.

El análisis de datos se realiza con estimación de porcentajes con IC. 95%. Comparación para muestras independientes mediante t-studen. Paquete estadístico SAS y SPSS versión 13.

Confidencialidad de datos según la Ley Orgánica 5/92 del 29 de Octubre, consentimiento informado.

Programa educativo que consta de 4 talleres teórico práctico.

## RESULTADOS

Muestra 2572 individuos, excluidos 984. Aceptan realizar evaluación inicial 1585, 279 son de alto riesgo para desarrollar la DM2.( Findrisc  $\geq 14$  puntos). Prevalencia de alto riesgo 22.6 %. Por factores de riesgo las personas que realizan  $< 30'$  de ejercicio físico el 27.7%, no comen 1 fruta/verdura/ día el 26.7%, con sobrepeso+obesidad el 64.6%, obesidad abdominal el 46.9%. Aceptan participar en la fase analítica 227 personas (81.3%) Alteraciones metabólicas de HC. el 61,5%( $p < 0,01$ )de los cuales el 29% ( $p < 0,01$ ) tienen glucosa alterada en ayunas(GAA), intolerancia a la glucosa(IG) el 19,8%( $p < 0,01$ ) y diabéticos desconocidos el 12,7%( $p < 0,01$ ).

Realizan educación grupal el 62.22% de la población susceptible.

## DISCUSIÓN

La prevalencia de riesgo para desarrollar DM2 en población de 45-69 años es del 22.6%

Tres de cada cuatro personas de tienen sobrepeso+obesidad.

Se ha detectado una tasa importante de diabetes desconocida en la población participante en el estudio. (12.7%)

Se ha obtenido una alta participación en las sesiones de educación en la población de alto riesgo.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Davidson M, Schriger D, Peters A, Lorber B. Relationship between fasting plasma glucose and glycosylated hemoglobin: potential for false positive diagnoses of type 2 diabetes using new diagnostic criteria. JAMA 1999;281(1203-1210).



2. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson J, Valle T, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344:1343-1350.
3. The Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the Incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346(6):393-403.
4. Schwarz PEH, Lindstrom J, Kissimova-Scarbeck K, Szybinski Z, Barengo NC, Peltonen M, Tuomilehto J on behalf of the DE\_PLAN Project. The European Perspective of Type 2 Diabetes Prevention: Diabetes in Europe-Prevention Using Lifestyle, Physical Activity and Nutritional Intervention (DE\_PLAN) Project. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2008; 116: 167-72.
5. Acosta T, Arnal R, Fernández A, Gómez I, Mauricio G, Moreno S, Novella B, Ruiz I, Sánchez M, Gabriel R en nombre del grupo cooperativo DE\_PLAN Diabetes en Europa, prevención mediante estilos de vida modificables, avances en Diabetología. 2008.1:23.
6. Lindi VI, Uusitupa MI, Lindstrom J, Louheranta A, Eriksson JG, Valle TT, et al. Association of the Pro12Ala polymorphism in the PPAR-gamma2 gene with 3-year incidence of type 2 Diabetes and body weight change in the Finnish Diabetes Prevention study. *Diabetes* 2002;51:2581-6
7. Selvin E, Coresh J, Brancati FL. The Burden and Treatment of Diabetes in Elderly Individuals in the U.S. *Diabetes Care* 29:2415-2419, 2006
8. Valerio L, Milozzi J, Figueredo A, Reina MD, Martinez-Cuevas O, Perez-Quilez O. Prevalence of diabetes mellitus in young Asian Indian immigrants in Santa Coloma de Gramenet (Spain). *Med Clin (Barc)*. 2006;126:53-6.
9. The DECODE Study Group. Age- and Sex-Specific Prevalences of Diabetes and Impaired Glucose Regulation in 13 European Cohorts. *Diabetes Care* 2003; 26: 61-69
10. The DECODE Study Group on behalf of the European Diabetes Epidemiology Group. Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetes Association diagnostic criteria. *Lancet* 1999; 354: 617-21.

**POSTER 45**

**AUTORES/AUTHORS:**

Fortuna Cinira Magali, Matumoto Silvia, Mishima Silvana Martins, Pereira Maria José Bistafa, Vieira Katia Cristina dos Santos, Oliveira Pollana Silva, Paula Vanessa Garcia de, Campos Lucas Vinco de Oliveira

**TÍTULO/TITLE:**

Educación Permanente en un equipo de salud de la familia para el trabajo con grupos

La Educación Permanente en Salud es parte de la política nacional para el Sistema Único de Saúde en Brasil y prevé la colaboración efectiva entre los organismos de formación, trabajadores, gestores y usuarios de los servicios de salud (BRASIL, 2004). La educación permanente ocurre por medio de análisis colectiva del proceso del trabajo buscando caminos en dirección a la atención integral. La Educación Permanente en Salud es diferente de la educación continua. En la educación permanente las necesidades de aprendizaje de los trabajadores se discuten con ellos. (FORTUNA, 2003; CECCIN; FEUERWECKER, 2004; CAROTTA, KAWAMURA, SALAZAR, 2009) El coordinador de las reuniones ayuda al equipo a pensar en lo que están haciendo, cómo, por qué, para que y para quién, objetivando la producción de autoanálisis y autogestión. En las investigaciones cualitativas (MINAYO, 1998) tenemos utilizado los grupos como dispositivo de acción, en la medida en que estos se pueden constituir al mismo tiempo en campo de análisis y de intervención. Estos dispositivos son un conjunto heterogéneo que abarca discurso, las instituciones, las organizaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En resumen, lo que se dice y lo que no es dicho son los elementos del dispositivo. El dispositivo es la red que se puede establecer entre estos elementos. (Foucault, 1992, p. 244). Objetivo: el presente estudio tiene por objetivo describir y analizar el proceso vivido por un equipo de salud de la familia para calificar su trabajo con grupos junto a la población. Método: Es una pesquisa-intervención que tiene como referencial teórico metodológico el movimiento institucionalista (BAREMBLITT, 1994; DELEUZE e GUATTARI, 1996; GUATTARI e ROLNIK, 1996; LAPASSADE, 1983; MARC ROBERT, 2007): Es un estudio cualitativo tipo estudio de caso, que se desarrolló a través de veintiséis reuniones quincenales, durante el año de 2009, con media de participación de doce trabajadores, para analizar y repensar el trabajo con grupos con la población. Las reuniones duraban aproximadamente una hora y veinte minutos y fueron grabados y transcritos. Hubo financiamiento de la Fundação de Apoio a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Siguió las recomendaciones éticas y fue aprobado por el Comité de Ética de investigaciones con seres humanos. Resultados: Los trabajadores analizaron y hicieron discusión acerca los grupos de vivencia, hipertensión arterial y reeducación alimentar. Era evidente las dificultades para planear y ejecutar las actividades de los grupos y ausencia de referencial teórico y metodología para desarrollar las actividades grupales prevaleciendo empirismo en ese hacer. El enfermero ejecuta la función de planificación de las acciones, pero los estudiantes y agentes comunitarios las ejecutan en su mayoría. La finalidad de los grupos fue diferente para los agentes comunitarios, médicos, enfermera y estudiantes de los cursos de la salud. El análisis de esta actividad expone dificultades de los trabajadores en el trabajo en equipo. Discusión: En el desarrollo de los grupos con la población, el equipo necesita disponer de referenciales teóricos y de metodologías que sean pactados y que direccionen el equipo para la finalidad de atender integralmente las familias en sus necesidades considerando las mismas como derivadas de las condiciones de vida. El área de la educación permanente ha puesto de relieve las lagunas de referenciales teóricos realizando estudio acerca de movimientos grupales lo que ayudó al equipo a percibir a si mismo como un grupo en formación. La discusión y análisis del funcionamiento del equipo, que se divide entre la tarea de enseñar a los estudiantes y cuidar de la población, hace con que los grupos con la población no tengan propósito claro para las personas que los desarrollan. El análisis colectivo mostró la institución división técnica y social del trabajo predominando saberes y prácticas determinadas por los trabajadores de nivel universitario. Las dificultades del trabajo en equipo también fueron evidenciadas proporcionando reflexiones y pactos relacionados con el trabajo. Consideramos que esta investigación contribuye con la práctica de los enfermeros en su trabajo con grupos en la comunidad.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.  
 CAROTTA F, KAWAMURA D, SALAZAR J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. Saúde Soc. 2009; 18(supl.1):8-51.

- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 41 - 65, 15 jun. 2004.
- Deleuze, G e Guattari, F. *Mil Platôs*. 2a ed. São Paulo: Editora 34; 1996.96 p.
- FORTUNA, C. M. Cuidando de quem cuida: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção da vida. 2003. 197 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 10ª ed, Rio de Janeiro: Graal, 1992. 295p.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica, cartografias do desejo*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
- LAPASSADE, G. *Grupos, organizações e instituições*. Trad. H. A. A. Mesquita 2ª ed. Rio Janeiro: Francisco Alves, 1983.
- MARC ROBERTS RMN. Capitalism, psychiatry, and schizophrenia: a critical introduction to Deleuze and Guattari's *Anti-Oedipus*. *Nursing Philosophy*. 2007;8:114-27
- Minayo, M.C.S. *O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde*. 5 ed., Rio de Janeiro(RJ): Hucitec/Abrasco, 1998.

## POSTER 49

### AUTORES/AUTHORS:

Lourdes Berné Bordonada, Guadalupe Jimenez Marques, M<sup>a</sup> Pilar Gimeno Giral, María José Vicente Edo, Pilar Comet Cortés, Daniel Bordonaba Bosque

### TÍTULO/TITLE:

Resultados implementación del protocolo. "Uso terapéutico de la contención mecánica en pacientes psiquiátricos"

#### Objetivos:

Evitar las lesiones relacionadas con la sujeción mecánica.

#### Método:

Este proyecto ha sido realizado por el grupo de Enfermería basada en la evidencia (EBE) de la Comunidad Autónoma de Aragón coordinado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud La implementación se realizó en la Unidad de agudos de Psiquiatría del "Hospital Royo Villanova" del Sector I de Salud de la CA de Aragón Se realizó desde julio 2008 hasta diciembre de 2009. Durante este tiempo y en dicha Unidad se realizaron 751 ingresos y un total de 101 contenciones. Los criterios de inclusión para la implementación del protocolo fueron: pacientes >18 años ingresados en la Unidad de Psiquiatría y con alteraciones de sus facultades psíquicas que presentaban agitación psicomotriz con auto o hetero-agresividad.

La asociación americana de psiquiatría señala las indicaciones para el aislamiento y contención mecánica en casos de emergencia. Estas indicaciones establecen que no es necesario que se haya producido conducta violenta alguna, sino que el personal sanitario puede utilizarlas ante una situación de riesgo de violencia inminente, cuando el patrón de escalada de violencia del paciente es conocido, o si es evidente que un paciente se halla a punto de perder el control, siempre con los siguientes objetivos:

- prevenir un daño inminente hacia los demás, ya sea un miembro del personal u a otros pacientes, si otros métodos son ineficaces o inapropiados.
- prevenir un daño inminente al propio paciente, si otros métodos de control no son eficaces o apropiados.
- preservar el buen funcionamiento del programa terapéutico de la unidad de tratamiento.
- cuando formara parte de un programa de tratamiento conductual en curso
- disminuir la estimulación que recibe el paciente; en este caso procede el aislamiento sin contención mecánica
- a petición del paciente en los hospitales psiquiátricos no es infrecuente que el propio paciente solicite ser aislado o reducido, al percibir su falta de control de impulsos

En el proceso de implementación y en una primera fase se identificaron barreras y facilitadores para la puesta en marcha del protocolo, y como estrategia para su difusión se realizaron sesiones formativas y procesos de consenso con la participación de todos los profesionales implicados. Se diseñaron registros específicos para el seguimiento de los indicadores incluidos en el protocolo para evaluar el efecto de la implementación y las variaciones especiales.

Las variables analizadas fueron diagnostico de ingreso, tipo y momento del ingreso, motivo de ingreso, tipo de sujeción, lesiones y complicaciones.

Indicador de resultado. Nº de pacientes con sujeción mecánica que han desarrollado lesiones

#### Resultados

De un total de 101 contenciones realizadas, el 13,4% de las personas contenidas, tenían diagnostico de Trastorno de la Personalidad, en un 67,8% el ingreso era involuntario y el momento del día donde más se realizó contenciones fue tarde y noche (48,5%). El motivo de la contención más frecuente fue por agitación (70,3 %), y en el 70% de los casos la contención fue completa (extremidades superiores, inferiores y cintura).

Solo se registró una lesión producida por la contención, sin que se produjeran complicaciones en la misma.

#### Discusión

Las contenciones en unidades de agudos psiquiátricas son cada vez más escasas, bien por la nueva generación de medicación psicotrópica o por la mejora en la gestión de la agitación de los pacientes por los profesionales de enfermería, El tamaño reducido de la muestra (101) no permite establecer relaciones significativas entre las diferentes variables medidas que puedan influir en la aparición de lesiones producidas por las contenciones mecánicas.

El grupo de trabajo ante los resultados obtenidos plantea la posibilidad de que este protocolo puede ser más necesario en residencias geriátricas o en unidades médicas en las que el número de contenciones sea mayor y en las que no se contemplan indicaciones o criterios para su realización.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Evans D, et al. (2002) Physical Restraint in Acute and Residential Care. A systematic Review N22. The Joanna Briggs Institute. Adelaide, South Australia.
- Best Practice "Sujeciones mecánicas-2ª Parte: disminución del uso en unidades de agudos y residencias" 2002; 6(4):1-6.
- Tinetti ME, Liu WL, Marottoli RA, Ginter SF. Mechanical restraint use among residents of skilled nursing facilities: prevalence patterns and predictors. JAMA 1991;265(4):468-71.
- Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organisations. Preventing restraint deaths, Sentinel Event Alert; 1998. Report No.: Issue 8.
- Parker K, Miles SH. Deaths caused by bedrails. Journal of the American Geriatric Society 1997;45(7):797-802.
- Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing home in Victoria, Australia. International Journal of nursing studies 1998; 35(3): 184-91
- Harmer B. A capacity-building model for implementing a nursing best practice. J Nurses Staff Dev. 2008 Jan-Feb;24(1):36-42.
- Marchionni C, Ritchie J. Organizational factors that support the implementation of a nursing best practice guideline. J Nurs Manag. 2008 Apr;16(3):266-74
- St-Pierre I, Davies B, Edwards N, Griffin P. Policies and procedures: a tool to support the implementation of clinical guidelines?. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2007;20(4):63-78
- Ploeg J, Davies B, Edwards N, Gifford W, Miller PE. Factors influencing best-practice guideline implementation: lessons learned from administrators, nursing staff, and project leaders. Worldviews Evid Based Nurs. 2007;4(4):210-9
- Gifford WA, Davies B, Edwards N, Graham ID. Leadership strategies to influence the use of clinical practice guidelines. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2006 Dec;19(4):72-88.
- Ellis I, Howard P, Larson A, Robertson J. From workshop to work practice: An exploration of context and facilitation in the development of evidence-based practice. Worldviews Evid Based Nurs. 2005;2(2):84-93
- Ring N, Coull A, Howie C, Murphy-Black T, Watterson A. Analysis of the impact of a national initiative to promote evidence-based nursing practice. Int J Nurs Pract. 2006 Aug;12(4):232-40
- Ring N, Malcolm C, Coull A, Murphy-Black T, Watterson A. Nursing best practice statements: an exploration of their implementation in clinical practice. J Clin Nurs. 2005 Oct;14(9):1048-58.

## POSTER 50

## AUTORES/AUTHORS:

M<sup>a</sup> Pilar Tabuenca Espada, Carmen Brun Soterias, Ana M<sup>a</sup> Train de Val, Eva Arnal Rubio, Concepción Balagué Clemos, M<sup>a</sup> Asunción Sanchez Abad, Maria José Vicente Edo, Pilar Comet Cortés

## TÍTULO/TITLE:

Resultados de la implementación del protocolo "Efectividad de las intervenciones en el cólico del lactante (CL)"

## Objetivos

- Reducir el llanto del bebé,
- Mejorar las actitudes de los padres y las técnicas de abordaje del problema generado por el CL

## Método

Este proyecto ha sido realizado por el grupo de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) de la Comunidad Autónoma (CA) de Aragón coordinado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y se realizó en cuatro Centros de Salud (CS) de Atención Primaria (AP) pertenecientes al Sector de Salud II de la CA de Aragón. La población diana observada fueron bebés de ambos sexos nacidos en el Sector II durante el año 2007, desde el nacimiento hasta el final del tercer mes de vida. El periodo de implementación fue de junio de 2008 a noviembre de 2009 y se realizaron tres evaluaciones. Se identificaron barreras y facilitadores para la puesta en marcha del protocolo. Para su difusión se realizaron sesiones formativas y se utilizaron materiales diseñados para ello realizándose procesos de consenso con inclusión de todos los profesionales implicados. Se diseñaron registros específicos para evaluar la magnitud del problema. Para detectar el CL se usaron los criterios de Wessel. Si se evidencia síntoma del llanto que permita sospechar CL, se explican las recomendaciones del protocolo a los padres y se les entrega información escrita y cuestionarios elaborados para registrar las actuaciones. Se evaluó el indicador de proceso, porcentaje de niños de 0 a 3 meses con diagnóstico positivo de CL, e indicadores de resultados: disminución de las horas de llanto del bebé conseguida tras la aplicación del protocolo, disminución de horas de sueño perdidas por los padres y/o cuidadores, descripción de las actitudes de éstos y técnicas de abordaje utilizadas.

## Resultados

De los 3.060 bebés nacidos en 2007 en el Sector II de la CA de Aragón; 624 (20,4%) estaban adscritos a los cuatro CS de AP donde se implementó el protocolo. De estos, sólo 13 respondieron al criterio de inclusión. Tras la aplicación de las recomendaciones del protocolo hay una leve reducción del número de episodios de llanto diarios (se pasa de 2 a 1,1 por bebé), el tiempo medio diario de llanto pasa de 90' a 56' y el tiempo medio diario de sueño perdido por los padres pasa de 201' a 55'. Respecto a las técnicas para abordar el llanto del bebé, las maniobras de tranquilización, como complemento de otras técnicas, fueron las más utilizadas por los padres (30,9% de los casos), y en el 52% de los casos informaron de algún grado de mejoría tras la intervención del protocolo

## Discusión

La definición más comúnmente aceptada de los cólicos infantiles es la de Wessel (1954), quién la describe usando la "regla del 3": inexplicables ataques de llanto por más de 3 horas al día, más de 3 días a la semana, por más de 3 semanas, en los primeros 3 meses de vida en un infante bien alimentado y saludable. Utilizar dicha definición como criterio de inclusión ha reducido drásticamente el número de casos.

En este proyecto se utilizó esta definición de Wessel propuesta en las últimas revisiones sistemáticas publicadas en 2004. En revisiones sistemáticas publicadas con posterioridad (Best Practice 2008; 12 (6) ISSN:1329-1874, edición 03-07-08) leemos definiciones como "un ataque de llanto y un aparente dolor abdominal en la infancia temprana" ... "condición muy común, caracterizada por prolongados y repetitivos periodos de llanto o angustia en un niño que, por lo demás, está sano". Aunque también se cita la definición de Wessel, apoya nuestra teoría de que habría que buscar en la literatura científica criterios menos restrictivos, que permitiesen ampliar el número de observaciones. Iniciado el estudio, no se cambiaron los criterios de inclusión por preservar el rigor del mismo.

La modificación de la dieta materna para reducir el CL, exige eliminar alimentos tradicionales de la dieta mediterránea como trigo, leche de vaca y huevos, difícil de asumir en nuestra cultura.

La utilización y evaluación de protocolos basados en la evidencia es de gran utilidad para mejorar la eficacia de las intervenciones de enfermería, disminuir la variabilidad en la práctica clínica, aportando a los profesionales información y conocimientos que les permitan tomar las mejores decisiones en el cuidado de los pacientes.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic". *Pediatrics*. 1954;14:421-434.
- Garrison MM, Christakis DA. Early childhood. Colic, child development, and poisoning prevention: a systematic review of interventions for infant colic. *Pediatrics*. 2000;106:184S-90S.
- Lucassen PL, Assendelft WJ, Gubbels JW, Van Eijk JT, Van Geldrop WJ. Effectiveness of interventions for infantile colic: systematic review. *BMJ*. 1998;316:1563-9.
- Wade S, Kilgour T. Infantile colic. *BMJ*. 2001;323:437-40.
- Sethi Ks, Sethi Jk. Simethicone in the management of infant colic. *Practitioner*. 1988; 232:508.
- Illingworth RS. Evening colic in infants: a double-blind trial of dicyclomine hydrochloride. *Lancet*. 1959; 2:1119-1120
- Hill DJ, Hudson IL, Sheffield LJ, Shelton MJ, Menahem S, Hosking CS. A low allergen diet is a significant intervention in infantile colic: results of a community-based study. *J. Allergy Clin Immunol*. 1995; 96:886-892
- Harmer B. A capacity-building model for implementing a nursing best practice. *J Nurses Staff Dev*. 2008 Jan-Feb;24(1):36-42.
- Marchionni C, Ritchie J. Organizational factors that support the implementation of a nursing best practice guideline. *J Nurs Manag*. 2008 Apr;16(3):266-74
- St-Pierre I, Davies B, Edwards N, Griffin P. Policies and procedures: a tool to support the implementation of clinical guidelines?. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2007;20(4):63-78
- Ploeg J, Davies B, Edwards N, Gifford W, Miller PE. Factors influencing best-practice guideline implementation: lessons learned from administrators, nursing staff, and project leaders. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2007;4(4):210-9
- Gifford WA, Davies B, Edwards N, Graham ID. Leadership strategies to influence the use of clinical practice guidelines. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2006 Dec;19(4):72-88.
- Ellis I, Howard P, Larson A, Robertson J. From workshop to work practice: An exploration of context and facilitation in the development of evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2005;2(2):84-93
- Ring N, Coull A, Howie C, Murphy-Black T, Watterson A. Analysis of the impact of a national initiative to promote evidence-based nursing practice. *Int J Nurs Pract*. 2006 Aug;12(4):232-40
- Ring N, Malcolm C, Coull A, Murphy-Black T, Watterson A. Nursing best practice statements: an exploration of their implementation in clinical practice. *J Clin Nurs*. 2005 Oct;14(9):1048-58.

## POSTER 51

### AUTORES/AUTHORS:

Rosa Álvarez Moreno, Carmen Perez Martinez, Ana María Vidal Meseguer, Natalia Casanova Cartié, Maria José Vicente Edo, Pilar Comet Cortés, Daniel Bordonaba Bosque, Por el grupo de trabajo de EBE de Aragón

### TÍTULO/TITLE:

Resultados implementación del protocolo "Cuidados del catéter intravenoso periférico (CVP)"

#### Objetivos

Disminuir la variabilidad en los cuidados de CVP

Reducir el riesgo de flebitis en los pacientes portadores de CVP

#### Método

Este proyecto ha sido realizado por el grupo de Enfermería basada en la evidencia (EBE) de la Comunidad Autónoma de Aragón coordinado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y fue implementado en 3 hospitales pertenecientes a tres Sectores de Salud de la CA de Aragón (Alcañiz, Calatayud y Teruel). En el proceso de implementación y en una primera fase se identificaron barreras y facilitadores para la puesta en marcha del protocolo; y para su difusión se realizaron sesiones formativas y se utilizaron materiales diseñados para ello realizándose procesos de consenso con inclusión de todos los profesionales implicados. Se diseñaron registros específicos para el seguimiento de los indicadores. Este protocolo se implementó progresivamente en la mayoría de las unidades de hospitalización, excepto en las unidades de pediatría, seis en el hospital "Ernest Lluch" de Calatayud, seis en el hospital "Obispo Polanco" de Teruel y una en el hospital de Alcañiz.

Los resultados corresponden al periodo de observación 2008-2009. En los tres hospitales se realizó una evaluación previa para conocer la situación de partida y comprobar los registros. El número de vías periféricas evaluadas durante el periodo de estudio fue de 1.097 (Alcañiz 101, Calatayud 142, Teruel 854). Las variables analizadas descritas en el protocolo fueron: mantenimiento del CVP superior a 96 horas, apósito manchado/despegado y signos de flebitis. La asociación entre factores se investigó mediante pruebas de contraste de hipótesis, con comparación de proporciones (chi cuadrado, prueba exacta de Fisher) y en caso de darse relación entre variables estudiadas se constató la dirección de dichas asociaciones a través del análisis de los residuos estandarizados.

Se evaluó el indicador de Estructura: Porcentaje de disponibilidad del protocolo en las Unidades, Proceso: Porcentaje de pacientes con apósito despegado ó manchado. Porcentaje de pacientes con CVP insertada más de 96 horas y Resultado: Porcentaje de pacientes con signos de flebitis

#### Resultados

La media de pacientes portadores de CVP en las unidades de estudio, durante el periodo de observación fué del 84,1% en el hospital de Alcañiz, 80,5% en el hospital de Calatayud y 66% en el Hospital de Teruel. El protocolo estuvo disponible en todas las unidades de los hospitales que participaron en la implementación. El porcentaje de unidades de hospitalización en las que se implementó el protocolo fue un 20 % en el hospital de Alcañiz, 100% en el hospital de Calatayud y 85% en el hospital de Teruel. El porcentaje de mantenimiento de CVP superior a 96 horas fué en Alcañiz del 28,3%, Calatayud 13,3% y Teruel 20%.

El porcentaje de pacientes que presentaban el apósito manchado/despegado en las unidades del hospital de Alcañiz fué del 32,3%, en las del hospital de Calatayud 24,2% y en el hospital de Teruel 13%. Los signos de flebitis observados fueron de un 3% en Alcañiz, 11% Calatayud y un 5% en Teruel. En las unidades de los hospitales de Calatayud y Teruel hay una relación significativa ( $p < 0.05$ ) entre el mantenimiento del CVP superior a 96 horas y signos de flebitis. También se ha encontrado relación entre el apósito manchado/despegado y signos de flebitis en el hospital de Teruel, no pudiéndose encontrar estas diferencias en los hospitales de Alcañiz y Calatayud.

#### Discusión

Según el estudio EPINE, el porcentaje de pacientes portadores de vías venosas periféricas se ha incrementado en los últimos años pasando de un 27% en 1990 a un 44% en el año 2000; en estos resultados la prevalencia es todavía mayor, lo que justifica la elaboración e implementación de este protocolo. Se ha encontrado una relación entre el tiempo de permanencia de las vías periféricas y la aparición de signos de flebitis, lo que parece indicar que un mantenimiento adecuado de dichas vías reduce el riesgo de flebitis



**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE); Informes de Aragón: años 2005 y 2006.
- Garitazo Tellería, B, Barberena Iriarte C, Alonso Vallejo M y Gistau Torres C. Revisión sistemática: efectividad de los cuidados en el mantenimiento de catéteres de inserción periférica. Enfermería Clínica 2002;12(4):164-172.
- Bellido Vallejo JC, Carrascosa García MI, García Fernández FP, Tortosa Ruiz MP, Mateos Salido MJ, Del Moral Jiménez J, Portellano Moreno A, Martínez Martos RM, Castillo Dorado B, Cabrera Castro MC, Ojeda García M, Colmenero Gutiérrez MD, Jesús Uceda T. Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica. Evidentia 2006; 3(9)
- Best Practice "Manejo de los dispositivos intravasculares periféricos". 2008; 12 (5):1-4.
- Revision de Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. 2002 .D.C.-USA en su Versión Española 2006
- Harmer B. A capacity-building model for implementing a nursing best practice. J Nurses Staff Dev. 2008 Jan-Feb;24(1):36-42.
- Marchionni C, Ritchie J. Organizational factors that support the implementation of a nursing best practice guideline. J Nurs Manag. 2008 Apr;16(3):266-74
- St-Pierre I, Davies B, Edwards N, Griffin P. Policies and procedures: a tool to support the implementation of clinical guidelines?. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2007;20(4):63-78
- Ploeg J, Davies B, Edwards N, Gifford W, Miller PE. Factors influencing best-practice guideline implementation: lessons learned from administrators, nursing staff, and project leaders. Worldviews Evid Based Nurs. 2007;4(4):210-9
- Gifford WA, Davies B, Edwards N, Graham ID. Leadership strategies to influence the use of clinical practice guidelines. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2006 Dec;19(4):72-88.
- Ellis I, Howard P, Larson A, Robertson J. From workshop to work practice: An exploration of context and facilitation in the development of evidence-based practice. Worldviews Evid Based Nurs. 2005;2(2):84-93
- Ring N, Coull A, Howie C, Murphy-Black T, Watterson A. Analysis of the impact of a national initiative to promote evidence-based nursing practice. Int J Nurs Pract. 2006 Aug;12(4):232-40
- Ring N, Malcolm C, Coull A, Murphy-Black T, Watterson A. Nursing best practice statements: an exploration of their implementation in clinical practice. J Clin Nurs. 2005 Oct;14(9):1048-58.

## POSTER 53

## AUTORES/AUTHORS:

Lourdes Moral Fernández

## TÍTULO/TITLE:

Vivencias y percepciones de cuidadoras familiares de mayores dependientes

## Objetivo general:

- Describir las percepciones y vivencias de cuidadoras familiares de mayores dependientes.

## Objetivos específicos:

- Analizar las circunstancias que llevaron a las cuidadoras familiares a asumir este rol
- Comprender las relaciones que se establecen entre cuidadoras y mayores
- Analizar los cuidados diarios que realizan las cuidadoras familiares
- Describir las repercusiones del cuidado informal
- Analizar la ayuda percibida de las cuidadoras
- Determinar los motivos que les han llevado a cuidar de un familiar dependiente.

## Método:

Investigación cualitativa en la que se formó un grupo de discusión con 9 cuidadoras informales de mayores dependientes, pertenecientes al Centro de Salud de Bailén, en el 2.010. Se han seleccionado a mujeres cuidadoras de entre 42 y 70 años que lleven cuidando más de un año. Con el fin de que la muestra fuese similar al perfil de cuidadora familiar, hemos excluido a hombres, mujeres que no se encuentren entre estas edades y cuidadoras que no lo sean de mayores dependientes. El grupo focal ha sido compuesto por nueve cuidadoras con una media de edad de 52 años, cuidadoras principales de mayores con dependencia para las Actividades de la Vida Diaria cuya edad media es de 78 años.

La sesión fue grabada en audio con el consentimiento de las participantes y una duración de 90 minutos

Estuvieron presentes la investigadora principal que planteaba las preguntas y coordinaba al grupo, una investigadora observadora, que se encargaba de tomar anotaciones y el Enfermero Gestor de Casos que facilitó el contacto y acceso a las cuidadoras.

Se realizó la transcripción y su posterior análisis con el N-Vivo. Para el análisis de los datos, se ha optado por emplear en análisis crítico del discurso, ya que al aplicarlo, los sistemas de información no garantizarían sólo una representación de lo que explícitamente puede captarse en el procesamiento tradicional de la información por medio de elementos sintácticos y semánticos, sino que pudieran sumarse elementos de carácter pragmático y contextual que le añadirían más valor a esta etapa y que funcionarían como mapas de navegación inferencial.

## Resultados:

Si bien las categorías se han correspondido principalmente con la guía temática empleada en la sesión, los matices emergentes emitidos de forma espontánea por los participantes se han visto incorporados.

Las cuidadoras asumieron el rol de cuidadoras porque no les quedó más remedio. Mantienen que poseen muy buena relación con las personas a las que cuidan. Aunque alguna manifiesta lo contrario probablemente por el corto periodo de tiempo que lleva ejerciendo de cuidadora y no ha asumido el cambio tan importante que se produce en su vida cuando se hace cargo de una persona dependiente.

Llevan una media de 8 años cuidado del familiar dependiente, y se encargan de realizar todos los cuidados diarios que precisen, de los cuales destacan el estar pendiente de ellos.

Entre las ayudas que reciben son por parte de sus hijas, y servicios de apoyo formal, aunque muchas de ellas manifiestan no recibir ayuda de ningún tipo. No desean que sus hijos cuiden en un futuro, pero tampoco contemplan la alternativa residencial del mayor, unas porque no se encuentra de acuerdo con ello, y otras porque los mismos mayores se niegan rotundamente a vivir en una residencia.

Entre las repercusiones negativas del cuidar consideran que el no descansar es la repercusión más negativa, anteponiendo las repercusiones psicológicas como mucho peores que las físicas. El cariño y la gratitud son los principales motivos de cuidado que manifiestan, seguidos de falta de alternativa.

Discusión:

Se puede deducir que las cuidadoras manifiestan que no han tenido opción alternativa que cuidar a sus familiares, bien porque ninguno de sus familiares se ha ofrecido a cuidarlos o bien por el deseo de ellos mismos o de los propios mayores de no ir a una residencia. En todo caso, a pesar de que se hayan visto obligadas a ser cuidadoras pueden manifestar que lo hacen con todo el cariño y gratitud con el que pueda hacerse, aunque el hecho de exteriorizar en público las circunstancias por las que asumen el papel de cuidadora puede influir en la respuesta de las cuidadoras.

Aunque las cuidadoras manifiestan que el motivo por el que cuidan es el cariño y la gratitud, la falta de alternativas y ayudas se ve muy presente en ellas, así como las repercusiones negativas y afectación psicológica. Así la mayoría de las cuidadoras perciben poca ayuda o nula para su tarea diaria de cuidar, lo que se traduce en repercusiones negativas entre las que se puede destacar la falta de descanso y la falta de tiempo tanto para la familia como para ellas mismas. En este sentido, los profesionales de enfermería tenemos una base para ayudar a las cuidadoras a disminuir las repercusiones negativas y la afectación psicológica ofreciendo ayuda e información para mantener la mejor calidad de vida a las personas que representan aproximadamente un 1,8% de la población española mayor de 18 años.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Gutiérrez Brito, Jesús. Dinámica del grupo de discusión. Centro de investigaciones sociológicas, primera edición, Madrid; 2008. p.51-135.
- Crespo López M, López Martínez J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar". Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2006.
- Carretero Gómez S, Garcés Ferrer J, Ródenas Rigla F. La Sobrecarga De Las Cuidadoras De Personas Dependientes: Análisis Y Propuestas De Intervención Psicosocial. 2006 2006:1-311.
- Pino Casado Rafael del, Frías Osuna Antonio, Palomino Moral Pedro A.. Análisis de las (des)igualdades de género en salud y calidad de vida en el cuidado informal. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2009 Dic; 23(6): 565-566. Consultado en Abril del 2010. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112009000600019&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000600019&lng=es).
- Del Pino Casado Rafael. Factores culturales y sobrecarga subjetiva en el cuidado familiar de mayores dependientes. 2010 2010:1-384.
- Feeney BC, Collins NL. Motivations for caregiving in adult intimate relationships: influences on caregiving behavior and relationship functioning. Pers Soc Psychol Bull. 2003; 29(8):950-68.
- Kolmer DBG, Tellings A, Gelissen J, Garretsen H, Bongers I. Ranked motives of long-term care providing family caregivers. Scand J Caring Sci. 2008; 22(1):29-39.
- Dilworth-Anderson P, Goodwin PY, Williams SW. Can culture help explain the physical health effects of caregiving over time among African American caregivers? J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2004; 59(3):138-45.
- Bermejo Caja C, Martínez Marcos M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. 2005(11):1-7.
- García-Calvente María del Mar, Mateo-Rodríguez Inmaculada, Eguiguren Ana P. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac Sanit [revista en la Internet]. [citado 2010 Mayo 24]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000400021&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400021&lng=es).
- Gil García Eugenia, Escudero Carretero MJ, Prieto Rodríguez MA, Frías Osuna Antonio. Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. Enfermería Clínica. 2005. 15 (4): 220-226. Consultado en febrero del 2010. Disponible en: <http://www.ugr.es/~esmuje/pdf/Vivenciascuidadoraspdf.pdf>

## POSTER 54

## AUTORES/AUTHORS:

Joana Rodrigo, Rosa Suñer, Mercedes Cepeda, Maria Luisa Algans, Rosa Planas, Verónica Diaz, Consol Cabañas

## TÍTULO/TITLE:

Estudio de la eficacia de un ecógrafo vesical portátil en pacientes con ictus agudo

## OBJETIVO

Estudiar la eficacia del ecógrafo vesical Bladder Scan® en pacientes ingresados en una unidad de ictus con la hipótesis de que los pacientes tratados con el ecógrafo vesical presentan menor morbilidad, menos dolor y mayor bienestar en relación a la disfunción urinaria.

## METODOLOGÍA

Ensayo clínico de una población de pacientes con ictus agudo ingresados consecutivamente desde julio de 2009 a febrero de 2010. El grupo control estaba formado por pacientes con cuidados tradicionales (inspección, palpación, percusión y interrogatorio del paciente) y el grupo experimental por pacientes monitorizados con el Bladder Scan®. Se calculó el tamaño de la muestra mediante una comparación de proporciones, resultando ser de un mínimo de 124 pacientes (62 en cada grupo) que se incluyeron mediante aleatorización. El seguimiento y control de los pacientes se realizó durante 72 horas de ingreso en la Unidad de Ictus.

## RESULTADOS

Se han estudiado 145 pacientes (78 pacientes en el grupo de intervención y 67 pacientes en el grupo control) con una edad de 68,68 años (ds:13,25 años), un 62,8% eran hombres. No se evidenciaron diferencias al ingreso entre los dos grupos respecto a la gravedad neurológica, pero la valoración funcional al alta mostró que el 77,4% presentaban dependencia de moderada a severa, con déficit importante y una mayor gravedad neurológica en el grupo de intervención ( $p < 0,05$ ).

Un 9,9% de la totalidad de los pacientes presentaban incontinencia previa al ictus, siendo superior en las mujeres ( $p < 0,05$ ) y un 11,3% otros trastornos urinarios, como hipertrofia benigna de próstata, resección transuretral o infección de orina, siendo superior en el sexo masculino ( $p < 0,05$ ), pero sin existir diferencias entre los grupos de estudio.

Se realizaron un total de 2008 controles de la función urinaria a los pacientes de los dos grupos; 882 valoraciones en el grupo control y 1126 en el grupo intervención ( $p > 0,05$ ), con una media de 13,95 controles por paciente (ds=5,62). Un 17,9% de la muestra total requirió sondaje de descarga, siendo superior en el grupo intervención, 18 versus 8 sondajes ( $p < 0,05$ ). Se ha observado mayor disfunción urinaria, en el grupo control y un porcentaje superior de retención urinaria, en el grupo intervención, durante las primeras 24h de hospitalización. Además, un 62,3% de pacientes del grupo intervención presentaron retención urinaria al ingreso en la Unidad de Ictus y un 14,3% con volúmenes superiores a 500 ml.

También, se han observado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo intervención y el grupo control respecto a las disfunciones urinarias, con mayor presencia de dificultad para orinar y mayor inquietud durante la hospitalización y mayor dificultad y más molestias suprapúbicas durante las primeras 24 horas, en el grupo control ( $p < 0,05$ ).

## DISCUSIÓN

La incontinencia urinaria y la retención urinaria son trastornos urinarios prevalentes en los pacientes con ictus en fase aguda y crónica. La valoración de dicha disfunción urinaria es compleja en el ictus debido a las alteraciones neurológicas que dificultan la comunicación y la movilidad del paciente. El control de los problemas urinarios se simplifica si acompañamos al método tradicional de la valoración urinaria del paciente, una valoración especializada con el ecógrafo vesical portátil, este método se ha observado eficaz con mayor control del paciente y menores alteraciones urinarias en la práctica clínica, por lo que recomendamos su incorporación en los cuidados de enfermería de pacientes con ictus en fase aguda, sobretudo en las primeras 24 horas de hospitalización.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Wilson D, Lowe D, Hoffman A, Rudd A, Wagg A. Urinary incontinence in stroke: results from the UK National Sentinel Audits of Stroke 1998–2004. Age Ageing. 2008; 37(5): 542–6.

- Kovindha A, Wattanapan P, Dejpratham P, Permsirivanich W, Kuptniratsaikul V. Prevalence of incontinence in patients after stroke during rehabilitation: a multi-centre study. 2009;41:489-91.
- van Kuijk AA, van der Linde H, van Limbeek J. Urinary incontinence in stroke patients after admission to a post acute inpatient rehabilitation program. Arch Phys Med Rehabil. 2001;82:1407-11.
- Pettersen R, Wyler TB. Prognostic significance of micturition disturbances after acute stroke. J Am Geriatr Soc. 2006;54(12):1878-84.
- Burney TL, Senapati M, Desai S, Choudhary ST, Badlani GH. Effects of cerebrovascular accident on micturition. Urol Clin North Am. 1996;23(3):483-90. Kong K-H, Young S. Incidence and outcome of poststroke urinary retention: a prospective study. Arch Phys Med Rehabil. 2000;81:1464-7.
- Granier P, Audry P, Coste B, Fleys E, Trives M, Szczot A. Place d'un échographe vésical portable dans la prise en charge des troubles de la vidange vésicale après accident vasculaire cérébral. Ann Readapt Med Phys. 2002;45:166-72.
- Gross JC. Bladder dysfunction after a stroke-it's not always inevitable. J Gerontol Nurs. 1990;16(4):20-5.
- Gross JC. Bladder dysfunction after stroke. Urol Nurs. 1992;12(2):55-63.
- Teng CH, Huang YH, Kuo BJ, Bih LI. Application of portable ultrason scanners in the measurement of post-void residual urine. J Nurs Res. 2005;13(3):216-24.
- Chan H. Noninvasive bladder volume measurement. J Neurosci Nurs. 1993;25(5):309-12.

## POSTER 55

## AUTORES/AUTHORS:

Candelas Laguna Peláez, Rosa M<sup>o</sup> García Martín, Pilar Marqués Macías, Silvia Fernández Sanchez, M<sup>a</sup> de las Nieves García Hernández, M<sup>a</sup> Jesús Llorente Castronuevo, Almudena Cantalejo Martín, Ana Rubio Martín, Carmen Castaño Barrio

## TÍTULO/TITLE:

RIESGO E INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN EN DIABETES TIPO 2 EN ESPAÑOLES E INMIGRANTES: ESTUDIO DE COHORTES (DE\_ PLAN)

## OBJETIVOS

- 1-Determinar la prevalencia de alto riesgo de padecer diabetes tipo 2 (DT2) en población inmigrante y española de 45-70 años a través de la escala de FINDRISC.
- 2-Comparar los factores de riesgo de desarrollar DT2 en la población inmigrante y española.
- 3-Determinar la factibilidad de aplicar un programa educativo sobre estilo de vida saludables en ambas poblaciones.

## MÉTODO

Proyecto multicéntrico de Centros de Salud. Estudio de cohortes (prospectivo longitudinal) Ámbito de estudio: Centros de salud de Ávila, Burgos, Segovia, Zamora. Duración de 10 años, comienzo en 2009.

Muestra de 100 sujetos, autóctonos e inmigrantes de cada centro de salud., aleatoria estratificada por edad y sexo. Serán sometidos a cribado mediante la escala FINDRISK. En los sujetos no diabéticos con una puntuación  $\geq 14$  puntos (alto riesgo para desarrollar Diabetes) se realizará la Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTOG), estos serán invitados a participar en un programa específico de intervención educativo(5) especialmente diseñado ad hoc y adaptado a las características lingüísticas y culturales de los inmigrantes.

Consta de 4 fases: 1<sup>a</sup> cribado, 2<sup>a</sup> evaluación inicial con cuestionarios, antropometría y analíticas (PTGO), 3<sup>a</sup> intervención educativa comunitaria con 4 talleres teórico-prácticos y mantenimiento de la motivación y 4<sup>a</sup> evaluación anual post-intervención.

Consentimiento informado. Confidencialidad de datos según Ley Orgánica 5/92.

Variables: nacionalidad, edad, sexo, obesidad abdominal (OA), sobrepeso+obesidad, actividad física (AF), comer verdura y/o fruta (V/F), puntuación de riesgo DT2, alteraciones metabólicas de Hidratos de Carbono (HC).

Fuentes: tarjeta sanitaria, H<sup>a</sup> clínica

Instrumentos: escala FINDRISC, peso, tallímetro, cinta métrica, esfigmomanómetro, material laboratorio, formularios.

El análisis de datos se realiza con estimación de porcentajes con IC. 95%. Comparación para muestras independientes mediante t-student. Paquete estadístico SAS y SPSS versión 13.

## RESULTADOS

Participantes 3587 personas

Españoles 2572, excluidos+pérdidas 984. Aceptan realizar cribaje 1070, media edad 58 años, 58,5% mujeres. Tasa de participación del 70%.

Inmigrantes 1015, excluidos+ perdidas 739. Realizan el cribaje a 276 personas, media edad 48 años, 67,8% mujeres. Tasa de participación 28%. En cuanto a las perdidas destacamos los No localizados (tras tres intentos) 606 personas y rechazaron participar 83 (9.2%)

Tras realizar la fase de cribaje, la población con puntuación  $\geq 14$  puntos en la escala de FINDRISK obtenemos la Prevalencia de alto riesgo de DM2 en españoles 284 personas (26 %), en inmigrantes 38 personas (14,2%) ( $p < 0,001$ ).

En cuanto al porcentaje de personas con factores de riesgo modificables: españoles que realizan  $< 30'$  de actividad física el 33,8%; no comen 1 pieza de fruta y/o verdura al día el 18%; cuentan con sobrepeso+obesidad el 73%, La obesidad abdominal está representada en un 150,5%). Inmigrantes que realizan  $< 30'$  de actividad física el 33%, comen  $< 1$  pieza de fruta y/o verdura al día el 29,3%; con sobrepeso+obesidad el 78,6%, tienen obesidad abdominal el 57,6%. Factores de riesgo similares en ambas poblaciones

Al realizar las determinaciones analíticas y la PTOG las Alteraciones Metabólicas en HC aparecen en un 61,5% de la población autóctona y en los inmigrantes el 40% ( $p < 0,01$ ), diabéticos desconocidos españoles el 12,7% e inmigrantes 6,6% ( $p < 0,01$ ). El programa de intervención en los estilos de vida modificables se ejecuta acuerdo a sus necesidades y es realizado por el 70% de los españoles y el 28,9% de los inmigrantes ( $p < 0,01$ ).

## DISCUSIÓN

En base a la experiencia de DE-PLAN I (10) se estima que aproximadamente un 25% de los sujetos de 45-70 años autóctonos y el de los inmigrantes serán de alto riesgo (FINDRISK  $> 14$ ). En el estudio se detecta una prevalencia de riesgo para desarrollar DT2 menor en población inmigrante que en la población autóctona.

El sobrepeso y la obesidad se presenta como factor de riesgo cardiovascular modificable en 3 de cada cuatro personas en ambas poblaciones.

La prevalencia en las alteraciones metabólicas es más elevada en la población española. Destacamos el porcentaje de Nuevos Diabéticos en ambas poblaciones tras realizar el estudio.

La utilidad práctica del estudio deriva de la obtención de nuevos datos epidemiológicos sobre la factibilidad y rentabilidad del programa de cribado y de la estimación del nivel de riesgo de desarrollo de diabetes para la población autóctona e inmigrante de Castilla y León, así como en la intervención con el programa educativo sobre estilos de vida (8,11,12).

Estos resultados sirven para diseñar un manual práctico de prevención de la diabetes tipo 2 en la población para incluir en la práctica diaria de Atención Primaria.

En definitiva, consideramos que ha llegado el momento de emprender acciones preventivas inmediatas ya que la diabetes comienza a ser extraordinariamente frecuente tanto en España como en el resto de países.

Estamos ante un nuevo futuro, aumentará el número de diabéticos autóctonos e inmigrantes. Conocer la realidad de los inmigrantes frente a esta enfermedad nos permitirá comunicar conceptos como "prevención".

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. The DECODE Study Group on behalf of the European Diabetes Epidemiology Group. Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetes Association diagnostic criteria. *Lancet* 1999; 354: 617-21.
2. ADA Position Statement. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2004; 27: 10
3. Lindström J, Tuomilehto J. The Diabetes Risk Score: A practical tool to predict Type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 2003; 26: 725-731
4. Costa B, Franch J, Martín F, Morató J, Donado A, Basora J, Daniel J, IGT Research Group. Impact of the American Diabetes Association Diagnosis Criteria on High-Risk Spanish Population. *Diab Res Clin Pract* 1999; 46: 75-81.
5. The DECODE Study Group. Age- and Sex-Specific Prevalences of Diabetes and Impaired Glucose Regulation in 13 European Cohorts. *Diabetes Care* 2003; 26: 61-69.
6. Selvin E, Coresh J, Brancati FL. The Burden and Treatment of Diabetes in Elderly Individuals in the U.S. *Diabetes Care* 29:2415-2419, 2006.
7. Valerio L, Milozzi J, Figueredo A, Reina MD, Martinez-Cuevas O, Perez-Quilez O. Prevalence of diabetes mellitus in young Asian Indian immigrants in Santa Coloma de Gramenet (Spain). *Med Clin (Barc)*. 2006;126:53-6.
8. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson J, Valle T, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344:1343-1350.
9. The Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the Incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or

metformin. N Engl J Med 2002;346(6):393-403.

10. Schwarz PEH, Lindstrom J, Kissimova-Scarbeck K, Szybinski Z, Barengo NC, Peltonen M, Tuomilehto J on behalf of de DE\_PLAN Project. The European Perspective of Type 2 Diabetes Prevention: Diabetes in Europe-Prevention Using Lifestyle, Physical Activity and Nutritional Intervention (DE\_PLAN) Project. Exp Clin Endocrinol Diabetes 2008; 116: 167-72.

11. Acosta T, Arnal R, Fernández A, Gómez I, Mauricio G, Moreno S, Novella B, Ruiz I, Sánchez M, Gabriel R en nombre del grupo cooperativo DE\_PLAN Diabetes en Europa, prevención mediante estilos de vida modificables, avances en Diabetologia.2008.1:23.

12. Lindstrom J, et al; Finnish Diabetes Prevention Study Group. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. Lancet 2006; 368(9548):1673-9.

Versión Provisional - Preliminary Version



## POSTER 56

## AUTORES/AUTHORS:

JOSE ANTONIO ZAFRA AGEA, ANGELES MARIA FLORES IMBERNON, MONTSERRAT CARRASCOS GOMEZ, ELENA VILARROIG AGUILERA

## TÍTULO/TITLE:

Jóvenes y Salud: "Cuestión de Futuro"

Autores: J. A. ZAFRA, M. CARRASCOS, A. FLORES, E. VILARROIG,  
Equipo de Atención Primaria de Abrera  
jazafra@ambitcp.catsalut.net

## Objetivo:

Conocer los motivos de consulta de los adolescentes que han realizado dentro del programa de "Salut i Escola" durante los cuatro últimos años escolares (2006-2010) así como los talleres de salud que se han realizado durante el mismo periodo para poder establecer la futura planificación de acuerdo con la demanda de los estudiantes.

## Métodos:

Siguiendo las directrices marcadas desde la Generalitat de Catalunya, que tiene como objetivo prioritario favorecer la prevención de situaciones de riesgo y la atención precoz a los problemas de salud de los adolescentes, se proponen talleres de educación sanitaria en el centro docente, con el fin de mejorar los conocimientos sobre aspectos de salud y disminuir conductas de riesgo. A partir de el , hemos realizado un estudio descriptivo transversal del motivo de consulta en los adolescentes de 2ª ciclo de la ESO (3º y 4º) que acuden a la consulta de enfermería situada dentro del propio Instituto en el periodo escolar 2006-2010 dentro del área territorial sanitaria del Baix llobregat norte (Barcelona) . El estudio comprende un total de 8852 alumnos de 14 Institutos de secundaria distribuidos en 11 municipios del área estudiada.

El adolescente acude a enfermería de forma voluntaria, y la recogida de datos la realiza el personal de enfermería a través de un cuestionario de registro estándar del departamento de salud

Las variables recogidas son: sexo, motivo de consulta y talleres realizados. Los motivos de consulta se han agrupado en 8 categorías según la estandarización del programa "Salut i Escola": Sexualidad-afectividad (anticoncepción, contracepción de emergencia, uso preservativo, MTS, sospecha embarazo, afectividad...), Alimentación (salud alimentaria, trastornos alimentación, asesoramiento dietético, ejercicio físico, imagen corporal, hábitos alimentarios...), Drogas (consumo de sustancias en general, tabaco, alcohol ,cannabis, pastillas, cocaína, heroína ,tranquilizantes...), Maltrato (violencia genero, maltrato familiar-social, acoso sexual, acoso escolar...), Salud Mental (salud mental en general, problemas de conducta, trastornos del sueño, ansiedad, síntomas depresivos, ideaciones suicidas, déficit autoestima, adicciones...), Salud Social (aislamiento social, bandas, inmigración, bajo soporte familiar...), Enfermedades Comunes y Escuela (fracaso y absentismo escolar, acne, problemas salud...).

## Resultados:

El 81% de las consultas atendidas por enfermería las han realizado mujeres adolescentes.

Los motivos de consulta se han clasificado en 31% Sexualidad-afectividad, 19% Drogas, 18% Salud Mental, 15% Alimentación y en un 17% otros.

Enfermería ha realizado un total de 126 talleres en los dos últimos periodos escolares a 4432 alumnos. Los talleres impartidos han sido 34 Sexualidad-afectividad, 27 Alimentación, 29 Drogas, 7 Maltrato, 5 Salud Mental, 14 Salud Social y 10 Enfermedades Comunes-Escuela.

## Conclusiones:

A través de la consulta de enfermería dentro de los institutos, se detectan los temas que más preocupan e interesan a los

adolescentes. Estas inquietudes nos ayudan a proponer con más precisión los temas a trabajar en los futuros cursos escolares y evaluar en un futuro la tendencia de la demanda con el fin de fomentar la promoción y prevención de la salud.

Los talleres realizados en los institutos se han adecuado a los motivos de consulta, pero se deberían aumentar los relacionados con salud mental y maltrato.

Hemos de aprovechar las nuevas tecnologías para acercarnos más a los jóvenes ofreciéndoles un acceso interactivo, rápido y personalizado para satisfacer sus necesidades e inquietudes.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Guia d'implantació del programa salut i escola. Programa Salut i Escola. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut i Departament d'Educació. Barcelona, desembre 2008.

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/psie2006.pdf>

Actuacions Preventives a l'Adolescència. Guia per a l'Atenció Primària de Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, Direcció General de Salut Pública. Primera edició: novembre 2004.

[www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/actuadoles.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/actuadoles.pdf)

## POSTER 58

### AUTORES/AUTHORS:

DANIELA CELIA MONTESDEOCA RAMIREZ, JOSE HENRIQUEZ VENTURA, CARMEN NIEVES HERNANDEZ FLORES, M<sup>a</sup> DEL PINO JIMENEZ MENDOZA, ALICIA QUINTANA GARCIA, BASILIA VIERA MELIAN, VICTORIA EUGENIA BERNAL MARTEL, ANGELES VICTORIA RODRIGUEZ JIMENEZ, ANA BERTA DIAZ OJEDA

### TÍTULO/TITLE:

Qué opinan los profesionales de la salud de Arucas de la educación y promoción de la salud a nivel comunitario.

Los profesionales de la salud constituyen uno de los colectivos con mayor capacidad de influir, positivamente o negativamente, sobre los conocimientos, actitudes y conductas de salud de la población. El sector sanitario por si solo, no puede garantizar los requisitos necesarios para el fomento de la salud, ni dar respuesta a todas las intervenciones necesarias para mejorar la misma. Por lo que la Promoción de la Salud exige la acción concertada de todos los sectores. En la Carta de Ottawa (I Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá 1986), la promoción de la salud es un proceso de construcción colectiva dirigido a mejorar la salud incidiendo sobre sus determinantes. Desde que se inició en 1985 la Reforma Sanitaria, los profesionales de la salud han caminado en esta dirección. La Atención Primaria, es el espacio de la atención sanitaria capaz de albergar en toda su complejidad este enfoque de promoción de la salud.

### OBJETIVOS

- o Conocer en que nivel se encuentra la EpS a nivel comunitario desde la perspectiva del EAP de Arucas.
- o Conocer los obstáculos que tienen los profesionales de la salud a la hora de trabajar de manera intersectorial.
- o Identificar el valor que tiene el trabajo comunitario en la estructura organizativa de la institución sanitaria.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta, realizado en la totalidad de los profesionales de la salud de la ZBS de Arucas. El total de profesionales entrevistados fue de 82. La recogida de datos se llevó a cabo en el mes de mayo de 2008. El análisis estadístico se realizó de forma centralizada, tras la depuración de la base de datos, mediante software SPSS para Windows, versión 13.0. El nivel de significación se consideró cuando el p-valor fue inferior a 0,005

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La participación fue del 45% de total de la plantilla. Con una edad media de 40 años y 15 años de vida laboral. Más del 68% cree que en la actualidad existe una demanda social en mejorar el nivel de salud usando la EpS. Sin embargo, más del 74% opina que el modelo organizativo actual no permite un trabajo comunitario ni un trabajo interdisciplinar con diferencia significativa según el profesional (92,3% medicina, 75% enfermería y el 25% personal administrativo). Casi el 50% responde que el trabajo comunitario se realiza puntualmente, mientras que un 20% trabaja de manera coordinada y planificada en el tiempo con el resto de sectores de la población. El 45% manifiesta dificultades con dichas instituciones para trabajar de manera conjunta. Un 52% opina que hay poco interés político para trabajar a nivel comunitario la EpS. Para el 70% de los profesionales no está contemplada en su agenda de trabajo esta actividad, siendo de manera más significativa para el profesional médico (84,6% y 47,1% para enfermería). El 50% de los profesionales desconocen si el EAP oferta este servicio. Un 57% no se considera responsable de la educación sanitaria de la población, aunque si agentes de salud (97,1%). El 71% desconoce si existe en la zona de salud un análisis sociocultural que determine los principales problemas de salud. Un 85,7% considera que todos los sectores de la población son responsables del nivel de salud de la población (92% medicina y enfermería y 50% personal administrativo), el 6% de enfermería considera que es la institución sanitaria la única responsable. Con respecto al profesional que tiene mayor legitimidad social para desarrollar esta actividad el 2% cree que es la trabajadora social, el 31% considera que el personal médico y el 54% opinan que es el profesional de la enfermería. Un 65,7% dice que existe poca implicación de los profesionales para desarrollar actividades enmarcadas en la educación y promoción a nivel comunitario. Se considera un valor añadido para el 82,9%, aunque el 60% reconoce que tiene mayor peso la presión asistencial, el 50% opina que la formación para trabajar en este ámbito no es adecuada. La educación sanitaria a nivel poblacional, ha tenido repercusiones positivas para la población según el 57% de los profesionales. Un 68,6% de profesionales cree que para pedir corresponsabilidad a los usuarios en el uso de los servicios es necesaria la participación activa en todo el proceso de planificación sanitaria. Un 80% dice no trabajar de manera interdisciplinar, siendo para el 75% de los profesionales el nivel individual donde más desarrolla actividades de EpS. La distancia entre los gestores y asistenciales es cada vez mayor: las preocupaciones, los valores y los objetivos no son comunes.

## CONCLUSIÓN

Tras estos resultados hemos observado como posibles obstáculos para la educación sanitaria: 1.- Elevada actitud asistencial, tal vez los profesionales se sienten más identificados con la dimensión clínica. 2.- La presión asistencial absorbe la mayor parte de sus esfuerzos. 3.- Actitud negativa de los usuarios frente a la EpS, éstos esperan más una prescripción que un consejo. 4.- Creencia por parte de los profesionales de no estar preparados para desarrollar una acción educativa.

## IMPLICACION PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:

Este análisis no servirá de guía para iniciar intervenciones educativas conociendo cuáles son los problemas estructurales que presenta el EAP para su desarrollo.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Parish P. The role and importance of Health professionals in health promotion. Ponencia presentada en el Firt Annual Conference of World Health Organization European Regions for Health Nework; 1993, 21-22 Oct; Barcelona
- Salleras L, Prat A, Garrido P. Educación Sanitaria. Concepto, campos de acción, agentes y bases científicas de la modificación de comportamientos de salud. Med. Preventiva y salud pública 10ª ed Barcelona: Masson; 2001. p.221-32
- Serrano M. La educación para la Salud en el siglo XXI 2ª ed: Díaz de Santos 2002 p. 23-31.
- Serrano M. Influencia de la EpS en la promoción de la salud de una comunidad. Universidad Complutense de Madrid, 1991.
- Serrano M. La mujer agente de salud. Beca del FIS, proyecto realizado en Segovia.
- De Miguel E. La intervención en la comunidad con la Eps. La educación para la salud del siglo XXI, 2ª ed. Díaz de Santos 2002 p. 357-359.
- Catalán M. Antropología de la mentira. MM 2005
- Antón MV. Enfermería y Atención Primaria. De enfermeras de médicos a enfermeras de comunidad. Díaz de Santos. 1989.
- Antón MV. Las enfermeras entre el desafío y la rutina. Una mirada al siglo XXI. Díaz de Santos 1998.
- Red Canaria de Escuelas Promotoras de Salud. Modelo intersectorial de EpS en el ámbito educativo.
- Frías y Palomino (2000). Promoción de salud. En: Frías Osuna, A. Salud Pública y educación para la Salud. 49-57. Barcelona. Masson

## POSTER 59

**AUTORES/AUTHORS:**

María Teresa Martín Sánchez, María Martínez Martín, Virginia Escudero Hermoso, Montaña Domínguez Aparicio, Jose Ignacio Isusquiza Carro, Loris George Khanouf Jalil

**TÍTULO/TITLE:**

Evaluación del método TERMAR en la mejora de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria

**Objetivo:** Evaluar los beneficios derivados de la aplicación de una intervención enfermera integral y protocolizada en mujeres con incontinencia urinaria (IU) frente a la aplicación del método convencional.

**Metodología:** Se realizó un ensayo clínico aleatorizado en dos grupos de mujeres con IU de esfuerzo, de urgencia y mixta. En el grupo experimental se aplicó una intervención que supone una modificación del entrenamiento muscular del suelo pélvico propuesto por Kegel (que denominamos método TERMAR) y al grupo control los ejercicios de Kegel. Analizamos variables sociodemográficas: edad y nivel de instrucción. Variables clínicas: tipo de incontinencia, tiempo de evolución, ritmo miccional, frecuencia y cantidad de pérdidas, factores desencadenantes, calidad de vida, sintomatología, fuerza de contracción peri anal. Las mujeres tenían IU de esfuerzo, de urgencia o mixta, cuya patología no era consecuencia de intervención farmacológica o quirúrgica u otras alteraciones como prolapsos. Para cuantificar la efectividad de la intervención en la calidad de vida se empleo pretest-postest, los cuestionarios I-Qol y King's.

**Resultados:** El tamaño muestral fue de 100 mujeres, igual en el grupo experimental y control. Para el análisis estadístico se realizó un ANOVA, comprobándose que los grupos eran comparables al inicio. La variación entre grupos mostró diferencia significativa en todas las variables relevantes. En el emg a los seis meses se observa aumento de medias del grupo experimental frente al control. En el cuestionario IC se observa disminución en el grupo experimental frente al control a los tres meses de la intervención y finalmente el número de protectores semanales también mostró disminución en el grupo experimental. Los cuestionarios de calidad de vida King's e I-Qol a los 3 meses, siendo la puntuación total en ambos mayor en el grupo experimental, por lo que concluimos que la intervención enfermera protocolizada realizada en mujeres con incontinencia urinaria mejora su calidad de vida, así como variables clínicas relacionadas con la incontinencia.

**Discusión:** En la bibliografía publicada en nuestro entorno disponemos de un estudio sobre la efectividad de los cuidados enfermeros para la incontinencia urinaria en mujeres respecto al cual se observan diferencias en los resultados obtenidos, que pueden ser debidas a que en dicho estudio no medían el número de compresas, sino que pesaron las pérdidas.

Hay un número importante de abandonos durante el seguimiento que en nuestro caso es mínimo probablemente debido a que se trata de una intervención personalizada, logrando mayor implicación de la paciente. Los resultados respecto al tipo de incontinencia muestran una diferencia importante, siendo en nuestro caso la IU de urgencia la que ha mostrado mayor mejoría en menor tiempo pero fue la que obtuvo peores resultados en el estudio de comparación.

Tras la intervención TERMAR 6 de cada 10 mujeres se han recuperado totalmente frente a 1 de cada 10,5 según los datos del estudio de comparación lo que nos hace pensar que la diferencia radica en que el método incrementa la adhesión de las mujeres al tratamiento por lo que creemos importante seguir trabajando desde consultas específicas de enfermería pues permiten desarrollar intervenciones personalizadas.

**PALABRAS CLAVE:** Incontinencia urinaria, Ejercicios de Kegel, Suelo pélvico, calidad de vida, Intervención enfermería ,metodo termar .

Correo electrónico: teresamarsan@hotmail.com

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1-Actas Urol Esp. 2007;31(5):493-501 "Efectividad de un ensayo clínico sobre cuidados enfermeros para la incontinencia en mujeres
- 2 Viana Zulaica, C. Incontinencia urinaria en la mujer. Guías Clínicas 2004; 4 (20).
1. Peiro R, et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo Disponible en: <http://www.fisterra.com>
- 3 Hay-Smith EJC, Dumoulin C. Entrenamiento muscular del suelo pelviano versus ningún tratamiento, o tratamiento de control inactivo, para la incontinencia urinaria en mujeres (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The

Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

4. Teba F, et al. Incontinencia urinaria femenina: correlación clínico-urodinámica. Arch. Esp. de Urol. 1999.52 (3) 237-242

5. Mariappan P, Ballantyne Z, N'Dow JMO, Alhasso AA. Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) para la incontinencia urinaria de esfuerzo en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Efectividad de una intervención enfermera protocolizada en el tratamiento de la incontinencia urinaria en mujeres en la provincia de Ávila

Maria Teresa Martín Sánchez et al.

Nure Investigación, nº 34, Mayo- Junio 08

6-Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

7. Sanz Pérez G, Rodríguez-Rubio Cortadillas FI, Garrido Insua S, et al. TVT para la incontinencia urinaria femenina: estudio multicéntrico español. Actas Urológicas Españolas 2005; 29(7):632-640.

8. Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Entrenamiento de la vejiga para la incontinencia urinaria en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

10. Ostaszkiwicz J, Johnston L, Roe B. Reentrenamiento de hábitos para el tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

## POSTER 60

## AUTORES/AUTHORS:

Rosa M<sup>a</sup> García Martín, Candelas Laguna Peláez, M<sup>a</sup> Jesús Llorente Castronuevo, Elena Olea Martín, M<sup>a</sup> de las Nieves García Hernández, Almudena Cantalejo Martín, Pilar Marqués Macías, Silvia Fernández Sánchez

## TÍTULO/TITLE:

EFFECTO EN EL REGISTRO DE CUIDADOS AL APLICAR UN PLAN DE MEJORA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA PROGRAMADA DE ENFERMERÍA

La demanda asistencial y el cuidado domiciliario de los ancianos es una necesidad sentida por la comunidad (1,2,3). La Atención de Enfermería es un elemento clave para garantizar la continuidad de cuidados. La documentación de los cuidados enfermeros y la evolución de paciente permitirá su análisis y la evaluación de sus efectos (4). Los cuidados prestados y la capacidad de mejorar son las acciones de las que disponen los profesionales para aumentar la calidad en la atención. El personal de enfermería de la Zona Básica de Salud de Arévalo, propone poner en marcha un Plan de Mejora de la Calidad para este Servicio incluyendo el Método Enfermero.

## OBJETIVOS

Aumentar el registro de los cuidados de enfermería en el Programa de Atención Domiciliaria (AD) utilizando criterios uniformes con un plan de mejora.

Aplicación práctica de un plan estandarizado de cuidados enfermeros en este servicio.

## MÉTODOS

Estudio prospectivo en Zona Básica de Salud Semiurbana. Dimensión científico-técnica.

Se inicia en Octubre de 2007 con un Plan de Mejora, evaluaciones anuales. La población de estudio es el total de pacientes incluidos en el servicio de Atención Domiciliaria.

Medidas correctoras: formación a profesionales en lenguajes estandarizados, Protocolo de Intervención en Atención Domiciliaria (5,6,7), Plan Estandarizado de Cuidados de Enfermería: recoge el Proceso de Atención de Enfermería o Método Enfermero con sus cinco fases: Valoración siguiendo los Patrones Funcionales de M. Gordon, Identificación de problemas desarrollados por la NANDA (8), Planificación con la terminología de la NIC (9) y la NOC(10) interrelacionados entre sí y con los Diagnósticos de enfermería (11), Ejecución y Evaluación(12,13,14).

Se elaboró un Registro Específico (RE) en formato papel. Se utilizará como instrumento para la recogida de datos y como sistema de evaluación. En él se incluyen las Normas Técnicas Mínimas del P.A.D.

Actualización de los pacientes que forman parte del estudio a través del programa informático de la región (MEDORA).

Obtención datos: Cartera de Servicios, H<sup>a</sup> clínica

Instrumentos: RE, NANDA, NIC, NOC, escala de valoración funciona de Barthel (EVFB) escala de Norton modificada (EN)

Variables: Edad, sexo, EVFB, diagnósticos de enfermería (DE), PEC, resultados(R), evaluación del plan (EP), cuidador, EN, caídas, úlceras por presión (UPP) e ingresos hospitalarios.

Análisis de datos: estimación de porcentajes con IC. 95%. Comparación para muestras independientes mediante t-student.

Acces-Excell 07.

## RESULTADOS

En 2008(08) la población es de 166 pacientes, edad media 86,1 ( $\pm 10,2$ ). En 2009(09) se estudió a 111 (se perdieron 79 pacientes y se incorporaron 24). Edad media 85,2 ( $\pm 10,6$ ). El personal de enfermería utilizó el Registro Específico en un 79,5% de los casos en 2008 y en un 97% en 2009 ( $p < 0,01$ ).

En 2008 el 70% cuenta con EVFB, de los cuales el 58% tiene grado de dependencia severa. El 76% tiene cuidador, siendo en el 74% familiar directo. En 09 presenta EVFB el 91%, de los que el 59% son dependientes severos. Su cuidado recae en el 70% en familiar directo. Al inicio del plan partimos de un porcentaje de ejecución en la Valoración por Patrones Funcionales (VPF) del 25%, con identificación de problemas en el 27% y se realizan intervenciones en el 25%. Tras la puesta en marcha del plan, la VPF en 08 se realiza en el 82% de los pacientes, el 77% incluyen DE, el 71% presenta PEC, R el 22% y EP el 11%. En 09 presenta VPF el 97% de los pacientes, DE el 97%, el 86% presenta PEC, el 59% R y EP 32%. La significación estadística es de  $p < 0,01$  en todas las

variables con respecto al inicio.

Los diagnósticos más frecuentes en ambas evaluaciones fueron: Riesgo de caídas, Deterioro de la movilidad física y Riesgo de deterioro de la integridad cutánea .El promedio de diagnósticos de enfermería ha sido de siete por paciente.

Como indicadores de calidad de nuestros cuidados dedicamos un especial seguimiento a las Úlceras por presión (UPPs), las Caídas y los Ingresos de los pacientes del P.A.D.

La cumplimentación de la EN en 08 está en el 64% de los pacientes de los cuales el 66% presenta riesgo UPP. Prevalencia de UPP 14%. En 09 la EN está en el 82% de los pacientes, el 68% presenta riesgo de UPP. Prevalencia de UPP 9%(p<0,01)

En 08 registró ingresos hospitalarios un 16% de los pacientes y caídas otro 16%.

Los ingresos en 09 fueron en un 23% y caídas en un 11% de los pacientes.

#### DISCUSION

El registro de los cuidados de enfermería ha aumentado significativamente tras la puesta en marcha del plan de mejora.

Llevamos dos años utilizando el Registro Específico y trabajando con planes de cuidados en nuestro propio lenguaje. Por tanto el sistema de Registro Específico utilizado se ha mostrado útil, rápido y sistemático en la aplicación del Método Enfermero.

Registrar lo realizado hace visible nuestro trabajo. La existencia de un registro correcto de las actividades y la evolución del paciente permiten revisar esa información y evaluar el servicio.

El conocimiento de los diagnósticos de Enfermería más frecuentes ha motivado el seguimiento de indicadores de calidad como UPP, caídas e ingresos con el fin de comprobar los efectos de nuestros cuidados.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bilbao I, Gastaminza A, García J, Quindimil J, López J, Huidobro L. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. Aten Primaria 1994; 13 (4): 188-90.
2. Segura J, Bastida N, Martí N, González C. Atención domiciliaria: estudio previo, la implantación de un programa. Aten Primaria 1994; 14 (6): 852.
3. Escudero M, Ibáñez A, González E, Sánchez F, Utrilla F, Hidalgo M et al. Incidencia y factores predictores de atención domiciliaria de enfermería en población anciana. Enferm Clin 2000; 11 (3): 91-6.
4. Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años Instituto de Salud Carlos III Ministerio de Sanidad y Consumo NIPO: 354-02-007-5 Depósito Legal: M-53364-2002.
5. Visita domiciliaria. Líneas para la elaboración de un programa. Atención Primaria. Palencia.
6. Programa de garantía de calidad de la consulta de enfermería. Atención Primaria Área 3. Zaragoza.
7. Programa de atención domiciliaria en un centro de salud urbano. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza.
8. NANDA-I, Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Ed: Elsevier. 2007-2008.
9. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).Cuarta edición. Ed: Elsevier. 2. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Moorhead S.,Johnson M., Maas M. Tercera edición. Ed: Elsevier Mosby 2007
10. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Moorhead S.,Johnson M., Maas M. Tercera edición. Ed: Elsevier Mosby 2007
11. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Johnson M.,Bulechek G.,Butcher H.,McCloskey Docherman J.,Maas M.,Morrhead S.,Swanson E. Segunda edición. Ed: Elsevier Mosby 2007
12. Guirao-Goris JA, Ruiz A ,Alonso A, Cardona JV, Costa E, Dasí MJ, Soler J, Perpiña MA. Metodología de cuidados de enfermería en Atención Domiciliaria. Valencia. Generalitat Valenciana. Conselleria de Santitat 2004.
13. Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud 2001.



14. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Criterios de ordenación de servicios sanitarios para la atención sanitaria a personas mayores. 1995.

Versión Provisional - Preliminary version

## POSTER 61

### AUTORES/AUTHORS:

AURORA BARAZA SAZ, AURELIO RODRÍGUEZ PÉREZ, ARMANDO RODRÍGUEZ PÉREZ, TRINIDAD REVILLA VILLEGAS, RITA PULIDO JUSTICIA, MARTA PORTOLÉS BARAZA, PINO SÁNCHEZ REYES, VÍCTOR GUERRA ARENCIBIA, M<sup>a</sup> JOSÉ ALGUACIL GALINDO

### TÍTULO/TITLE:

Miedo a la anestesia en pacientes de cirugía mayor ambulatoria (CMA)

El miedo pertenece al sistema defensivo de la naturaleza, la percepción del peligro se vive como miedo, aunque muchos de ellos tienen difícil explicación por no saber muy bien de donde proceden (1), algunos son objetivamente irracionales, ya que la evolución de la anestesiología en los últimos años los ha convertido en infrecuentes. Sin embargo, la documentación consultada muestra su irrefutable prevalencia (2-4). La importancia que el miedo a la anestesia tiene sobre la eficacia de los procedimientos anestésicos está aún por determinar. El propósito de este proyecto es explorar el repertorio de miedos asociados a la anestesia y establecer las variables que propician representaciones y reacciones de miedo (5-6).

### Objetivos

Elaborar una escala de miedo a la anestesia que permita probar la existencia de pensamientos emocionales negativos tanto racionales como derivados de fantasías y mitos populares vinculados a la anestesia.

Definir el perfil del miedo a la anestesia atendiendo a factores personales, socio-demográficos y sanitarios.

### Método

Mediante un diseño prospectivo simple se utilizó como variable nuclear de la investigación un repertorio de miedos a la anestesia, acompañado de factores que estimaran esos temores. El estudio se ha realizado de forma consecutiva en 148 pacientes, hombres y mujeres, sometidos a una intervención quirúrgica de colecistectomía laparoscópica, bajo anestesia general, en la Unidad de CMA. La información se obtenía en dos momentos temporales, el día de la consulta de anestesia y a las 24 horas. Por cuestiones éticas y no suscitar en el paciente miedos desconocidos para él, los miedos a la anestesia se le mostraban una vez intervenido. Las pruebas estadísticas empleadas fueron diversas de acuerdo con las características de las variables medidas y el diseño empleado en el registro de los valores.

### Resultados

Del análisis realizado para identificar el perfil actual del miedo a la anestesia, la edad no resultó significativa ( $F(2,159)=0,85$ ;  $p=0,42$ ), el sexo no constituye un factor relevante ( $t(160)=1,13$ ;  $p=0,26$ ) y el nivel de estudios no dio lugar a diferencias ( $F(3,157)=0,74$ ;  $p=0,52$ ). El entorno habitual de vivienda, la situación de convivencia del paciente y la situación laboral no resultó concluyente. Uno de los factores que pensamos que sería determinante, era que el paciente dispusiera de información previa sobre la intervención quirúrgica, pero entre los pacientes que habían sido intervenidos con anterioridad y los que nunca habían pasado por quirófano, tampoco encontramos diferencias ( $t(160)=0,10$ ;  $p=0,92$ ). Pero si en la intervención previa se habían presentado complicaciones, encontramos una diferencia marginalmente significativa ( $t(124)=1,76$ ;  $p=0,08$ ). Asimismo, el recuerdo desagradable de una experiencia previa, resultó estar íntimamente relacionado con el miedo a la anestesia ( $t(124)=2,09$ ;  $p=0,03$ ). Finalmente analizamos si el proceso de hospitalización en los últimos 3 años influía en el miedo a la anestesia, esta información resultó ser igual de útil para nuestro propósito, tanto si la vivencia del paciente había sido adquirida directamente por ingreso propio, o por acompañar a un familiar, los resultados mostraron que la experiencia de haber estado ingresado en un hospital en un periodo de tiempo relativamente próximo a la intervención, constituye un factor relevante del miedo a la anestesia ( $t(160)=5,70$ ;  $p=0,001$ ). Del repertorio de miedos asociados a la anestesia, los más reiterativos e intensos fueron: que se presentaran complicaciones con la anestesia, presencia de dolor tras la intervención quirúrgica y no despertar después de la operación. Los de menor intensidad hacían referencia a la actuación del anesthesiólogo, quedar mentalmente incapacitado o con una lesión cerebral. La presencia de vómitos después de la intervención, resultó bastante inocua.

### Conclusión

Si bien es cierto que en la literatura encontramos listados de miedos frecuentes de los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica (7-10), tan solo unos pocos artículos mencionan la metodología utilizada (8-9). Nuestra escala de miedos surgió de un proceso cognitivo que incluía la opinión de expertos, profesionales sanitarios, pacientes, además de todos los miedos frecuentes referidos por otros autores, presentes en la revisión literaria. Las propiedades psicométricas, confirman su validez y fiabilidad (alfa de Crombach=0,97).

Los miedos prevalentes en nuestros pacientes sirven para desmitificar que el miedo a la muerte esté presente como la mayor amenaza que les acecha. Si bien es cierto que está incluido en la escala, su presencia no destaca por estar omnipresente, ni por caer en el olvido, simplemente aparece como un factor que puede influir en el estado emocional.

Hemos identificado el perfil del miedo a la anestesia en pacientes con experiencias previas, siempre y cuando éstas estuvieran asociadas a complicaciones, vivencias desagradables o al ingreso hospitalario reciente.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 José Antonio Marina. Anatomía del miedo. Un tratado sobre la valentía. Barcelona: Anagrama S.A.; 2006
- 2 Matthey PW, Finegan BA, Finucane BT. The Public's Fears About and Perceptions of Regional Anesthesia. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 2004;29:96-101
- 3 Mackenzie JW. Daycase anaesthesia and anxiety: a study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesia* 1989;44:437-40
- 4 Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg* 1991;73:190-8.
- 5 Thyer BA, Papsdorf JD, Davis R, Vallecorsa S. Autonomic correlates of the subjective anxiety scale. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1984;15:3-7.
- 6 Wallin BG. Neural control of human skin blood flow. *J Auton Nerv Sys* 1990;30:5185-90.
- 7 Gracia JL, Pérez JL, Parra R. Anestesia en cirugía laparoscópica en régimen ambulatorio. In: Beleña JM, editor. *Anestesia en cirugía laparoscópica*. 1ª ed. Madrid: EMISA; 2009. p. 175-81
- 8 Shafer A, Fish P, Gregg K, Seavello J. Preoperative Anxiety and Fear: A Comparison of Assessments by Patients and Anesthesia and Surgery Residents. *Anesth Analg* 1996;83:1285-91.
- 9 Capuzzo M, Gilli G, Paparella L, Gritti G, Gambi D, Bianconi M, et al. Factors predictive of patient satisfaction with anesthesia. *Anesth Analg* 2007;105:435-42.
- 10 Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ. Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care. *Anaesthesia* 1994;49:715-8.

## POSTER 62

## AUTORES/AUTHORS:

JOSE ANTONIO SIMARRO BLASCO, LAURA GIERA VIVES, MARTA MARIA CHUST ALVAREZ, LAURA MORATE ROSTRA, VERONICA NAVARRO MARTINEZ, ANA CASTILLO GARROTE, ROSARIO ESCUIN FERNANDEZ, JORGE VALDES SOTOMAYOR, CRISTOBAL ONIEVA MARTELL

## TÍTULO/TITLE:

Tolerancia de los pacientes con IR a los perfiles predeterminados en los monitores de HD

## Introducción y objetivos.

Uno de los objetivos principales en las sesiones de hemodiálisis (HD) es mejorar la tolerancia de los pacientes al tratamiento. Durante la sesión, el paciente puede sufrir diversos síntomas como hipotensión, calambres, cefaleas, etc, que podemos englobar en el llamado "síndrome de inestabilidad vascular o intolerancia a la diálisis". El más frecuente es la hipotensión, es decir, una caída repentina de la presión sanguínea. Para su preservación es importante mantener estable el volumen de sangre, y para evitar una reducción drástica de éste tiene que existir un equilibrio entre la retirada de líquido por Ultrafiltración (UF) y la velocidad de relleno vascular. El mantenimiento de la osmolaridad sérica puede favorecer el adecuado relleno vascular. Puesto que el sodio sérico es el principal determinante de la osmolaridad, una adecuada regulación de este catión durante la diálisis puede mejorar la estabilidad vascular. Los modernos monitores de HD permiten la modulación de perfiles tanto de sodio como de ultrafiltración. Esto permite hacer coincidir en el tiempo altas tasas de ultrafiltración con elevadas concentraciones de sodio en el líquido de diálisis. Algunos estudios han demostrado una mayor estabilidad vascular en sesiones de diálisis con perfiles descendentes de sodio y ultrafiltración, disminuyendo la frecuencia de síntomas como hipotensión, cefaleas o calambres, mejorando con ello la calidad del tratamiento. Las máquinas en las que basamos nuestro estudio son Fresenius 4008s y poseen 6 opciones predeterminadas de perfiles. Nuestro planteamiento fue evaluar la tolerancia a la HD con los diferentes perfiles de sodio y ultrafiltración de dichos monitores

## Materiales y métodos

Se estudiaron 20 pacientes de los cuales 13 son varones y 7 mujeres, siendo 5 diabéticos. La edad media es de  $70.9 \pm 13.9$  y con una estancia media en HD de  $22.7 \pm 1.9$  meses. Se realizaron 3 sesiones de HD con cada perfil, en total fueron 360, determinándose en cada una de ellas TA pre y post HD, peso seco, % de ganancia interdialítica, sintomatología durante la sesión y su necesidad de tratamiento.

## Resultados

En cuanto a los resultados no se encontraron diferencias entre perfiles en la presencia de sintomatología, ni en % de ganancia, ni TA pre y post HD ni en la cantidad de volumen infundido. La sintomatología más frecuente fue la hipotensión. Seleccionando a los pacientes con HD sintomáticas ( $n = 14$ ), el 50% fueron varones y 3 diabéticos, no existió diferencia en la sintomatología entre los diferentes perfiles. Se observa que intrapaciente existe una variación de la presencia de sintomatología en los diferentes perfiles. En diabéticos, las sesiones ( $n=90$ ) tuvieron más síntomas, siendo los resultados  $34.44 \pm 40.3\%$  vs  $17.4 \pm 23.8\%$  ( $p = 0.035$ ), requiriendo mayor cantidad de tratamiento con volumen,  $119 \pm 187$  ml vs  $48 \pm 129$  ml ( $p < 0.001$ ) a pesar de tener menor tanto por ciento de ganancia interdialítica  $3.05 \pm 1.1$  kg vs  $3.46 \pm 1.8$  kg ( $p = 0.02$ ). En las sesiones en mujeres ( $n = 126$ ) se necesito mayor cantidad de volumen  $119 \pm 185$  ml vs  $37 \pm 115$  ml ( $p < 0.001$ ). Se encontró una correlación positiva entre la cantidad de volumen infundido y el tanto por ciento de ganancia interdialítica y la ultrafiltración programada.

## Conclusiones

Nuestro estudio nos indica que no existe un perfil que por norma general permita una mejor tolerancia a la HD, pero individualmente, si se presenta una mejor tolerancia a un determinado perfil. Los resultados refuerzan la necesidad de individualizar los perfiles para cada paciente.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

## Bibliografía

1. Bregman H, Daurgirdas J.T, Ing T.S., Complicaciones de la Hemodiálisis. En Manual de diálisis ( 2ª ed ) Masson-Little, Brown S.A. Barcelona 1996.
2. Valderrábano F, Tratado de hemodiálisis. Editorial médica Jims. Barcelona 1999.
3. Llach F, Valderrábano F. Insuficiencia Renal Crónica. Volumen 1. Madrid 1997.
4. Bonomini V, Coli L. Scolari M.P. Profiling Diálisis: a new approach to dialysis intolerance. Nephron 1997
5. Henrich WL: Hemodynamic instability during hemodialysis. Kidney 1986.
6. Martín Malo A : Morbilidad asociada a diálisis. Nefrología Vol. XVI (Supl. 4) 1996
7. Daurgirdas JT: Dialysis Hypotensión: A hemodynamic analysis. Kidney 1991.
8. Henrich WL, Woodard TD, McPhaul JJ: The Chronic efficacy and safety of high sodium dialysate: double-blind, crossover study. Am J Kidney Dis 1982.
9. Raja RM, Po ChL: Plasma refilling during hemodialysis with decreasing ultrafiltration. Influence of dialysate sodium. ASAIO journal 40: M423-M425 1994.
10. Van Kuijk WHM, Wirtz JJJM, Grave W, de Heer F, Menheere PPCA, Van Hooff LP, Leunissen KML: Vascular reactivity during combined ultrafiltration-haemodialysis: influence of dialysate sodium. Nephrol Dial Transplant 1996
11. Sang GLS, Kovithavongs C, Ulan R, Kjellstrand: Sodium ramping in hemodialysis: A study of beneficial and adverse effects. Am J Kidney Dis 1997
12. Flanigan M, Khairullah Q, Lim V,: Dialysate sodium delivery can alter chronic blood pressure management. Am J kidney Dis 1997
13. Barceló Morales Martín AM, Sabag Ruiz E, Gómez Ríos R, Bajo Inzunza DS: Eficiencia y seguridad de los diferentes perfiles de sodio y ultrafiltración en hemodiálisis. Nefrol Mex 2005
14. Hernández-Jaras J, García H, Maduell F, Cerrillo V, Carreras RM: Efecto de los perfiles logarítmicos descendentes de conductividad y ultrafiltración sobre la estabilidad vascular durante la hemodiálisis. Nefrología. Vol XIX, Nº2 1999.

## POSTER 63

## AUTORES/AUTHORS:

Mercè Torres Berrocal, Iris Parrilla Forcada, Carme Cubarsi Bordallo, Yolanda Sola Segura

## TÍTULO/TITLE:

RECHAZO A LA VACUNACIÓN. SITUACIÓN EN NUESTRO MEDIO.

## INTRODUCCIÓN

El rechazo a las vacunas sistemáticas en nuestro medio es en general bajo, y aunque no hay estudios específicos realizados en nuestro país, se estima en aproximadamente un 1%.

En el curso 2008-2009 se inició la vacunación frente al virus del papiloma humano, sobre la que nos constan negativas paternas a la vacunación, motivo por el que hemos considerado interesante realizar un estudio con el objetivo de conocer la incidencia y los motivos del rechazo.

En relación a la vacunación no sistemática, desconocemos en parte el grado de información que reciben los padres y la tasa de vacunación en nuestra población, por lo que también hemos considerado oportuno realizar un estudio al respecto.

## NEGATIVA PATERNA A LA VACUNACIÓN FRENTE AL VPH

## OBJETIVO

Determinar el grado de negativa paterna y describir los motivos.

## MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio descriptivo transversal donde la población diana es toda la cohorte de niñas de once años candidatas a recibir la vacuna del VPH durante el 2009 que van a los centros educativos de nuestra población. Se revisan las autorizaciones de los padres y se hace una encuesta telefónica a aquellos que se han negado a la administración de la vacuna para conocer los motivos.

## RESULTADOS

De las 162 niñas candidatas a recibir la vacuna hemos observado un 3,7% de negativas a la vacunación.

El motivo principal de la negativa ha sido el temor a los posibles efectos secundarios que puedan producirse.

## ADMINISTRACIÓN DE LAS VACUNAS NO SISTEMÁTICAS

## OBJETIVO

Describir la información que reciben los padres sobre la vacunación frente a neumococo y a rotavirus, estimar el porcentaje de rechazos en nuestra población y las razones que justifican la no administración de estas vacunas.

## MATERIAL Y MÉTODO

En este caso también hemos realizado un estudio descriptivo transversal en el que la población diana es toda la población susceptible de recibir las vacunas del neumococo y del rotavirus durante el 2009, incluyendo todos los niños de hasta un año de edad en el momento del estudio. De los 700 niños que constituyen dicha población se realiza un muestreo secuencial resultando una muestra de 117 niños que es la que se evalúa en nuestro estudio. Se revisan los calendarios de vacunación de todos estos niños y se realiza una encuesta telefónica a los padres preguntándoles acerca de la información y las recomendaciones que han recibido sobre estas vacunas, y los motivos de su decisión sobre la administración o su negativa a las mismas.

## RESULTADOS

- De las 117 llamadas telefónicas, 17 no contestan, por lo que la muestra final es de 100 niños.
- De estos, el 64% tienen administrada la vacuna antineumocócica conjugada y el 42% la vacuna frente a rotavirus.
- El 20% de la muestra acuden a consulta privada.
- Entre los que no han aceptado la vacuna antineumocócica, en el 73% la razón ha sido por motivos económicos.
- Entre los que no han recibido la vacuna frente a rotavirus, el 50% manifiestan no haber recibido ninguna información al respecto y el 29,3% no lo han aceptado por motivos económicos.

## CONCLUSIONES

El rechazo de las vacunas sistemáticas en nuestra población es anecdótico y se estima en <1%.

El rechazo a la vacunación frente al VPH en nuestra población se corresponde con el comunicado en nuestra región sanitaria, que se estima en un 4%. En todos nuestros casos el rechazo es debido a las dudas sobre la seguridad de la vacuna.

Los padres son informados sobre la vacunación antineumocócica habitualmente pero no frente a rotavirus, por lo que la tasa de vacunación es más elevada para la primera.

Es necesario hacer más estudios sobre el rechazo a la vacunación ya que no existe suficiente bibliografía al respecto en nuestro medio, y es prioritario conocer la incidencia y las causas para definir las estrategias para reducirlo.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY**

- Salmon DA, Moulton LH, Omer SB, Dehart MP, Stokley S, Halsey NA. Factors associated with refusal of childhood vaccines among parents of school-aged children: a case-control study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159: 470-6.
- Wei F, Mullooly JP, Goodman M, Mc Carthy MC, Hanson AM, Crane B, Nordin JD. Identification and characteristics of vaccine refusers. *BMC Pediatrics* 2009; 9:18.
- Flanagan-Klygis EA, Sharp L, Frader JE. Dismissing the family who refuses vaccines. A study of Pediatrician Attitudes. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159:929-34.
- Diekema DS and the Committee of Bioethics. Responding to parental refusals to immunization of children. *Pediatrics* 2005; 115-1428-31.
- Urbiztondo L. XII Jornada de Vacunes a Girona. Noves vacunes Antipneumocòcciques. Girona, Maig 2010. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Gassiot Ramió M. XII Jornada de Vacunes a Girona. Valoració vacunació VPH, cursos 2008-2009 i 2009-2010. Girona, Maig 2010. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

**POSTER 65****AUTORES/AUTHORS:**

Amor Aracilla-Herrero, Joaquín Tomás-Sábado, Montserrat Edo Gual, Cristina Monforte Royo

**TÍTULO/TITLE:**

Propiedades métricas de la versión española de la Escala de Empatía de Jefferson (JSPE) en estudiantes de enfermería.

**Objetivos.**

La empatía es una habilidad interpersonal y una competencia imprescindible para los profesionales de la salud. Específicamente, la empatía es un aspecto esencial en la relación enfermera-paciente que contribuye a mejorar la relación terapéutica e incrementa la percepción de la calidad de los cuidados. Constituye, a su vez, una de las competencias básicas de comunicación más reconocidas del profesional de enfermería y, como tal, una de las que más se ha trabajado en el currículo formativo.

El concepto de empatía se refiere a la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, así como la capacidad de comunicar esta comprensión de las circunstancias y emociones al otro. Diversos estudios han demostrado la efectividad del uso de la empatía en entornos de salud. Sin embargo, la empatía en Enfermería, todavía es un área de investigación en desarrollo por la dificultad en su conceptualización y por la escasez de instrumentos de medida en contextos de salud.

El grupo de investigación de la Universidad de Jefferson, del Centro de Investigación en Educación y Atención Médica, ha desarrollado una escala de empatía en contextos sanitarios, la Escala de Empatía de Jefferson. La escala original se diseñó para evaluar la orientación de los estudiantes de medicina hacia la empatía, y posteriormente se desarrolló una versión de la misma para enfermería. La escala de Empatía de Jefferson (Jefferson Scale of Physician Empathy – JSPE), en su versión “S” para estudiantes de enfermería, contiene 20 ítems de respuesta tipo Lickert en una escala de 7 puntos que oscilan entre 1, fuertemente en desacuerdo, y 7, fuertemente de acuerdo. La consistencia interna de la escala para los estudiantes de medicina fue de 0,89. Es una escala multidimensional que presenta tres factores: toma de perspectiva, atención con compasión y la habilidad para ponerse en el lugar del otro.

La empatía es una habilidad que varía de un individuo a otro que depende de las experiencias personales y de factores sociales y educacionales. Al ser considerada una competencia profesional en enfermería es importante disponer de instrumentos que la evalúen.

En este contexto, nuestro objetivo es evaluar las propiedades métricas de la Escala de Empatía de Jefferson en su versión española para estudiantes de enfermería.

**Métodos.**

Sujetos.- Participaron en el estudio un total 142 estudiantes de enfermería, 126 mujeres y 16 hombres, con una edad media de 22, 76 (DT = 5,61) y un rango de 19 a 46 años.

Instrumentos.- Los participantes respondieron a un cuestionario autoadministrado que contenía los siguientes instrumentos en su versión española:

- a) Escala de Empatía de Jefferson (Jefferson Scale of Empathy - JSPE) en su versión “S”, versión para estudiantes
- b) Escala de Empatía IRI (Interpersonal Reactivity Index – IRI)
- c) Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-esteem Scale - RSES).
- d) Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale - TAS-20)



Procedimiento.- Una vez obtenido el permiso del autor, para la adaptación se utilizó la metodología de traducción directa e inversa por profesionales bilingües. Posteriormente, se realizó un estudio piloto con 20 estudiantes de enfermería para evaluar la factibilidad y comprensión de la versión española. Los estudiantes respondieron los cuestionarios de forma individual y voluntaria dentro del aula.

#### Resultados.

Se analizó la consistencia interna de la versión española de la escala calculándose el coeficiente alpha de Cronbach ( $\alpha= .60$ ). Posteriormente, se realizó un análisis de componentes principales con rotación Varimax. Tomando como referencia el gráfico de sedimentación, se identificaron tres factores significativos, que explican el 41,16% de la varianza total.

Asimismo, se calcularon los coeficientes de correlación entre las diferentes escalas, obteniéndose que la Empatía (JSPE) correlaciona positiva y significativamente con la Autoestima y tres de las cuatro subescalas del IRI y negativa y significativamente con la Alexitimia (TAS).

#### Discusión.

Los resultados muestran que la versión española de la Escala de Empatía de Jefferson posee características considerablemente diferentes a las de la versión original, especialmente a lo que se refiere a la estructura factorial. No obstante, las correlaciones con los otros instrumentos apoyan la validez concurrente y discriminante de la escala. Por consiguiente, este instrumento de evaluación de la empatía, en su versión española, debe considerarse en estado de revisión. Los análisis preliminares parecen indicar que la posible eliminación de algunos ítems podría aumentar la consistencia interna y, en consecuencia la fiabilidad de la escala. De esta forma, se obtendría una versión adaptada y reducida para muestras españolas aunque dificultaría la comparación intercultural.

Disponer de un instrumento de evaluación de la empatía permite obtener datos objetivos sobre el nivel de empatía de los estudiantes de enfermería y orienta a los docentes para el diseño de los programas formativos. Asimismo, es esencial la evaluación de la efectividad de las estrategias pedagógicas en el desarrollo de las habilidades comunicativas.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Brunero, S., Lamont, S., & Coates, M. (2010). A review of empathy education in nursing. *Nursing Inquiry*, 17(1), 65-74.
- Cutcliffe, J. R., & Cassedy, P. (1999). The development of empathy in students on a short, skills based counselling course: a pilot study. *Nurse Education Today*, 19(3), 250-257.
- Fields, S. K., Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Kane, G., & Magee, M. (2004). Comparisons of nurses and physicians on an operational measure of empathy. *Evaluation & The Health Professions*, 27(1), 80-94.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *The American Journal Of Psychiatry*, 159(9), 1563-1569.
- Hojat, M., Mangione, S., Kane, G. C., & Gonnella, J. S. (2005). Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Medical Teacher*, 27(7), 625-628.

- Kunyk, D., & Olson, J. K. (2001). Clarification of conceptualizations of empathy. *Journal Of Advanced Nursing*, 35(3), 317-325.
- Reynolds, W. J., & Scott, B. (1999). Empathy: a crucial component of the helping relationship. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 6(5), 363-370.
- Ward, J., Schaal, M., Sullivan, J., Bowen, M. E., Erdmann, J. B., & Hojat, M. (2009). Reliability and validity of the Jefferson Scale of Empathy in undergraduate nursing students. *Journal Of Nursing Measurement*, 17(1), 73-88.
- Wiseman, T. (2007). Toward a holistic conceptualization of empathy for nursing practice. *ANS. Advances In Nursing Science*, 30(3), E61-E72.
- Yu, J., & Kirk, M. (2008). Measurement of empathy in nursing research: systematic review. *Journal Of Advanced Nursing*, 64(5), 440-454.

Versión Provisional - Preliminary Version

**POSTER 69**

**AUTORES/AUTHORS:**

Rosiani C.B. Ribeiro de Castro, Raquel J. Oliveira Lima, Hilda Laurentina Liberali, Marlene Bueno Gonçalves

**TÍTULO/TITLE:**

Núcleo Clínico de Enfermería: una rica posibilidad en el desarrollo científico y técnico del graduando de enfermería

El escenario actual de la globalización, incluyendo los avances científicos y tecnológicos, demandan cambios en la formación de los profesionales de salud y en las formas de enseñanza. Basándose en este desafío, el Núcleo Clínico de Enfermería es un espacio de enseñanza, investigación y extensión del Curso de Graduación en Enfermería de la Universidad Cruzeiro do Sul (São Paulo-Brasil); donde se ofrece atención a la comunidad por medio de programas volcados a la mujer, al niño, al adulto, al mayor, a la salud mental y a las terapias complementares. Las atenciones ocurren, muchas veces, a través de la consulta de Enfermería, reglamentada por la legislación brasileña, considerando que es una actividad privativa del enfermero y que se utiliza del método científico para identificar situaciones de salud/enfermedad, prescribir e implementar medidas de Enfermería que contribuyan para la promoción, prevención, protección de la salud, recuperación y rehabilitación del individuo, familia y comunidad(1) . Se destaca que todas las atenciones son realizadas por enfermeros docentes con la participación de los alumnos, posibilitando su perfeccionamiento y desarrollo profesional.

**OBJETIVO:** Relatar la evolución del proceso enseñanza-aprendizaje a partir de los registros de atenciones realizadas en el Núcleo Clínico de Enfermería entre los años de 2002 y 2009. **MÉTODO:** Investigación documental por medio de evaluación estadística de los registros de las atenciones de los proyectos desarrollados en el Núcleo y de trabajos científicos de profesores y alumnos entre 2002 y 2009. Tras la colecta de los datos se hizo el análisis descriptivo que ha permitido describirlos y sintetizarlos, organizándolos, interpretándolos y evaluándolos(2). **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** La propuesta del Núcleo de Enfermería surgió en 2002 de la necesidad de aliarse la enseñanza a la investigación y extensión, pensando en la posibilidad de que las acciones de enseñanza excedieran la barrera extra muro, ofreciendo a la comunidad sus servicios y al mismo tiempo que proporcionara la vivencia teórico práctica profesional a los alumnos. Iniciamos con tres proyectos con foco en la promoción, prevención y restablecimiento de la salud: Acupuntura, Grupo de calidad de vida en la tercera edad y Grupo de hipertensión y diabetes, totalizando cuatrocientos y sesenta atenciones este año. Frente a los resultados positivos obtenidos en el primer año por parte de los usuarios y en la evaluación docente, a partir de 2003 ampliamos las atenciones estructurando nuevos proyectos: en la Salud de la Niñez, de la Mujer, del Adulto, del Mayor, en la Salud Mental y en las Terapias Complementares, con la atención de floral y grupo de relajamiento; todos vinculados a las asignaturas de sus áreas de alcance y bajo la coordinación y conducción docente, y la participación dicente. A cada año se observó los resultados positivos, tanto en términos de número de atenciones, que ha ampliado de forma significativa; con el promedio anual de 1150 atenciones los años siguientes; como en la calidad de la asistencia evaluada por los usuarios. Además, los alumnos que participaron de las actividades han relatado la importancia de su participación para su desarrollo científico y técnico, con la posibilidad de vivir precozmente las acciones cotidianas del enfermero. En este contexto, se destaca la importancia de tenerse la clareza de que una acción pedagógica eficaz no puede ser centrada sólo en las informaciones y contenidos teóricos, pues esto dificulta la creación de un espacio para el desarrollo del pensamiento crítico del alumno, característica esta exigida por el mercado de trabajo actual (3). A partir de los datos se percibe lo cuánto estas actividades favorecen no sólo la atención a la comunidad, pero el proceso de enseñanza-aprendizaje, desarrollando en el alumno competencias de la práctica clínica y del contexto de trabajo del enfermero. El análisis de la evolución de los programas de atención, de los trabajos científicos producidos a partir de esta experiencia permite establecer un proceso de trabajo docente reflexivo, problematizador y dialógico, basado en los saberes técnicos y científicos, que nos lleva a una concientización sobre la importancia del acto pedagógico(3). Además, se destaca el incremento del conocimiento por medio de la realización de trabajos de conclusión de curso, posibilitando la formación de futuros investigadores; y de investigaciones relacionadas a los programas divulgados en eventos científicos diversos. Los resultados de las investigaciones también basan la evaluación permanente de los programas desarrollados, de forma a subsidiar los cambios y actualizaciones necesarios para el perfeccionamiento de las prácticas pedagógicas (4). **CONCLUSIÓN.** La experiencia se traduce en una formación profesional diferenciada de calidad y comprometida, además de permitir la integración del conocimiento, habilidad y actitud para un cuidado ético, seguro al ser humano y colectividad (5); lo que califica la asistencia de enfermería.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

**BIBLIOGRAFÍA**

1- Universidade Cruzeiro do Sul. Projeto Pedagógico do Curso de Graduação de Enfermagem. São Paulo: UNICSUL, 2010.

- 2- Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- 3- Prado C, Leite MMJ. Compreendendo as intenções das ações de um corpo docente multiprofissional em um curso de graduação em enfermagem. Rev.Bras Enferm. Brasília: 2010 Jul-ago; 63(4):548-54.
- 4- Silva MG, Fernandes JD, Teixeira GAS, Silva RMO. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. Texto contexto - enferm., 2010 Mar ; 19(1): 176-184.
- 5- Lorenção DCA, Benito GAV. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. Rev.Bras Enferm. Brasília: 2010 Jan-Fev; 63(1):91- 7.

Version Provisional - Preliminary version

## POSTER 70

**AUTORES/AUTHORS:**

Fortuna Cinira Magali, Matumoto Silvia, Pereira Maria José Bistafa, Mishima Silvana Martins, Vieira Katia Cristina dos Santos, Campos Lucas Vinco de Oliveira, Campos Ana Carolina, Kawata Lauren Suemi, Oliveira Poliana Silva de

**TÍTULO/TITLE:**

La pesquisa cualitativa a través de los grupos: algunas reflexiones

La investigación cualitativa se refiere a la producción de significados considerando la realidad como multifactorial y los investigadores como participantes activos de la producción del estudio (AMEZCUA y GALVEZ TORO, 2002). No tiene la intención de generalizar los hallazgos, pero indica los procesos en curso y las tendencias resultantes de las relaciones sociales (MINAYO, 1994). Muchas veces, las investigaciones de abordaje cualitativo se utilizan de los grupos para recoger datos. Para desarrollar la investigación, se requiere conocimientos sobre grupos pero esto no siempre ocurre. El referencial teórico sobre grupos que adoptamos tiene origen en la escuela argentina de grupos de Enrique J. Pichon-Rivière (1982). Para el "un grupo es un conjunto restringido de personas que, ligadas por constantes espacio temporales, el cual, articulado en su mutua representación interna, se propone en forma implícita y explícita una tarea que conforma su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles."

Objetivo: Ese estudio tiene por objetivo analizar la utilización de los grupos en investigaciones cualitativas. Método: Es un estudio de abordaje cualitativa de tipo descriptivo, que se desarrolló a través del análisis de material producido en tres investigaciones con los equipos de salud de la familia, enfermeros, y trabajadores de salud en general, totalizando 41 encuentros grupales para recoger datos. Resultados: El análisis del material de los grupos apunta que estos son más que citas colectivas pues presentan movimientos grupales como locus privilegiado para la reflexión de los temas en investigación. Al principio se observa que hay una dificultad de interacción entre los sujetos. En cuanto a la participación de los miembros se identifican ausencias cuando se espera un número mayor de encuentros, lo que puede interferir con la investigación. Se observa, también, que los debates repercuten más allá del tiempo y espacio del grupo donde se recoge los datos, a pesar del pacto de confidencialidad en el contrato inicial entre los participantes. Otro aspecto es la importancia de la rotación de los discursos de los miembros lo que no siempre ocurre en estos grupos, pues los equipos mantienen relaciones jerárquicas en sus relaciones de trabajo (FORTUNA et al , 2005). Discusión: No siempre los investigadores que se utilizan de los grupos en las pesquisas tienen la dimensión del proceso que desencadena los debates propuestos para la investigación. Eso requiere que el coordinador facilite la interacción y la superación de las dificultades, sobre todo en la fase inicial del grupo, y que ayude en la rotación de los discursos y en la construcción espacio propicio para el intercambio lo que puede favorecer la participación y constancia, sin embargo, imponer su visión y conceptos. Llegamos a la conclusión que la utilización de los grupos en investigaciones cualitativas proporciona para los sujetos un espacio para reflexiones sobre algunos temas. La naturaleza de los grupos nos ayudan a aprender a pensar, una vez que las personas necesitan del otro con su presencia, con su experiencia, y nos diz Pichon-Rivière: "pensar, siempre es pensar en grupo". El investigador tendrá que manejar los movimientos grupales de resistencia y movimientos de cambio propios de la dinámica grupal, que ratifica la importancia de la preparación del investigador para una adecuada gestión de estos aspectos.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

AMEZCUA, Manuel; GALVEZ TORO, Alberto. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev. Esp. Salud Publica, Madrid, v. 76, n. 5, oct. 2002 . Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000500005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005&lng=es&nrm=iso). accedido en 15 sept. 2010.

Pichon-Rivière E. O processo grupal. 3 ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1982. 181 p.

Zimerman DE, Wainberg AK, Barros CASM, Baptista F Neto, Mazieres G, Viçosa GR, et al. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997. p. 424.

Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB . O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev. Latino-Am. Enfermagem abril 2005; 13(2):262-8.

Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 5 ed., Rio de Janeiro(RJ): Hucitec/Abrasco, 1998.

## POSTER 71

### AUTORES/AUTHORS:

Mercedes Rodríguez-Díez, Herminia Lara-Sánchez, Gonzalo Duarte-Clíments, María Begoña Sánchez-Gómez, María José Aragón-Cabezas, Azucena Sutil-Sarmiento, Carmen Cosío-Méndez, Margarita Vara-Sánchez, Begoña Castañeda-García

### TÍTULO/TITLE:

Evidencias para el Plan de Cuidados Estandarizado enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Revisión sistemática

**Objetivos.** Identificar la mejor evidencia disponible y elaborar recomendaciones sobre intervenciones de enfermería en el PCE de la EII consensuado por el grupo de trabajo colaborativo de la Gerencia de Sacyl en el primer semestre del año 2009. Elaborar recomendaciones para el desarrollo e implantación de Planes de Cuidados Estandarizados en la Atención Especializada de SACyL.  
**Método.** Protocolo de revisión sistemática. Estrategia de búsqueda, formato PICO y DEC y MeSH. Definición de intervenciones incluye uso de lenguaje NIC. Búsqueda online: BVS, Medline, Cinahl, Cochrane, JBI, Cuiden, INAHTA; complementada con búsqueda referencial, y manual en publicaciones; últimos cinco años de publicación, ampliados a diez en búsqueda referencial; restricción de idiomas español, inglés y portugués. Selección según diseño (revisiones sistemáticas, metanálisis o metasíntesis, ensayos clínicos aleatorios, y guías de práctica clínica basadas en evidencias), y criterios de calidad y homogeneidad metodológica evaluados con los instrumentos Jadad, CASPe, y AGREE. Variables consideradas en los estudios: salud, gasto sanitario, estancia hospitalaria, control de riesgos, satisfacción, ausencia de complicaciones, bienestar y signos y síntomas. Criterios de homogeneidad clínica: características de poblaciones e intervenciones extrapolables a nuestra población y práctica profesional. Obtención y extracción de datos mediante tablas de síntesis. Análisis de datos mediante desarrollo narrativo.

**Resultados.** Se han utilizado los términos adult, inflammatory bowel disease, care, nurse, diarrea management. Se han identificado 328 estudios, de los cuales se seleccionaron 12 para lectura crítica, de los cuales 10 son revisiones sistemáticas, disponemos de texto completo de cinco de ellas. Hallamos 1 guía de práctica clínica y 1 PCE. La evaluación de estos estudios con el sistema CASPe/AGREE muestra una puntuación mínima 6/60%. Las evidencias obtenidas son de nivel 3. Estos estudios nos muestran la escasa literatura sobre cuidados específicos de las intervenciones de la enfermera en la EII, los estudios inciden en su totalidad en el apoyo psicológico y social a estos enfermos.

**Discusión.** El resultado principal de este trabajo indica que no se encuentran evidencias de nivel 1/GRA sobre las intervenciones planteadas para el PCE de la EII. La ausencia de intervenciones para los distintos problemas del cuidado del enfermo con EII nos induce a plantear la necesidad de estudios a partir de la práctica, por ejemplo mediante la revisión de protocolos e incluyendo para ello los lenguajes NANDA-NIC-NOC. Las principales limitaciones de este estudio se refieren a las restricciones de idioma, a la limitada disponibilidad de estudios que aporten un nivel de evidencia aceptable y a la incorporación del lenguaje NANDA-NOC-NIC a la búsqueda.

**Implicaciones para la práctica.** Hay dos tipos de implicaciones: para la práctica clínica y para el desarrollo de la EbE. Para la práctica clínica implica profundizar en las intervenciones de apoyo psicológico y social. Para el desarrollo de la EbE implica incluir en los protocolos de revisión el lenguaje NANDA-NOC-NIC.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Nojkov B, Rubenstein JH, Chey WD, Hoogerwerf WA. The impact of rotating shift work on the prevalence of irritable bowel syndrome in nurses. *Am J Gastroenterol.* 2010 Apr;105(4):842-7. Epub 2010 Feb 16.
- Moral, I Cruz, JD Linares, M. Plan de cuidados al paciente con enfermedad inflamatoria intestinal. *Educare - METAS* (63) feb 2010
- Belling R, McLaren S, Woods L. Intervenciones de enfermería especializada para la enfermedad inflamatoria intestinal. (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 4*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 4 Art no. CD006597. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Belling R, Woods L, McLaren S. Faculty of Health and Social Care, London South Bank University, London, UK. Stakeholder perceptions of specialist Inflammatory Bowel Disease nurses' role and personal attributes. *J Nurs Pract.* 2008 Feb;14(1):67-73.
- Kiekkas BP, Brokalaki H, Theodorakopoulou G, Baltopoulos GI. University Hospital of Patras in Patras, Greece. Physical antipyresis in critically ill adults. *Am J Nurs.* 2008 Jul;108(7):40-9; quiz 50.

Younge L, Norton C. Br J. Contribución de los enfermeros especializados en el manejo de pacientes con EII. Nurs. 2007 febrero 22-marzo 7, 16 (4) :208-12.

Bengtsson M; Ohlsson B; Ulander K. Women with irritable bowel syndrome and their perception of a good quality of life. Gastroenterol Nurs; 30(2): 74-82, 2007 Mar-Apr.

Masachs M Casellas F Malagelada JR. Unitat d'Atenció Crònica Colitis. Hospital Universitari Val de Hebron. Ciberhd. Barcelona. Traducción, adaptación y validación al español del cuestionario de calidad de vida de 32 ítems (IBDQ-32) de la enfermedad inflamatoria intestinal. Rev. Esp Enferm Dig (Madrid)vol. 99 Nº 9, pp. 511-519 2007

Cano Martínez S. Seco González A. X. Estévez Boullosa P. Diarrea crónica. 30/08/2007 - Guías Clínicas 2007; 7 (28).

Mason I Royal free hospital London Continente care for patients wiht inflammatory bowel disease. Nurs Stand. 2007 Oct 31-Nov 6;22(8):43-6.

López Vivancos, J. Experiencia previa y calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal durante los brotes de actividad. Rev Esp Enferm Dig; 95(7): 471-475, jul. 2003.

Version Preliminary Version

## POSTER 73

### AUTORES/AUTHORS:

Reyes Alcalde-Martín-Calero, Pilar Rodríguez-Soberado, María Begoña Sánchez-Gómez, Gonzalo Duarte-Clíments, María Victoria Mediavilla-Sesmero, Carmen Aldonza-Valderrey, Fabiola Redondo-Casasola, Mercedes Ramos-Sastre

### TÍTULO/TITLE:

Plan de Cuidados Estandarizado para El Parto Eutócico ó Posparto en atención especializada basado en Evidencias. Investi

**Objetivos.** Identificar la mejor evidencia en intervenciones enfermeras del Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) del Parto Eutócico durante el puerperio inmediato y las 48-72 horas del Postparto en Atención Especializada. Elaborar recomendaciones para el desarrollo e implantación de PCE de SACyL.

**Método.** Revisión sistemática sobre cuidados enfermeros en el PCE del Parto Eutócico o postparto y actividades relacionadas.

**Protocolo estandarizado de revisión de literatura.** Diseño. Estrategia mediante frase de búsqueda en formato PICO, y conversión a DEC y MeSH. Definición de intervenciones incluyendo uso de lenguaje NIC. Fuentes de información bases de datos online (BVS, Medline, Cochrane plus, Cochrane library, JBI Connet, Cuiden, INAHTA Guía salud, NGC, SING, NICE; GIN, NHS, Cinahl y Teseo) complementada con búsqueda referencial, y manual en publicaciones clave. Consideramos últimos cinco años de publicación, ampliables a diez para la búsqueda referencial. Se restringe a idiomas español, inglés y francés. Estudios. Seleccionan estudios según diseño (revisiones sistemáticas, metanálisis o metasíntesis, ensayos clínicos aleatorios o guías de prácticas clínica basadas en evidencias GPC), y criterios de calidad y homogeneidad metodológica establecidos por CASPe, y por AGREE. Variables.

**Necesidades cuidados,** calidad de los cuidados, satisfacción, ausencia de complicaciones, calidad de vida y coste en mujeres en periodo de posparto y puerperio inmediato tras parto vaginal. Los criterios de homogeneidad clínica incluyen que las características de las poblaciones e intervenciones sean extrapolables a nuestra población y práctica profesional. Obtención de datos con elaboración de tablas de síntesis de los resultados considerados relevantes. Los criterios de valoración de la validez de los estudios y procesos utilizados para la extracción de datos son los establecidos por CASPe/AGREE. Análisis de datos mediante desarrollo narrativo.

**Resultados.** Se han utilizado los términos parto, puerperio, partum, parto cuida\* enfermer\* ; matron\* delivery obstetric, posparto posparto cuida\*, child birth y postpartum care nurse , midwife truncados mediante los operadores booleanos con intervenciones definidas en el PCE. Búsqueda en febrero de 2010. Se identifican 3605 estudios, se seleccionan 34 para lectura crítica, y finalmente se consideran adecuados 30. La evaluación de estos estudios con el sistema CASPe/AGREE según proceda, muestra una puntuación mínima de 7/66% . Las evidencias obtenidas a partir de estos estudios muestran que las actividades relacionadas con nuestro plan de cuidados de máximo NE y GR son:

- La hemorragia uterina, es la principal causa de muerte materna, su control y la observación de sus signos y síntomas, previenen la morbimortalidad.
- Las instituciones y profesionales deben fomentar la lactancia materna favoreciendo el contacto temprano madre-bebé.
- No se recomienda la enseñanza y asesoramiento a través de la entrega de documentación escrita sin intervención educativa previa de un profesional de la salud.
- La aplicación de frío tópico en la zona perineal produce alivio y no retrasa la curación.
- El control de la TA, y el de las cefaleas intensas, conduce a la detección precoz de la preeclampsia.
- Fomentar la deambulacion precoz evita la tromboflebitis.
- El control de la diuresis durante las primeras 6 horas tras el parto previene la retención urinaria y el sondaje vesical.
- Es importante la comunicación entre niveles asistenciales para detectar incontinencia urinaria, depresión posparto, nivel de dependencia en autocuidado y fomentar continuidad de la lactancia materna
- A partir de las 72 h. está indicado el test de cribado de la depresión posparto (Test de Edimburgo).

**Discusión.** El resultado principal muestra evidencia sobre intervenciones enfermeras del PCE, para "ayuda en la lactancia", "disminución de la hemorragia: útero posparto", "identificación de riesgos", "educación sanitaria" y "cuidados posparto", esta última intervención NIC puede englobar casi todas las anteriores. En depresión posparto hay evidencia del papel de las enfermeras en detección y reducción de síntomas depresivos. Las limitaciones de este estudio se refieren a restricciones de idioma, disponibilidad de estudios que aporten un nivel de evidencia aceptable e incorporación del lenguaje NANDA- NOC- NIC a la búsqueda. Las implicaciones del trabajo para la investigación futura derivan de la falta de investigación primaria, e incorporar el lenguaje NIC a investigación secundaria.



Implicaciones para la práctica. Para la práctica clínica implica la relevancia de la educación, información y la vigilancia de signos y síntomas; medidas dietéticas; ingesta adecuada de líquidos; movilización; comunicación interniveles, entre otras. Para el desarrollo de la EbE implica incluir en los protocolos de revisión el lenguaje NANDA – NOC – NIC.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Hill J, Treasure T; National Clinical Guideline Centre for Acute and Chronic Conditions. Reducing the risk of venous thromboembolism in patients admitted to hospital: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2010 Jan 27;340:c95Clinical Effectiveness Unit. Postnatal Sexual and Reproductive Health. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. September 2009
2. Kemp, S. Postpartum Haemorrhage, Prevention and Management (Green top 52). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2009
3. Magee L, Sadeghi S, Prevencion y tratamiento de la hipertension posparto (Revision Cochrane traducida) En la Biblioteca Cochrane Plus 2008 Numero 2 Oxford. Update Software Ltd Disponible en <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library,2008 Issue 2. Chichester, UK;John Wiley&Sons,Ltd.)
4. Meads CA, Cnossen JS, Meher S, Juarez-Garcia A, ter Riet G, Duley L, Roberts TE, Mol BW, van der Post JA, Leeflang MM, Barton PM, Hyde CJ, Gupta JK, Khan KS. Methods of prediction and prevention of pre-eclampsia: systematic reviews of accuracy and effectiveness literature with economic modelling. *Health Technol Assess*. 2008 Mar; 12(6): iii-iv, 1-270.
5. Daley A, Jolly K and MacArthur C. The effectiveness of exercise in the management of post-natal depression: systematic review and meta-analysis. *Family Practice* 2009; 26: 154–162.
6. Novikova N,HofmeyrGJ. Tranexamic acid for preventing postpartum haemorrhage. *CochraneDatabase of Systematic Reviews*2009, Issue 3. Chou D, E Abalos, GML Gyte, Gülmezoglu AM. Drugs for perineal pain in the early postpartum period: generic protocol. Protocolo genérico (Protocolo). Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2009, número 3. Dennis CL, Kingston D. A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the early postpartum period. *JOGNN*, 37, 301 - 314 ; 2008. Olufemi T Oladapo, Bukola Fawole. Tratamientos para la interrupción de la lactancia (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 1 Art no. CD005937. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
7. Steen M, Briggs M, King D. Alleviating postnatal perineal trauma: to cool or not to cool? *British Journal of Midwifery* 2006.

## POSTER 75

## AUTORES/AUTHORS:

Ana María Izaguirre Zapatera, Sergio de Angel Larrinaga, Jaime González González, Guillermo Rico García, Manuel Doroteo Lor Martín, Diego González González

## TÍTULO/TITLE:

"LAS MANOS QUE NOS CUIDAN". Estudio sobre intervención educativa en mujeres cuidadoras del medio rural.

## OBJETIVOS:

"La mano que mece la cuna rige el mundo".

Peter de Vries.

Esta frase resume la filosofía que impregna nuestro trabajo. Hemos diseñado un proyecto educativo dirigido a mujeres de la comunidad en la que trabajamos destinado a aumentar sus conocimientos y habilidades en cuestiones de salud para que las transmitan en su entorno. Pensamos que ellas pueden ser educadoras muy eficaces y pueden transmitir pautas saludables de vida no sólo con sus consejos sino también con su actitud ejemplar. Por tanto nuestra intención es que ellas mismas tomen conciencia de su papel privilegiado en su entorno y se consideren a sí mismas promotoras de salud entre los suyos. Todos los conocimientos y habilidades que pretendemos transmitirles serán útiles para conseguir estos objetivos:

- \* Que las mujeres adquieran habilidades y conocimientos en temas sanitarios para que los transmitan en su entorno convirtiéndose en promotoras de salud.
- \* Motivarlas para el aprendizaje.
- \* Elevar su autoestima y su nivel de autocuidados.
- \* Que la actividad les sirva para romper con la rutina de la vida diaria.
- \* Que el grupo perdure en el tiempo trabajando diferentes temas periódicamente.

## MÉTODOS:

Diseñamos nueve intervenciones educativas en forma de charla-coloquio de 90 minutos de duración, sobre diferentes temas de salud que se desarrollaron entre los meses de marzo y julio de 2009. Se pasaba un test al inicio de cada sesión para evaluar los conocimientos previos y el mismo test diferido en la siguiente intervención. También evaluamos la calidad percibida de las sesiones a través de otro cuestionario. El grupo ha seguido trabajando, y en mayo de 2010 reevaluamos las nueve intervenciones que realizamos de marzo a julio del 2009 con intención de comprobar que grado de conocimientos conservan las mujeres después de este tiempo. El estudio estadístico de los resultados se ha realizado con una T de Student con datos apareados. SPSS 15.

## RESULTADOS:

OBTENIDOS EN 2009. En la sesión de Alimentación Saludable se obtuvieron unas puntuaciones en el test inicial y test diferido de 5,42 y 8,37 sobre 10 respectivamente; En Primeros Auxilios de 5,66 y 8,2; en Ejercicio Físico de 6 y 8,37; en Reanimación Cardiopulmonar Básica de 4,27 y 7,37; en Control de Factores de Riesgo Cardiovascular de 7,27 y 9,27; en Control de Estrés de 5,27 y 7,37, en Tabaquismo de 6,5 y 9, en Climaterio y Menopausia de 5,8 y 7,8. En todas ellas se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas. En Etapas de la sexualidad, las mujeres prefirieron no contestar test. La encuesta de satisfacción reveló una media de 8,3/10. Acudieron a las sesiones una media de 34 mujeres aunque en total participaron 51.

OBTENIDOS EN 2010. Primeros Auxilios: 7,1; Ejercicio Físico: 7,3; Reanimación Cardiopulmonar Básica: 5,7; Control de Factores de Riesgo Cardiovascular: 8,9; Tabaquismo: 7,1; Climaterio y Menopausia: 7,1; Alimentación Saludable: 8,1.

## DISCUSIÓN:

La educación para la salud grupal es una estrategia muy interesante para la transmisión de conocimientos y habilidades a nuestra población. Si bien es cierto que supone un importante esfuerzo a los diferentes profesionales implicados, también aporta muchos beneficios tanto al grupo como a los propios docentes, pues les ha obligado a actualizarse y revisar muchos temas además de desarrollar sus habilidades de comunicación.

Las participantes se han beneficiado de la dinámica de grupo, que aporta participación, desinhibición, comunicación, compartir experiencias, y por supuesto la adquisición de conocimientos y habilidades en cuestiones de salud.

Los temas más "cotidianos" como Factores de Riesgo Cardiovascular, Dieta; Menopausia y Ejercicio Físico, han sido en los que

mejores resultados se han obtenido mientras que en los temas más "técnicos" como Reanimación Cardiopulmonar Básica hemos obtenido resultados más discretos. Tras nuestra intervención 2 mujeres dejaron de fumar y otras 2 personas lo hicieron inducidas por miembros del grupo.

Creemos que se han producido otros beneficios intangibles como el aumento de la autoestima de estas mujeres al haberse concienciado de su papel fundamental como promotoras de salud en su entorno. A nuestro entender esto puede paliar en parte las consecuencias negativas para la salud de las cuidadoras informales bien acreditada en la bibliografía.<sup>1, 2,3,4,5,</sup> En nuestra práctica diaria nos centramos fundamentalmente en la atención individual desde una perspectiva enfocada a la curación y evitación de complicaciones de patologías existentes. Siendo la promoción de la salud y la prevención primaria pilares fundamentales de la salud pública y los profesionales de Atención Primaria los más indicados para desarrollarlo, la realidad es que apenas dedicamos recursos a estas actividades. Quizás deberíamos modificar algunos aspectos de nuestra práctica asistencial para fomentar la salud no sólo cuando ya existe la enfermedad sino antes de que pueda aparecer. Para ello es fundamental llegar a colectivos que apenas acuden a nuestras consultas por no padecer ninguna patología como jóvenes y trabajadores sanos. Las mujeres de nuestro proyecto son un vehículo inestimable de transmisión de conocimientos y actitudes a estas personas a la que no podemos acceder de otra forma.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. "Abuelas cuidadoras". Autoras: Laura Alonso Cardo, María José Cano García, Marta López Leal, Paula Santamaría Roselló. Alumnas de la Escuela de Enfermería "La Fe" de Valencia. e-ducare21.com.
  2. "Interpretando el cuidado. Por qué cuidan sólo las mujeres y qué podemos hacer para evitarlo". Autoras: Iratxe Mier Villarías, Zuriñe Romeo Pérez, Ainara Canto Combarro, Roberto Mier Villarías. Fundación EDE. ABENDUA Diciembre 2007
  3. "Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción". Autora: Marcela Lagarde. SARE 2003 "Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado".
  4. "Cuidadoras informales: una perspectiva de género" Autoras: María Victoria Delicado Useros, Miguel Ángel García Fernández, Belén López Moreno, Pilar Martínez Sánchez. [http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2013/cuidadoras\\_informales.html](http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2013/cuidadoras_informales.html).
  5. "¿Quién cuida a la cuidadora?. Repartir el cuidado para no descuidarnos". Autora: Soledad Murillo. [http://www.matriz.net/mys/mys-06/articulos/art\\_06\\_02.html](http://www.matriz.net/mys/mys-06/articulos/art_06_02.html).
- "Programa de evaluación y conocimiento de factores socioculturales asociados a la educación sanitaria y a la promoción de la salud". Autores: Luis Seoane Pascual, Clara Repeto Zibermann Laura Moratilla Monzó. Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Julio 2006.
  - "Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud". Autor: José Luis Turabián Fernández. Ed. Díaz de Santos 1991.
  - "Recommendations on life style" Cabezas Peña C, Robledo de Dios T, Marquesa F, Ortega Sánchez Pinilla R, Nebot Adella M, Megido Badía M.j. Muñoz Seco E, Prados Castillejo J.A., Córdoba García R; Grupo de Trabajo de Educación Para la Salud. Atención Primaria. 2007 Nov. 39 Suppl 3:27-46.
  - "Health-Promoting Schools Regional Initiative of the America" Ippolito-Sheppherd J, Cerqueira M.T. Ortega D.T. Promot Educ.2005;12(3-4): 220-9,180
  - "Promoción y educación para la salud, ¿serán la solución? Autor: Fernando Marqués Molías. Atención Primaria. 2009. 41:355-7.
  - DeCS. Descriptores en Ciencias de la Salud.
  - Index Medicus.
  - www.google.es.

DESCRIPTORES: medical education, caregivers, activities of daily living, health primary care, health promotion, health agent.

Versión Provisional - Preliminary version

**POSTER 77**

**AUTORES/AUTHORS:**

Leticia Casique Casique

**TÍTULO/TITLE:**

ESTUDIO RESTROSPECTIVO SOBRE LA VIOLENCIA EN LOS ADICTOS DEL ALBERGUE ASRAD

I.- Objetivo: Describir las conductas violencias de los adictos del albergue ASRAD

II.- Métodos: El estudio se realizó de agosto a diciembre del 2008, en el albergue ASRAD, del municipio de Celaya. Fue un estudio Cuantitativo, retrospectivo, descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 34 adictos, que aceptaron participar libremente. Se respeto el consentimiento libre e informado. (3). Se aplico el Cuestionario para Determinar Episodios de Conductas Violentas en los Adictos. Se solicito autorización al subdirector del albergue. La recolección de los datos se llevo a cabo en un salón designado del propio albergue se empleo el SPSS versión 15.

Variables: Se definieron variables descriptivas para determinar el perfil del adicto como la edad, sexo, estado civil, con quien vivía antes de entrar al albergue, ocupación, escolaridad, religión, institución de salud. Las variables de estudio como la Violencia Física son las acciones donde se usa la fuerza contra otra persona puede consistir en golpes, patadas, pellizcos, lanzamiento de objetos, empujones, cachetadas, Violencia Psicológica consiste en actos u omisiones que se expresan a través de prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas e insultos. Se utilizo la estadística descriptiva. (4)

III.- Resultados: El grupo de estudio estuvo integrado por 34 sujetos mayores de 12 años de edad, del cual el 8.8% corresponde a jóvenes entre 12-18 años, el 91.2% al grupo de edad mayor de 19 años; 100% son hombres. 41.2% son solteros, 32.4% casados, 76.5% de los encuestados refieren que antes de ingresar al centro de rehabilitación vivían con su familia, el 17.6% vivían solos, el 2.9% restante vivía con algún tutor u otra persona; 73.5% de ellos trabajan y el 8.8% estudia, 52.9% estudio la secundaria, el 26.5% solo la primaria, el 11.8% tiene carrera profesional, un 5.9% la preparatoria y el 2.9% tiene otro tipo de estudios; 70.6% refiere ser de religión católica. En cuanto a la atención medica los encuestados refieren con un 38.2% acudir a centros de salud, seguido por 29.4% al IMSS al igual que a otros servicios, mientras que el 2.9% acude al ISSSTE.

Consumo De Drogas: El 100% de la población en alguna ocasión ha fumado tabaco, 100% ha consumido alguna vez una copa completa de alcohol, 61.8% alguna vez a probado las anfetaminas, 61.8% ha usado tranquilizantes, 79.4% han consumido marihuana, 76.5% ha probado cocaína, 58.8% ha consumido crack, 32.4% refirió haber consumido alucinógenos, 55.9% ha usado inhalantes, 38.2% ha consumido sedantes y 32.4% ha consumido heroína. Un 26.5% ha consumido tachas o éxtasis, 32.4% rohypnol, 52.9% cristal, 14.7% Speedball, 17.6% esteroides y 29.4% ya consumió hubain.

Comportamiento Violento: Se encontró que el 59% presentan comportamiento violento de tipo físico, el 73.5% de ellos han participado en peleas, 50% requieren de fuerza física para conseguir algo, 38.2% indico que fue necesario hospitalizar a quien agredió, 52.9% a dejado marcas de golpes, 58.8% a golpeado con sus manos u objetos. El 70.6% a agredido bajo los efectos de alguna droga. El 41.2% a golpeado a algún miembro de la familia, 38.2% a cacheteado a su pareja y 47.1% la ha empujado. 52.9% manifestó haber sido encarcelado por comportamiento violento, el 50% de nuestros sujetos de estudio se han agredido físicamente. La muestra registro 50% de comportamientos violentos psicológico; 61.8% se enoja con facilidad, 32.4% pierden el control con facilidad, 44.1% humilla verbalmente a otras personas, 26.5% amenazan frecuentemente, 50% critica y humilla en público, el 73.5% ha chantajeado para conseguir algo, 61.8% se hacen con frecuencia la victima, 47.1% discuten frecuentemente; 26.5% no siente culpabilidad después de haber agredido, un 41.2% presenta satisfacción después de agredir a las personas.

IV.- Discusión: López-Soler (2001) menciona que los jóvenes consumen alcohol a edades mas tempranas, situación que es aceptado en el presente estudio, pues la edad mas joven registrada es de 13 años (5). Vogelmann et.al. (2004) manifiesta que el abuso del alcohol afecta el funcionamiento social, laboral o personal del individuo (6), sin embargo los resultados encontrados demuestran que aun cuando los adolescentes tienen esa conducta adictiva no manifiestan alteración en ningún ámbito. Esta situación se debe entender que los adolescentes están en fase de experimentación y es donde el alcoholismo no ha afectado ningún ámbito del adolescente. Es importante hacer conciencia que dicha conducta adictiva en un futuro desatara alteraciones tanto filológicas, psico-emocionales, sociales en la persona que consume alcohol.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Mirada de Jokin Bullying • Problemática adolescente; MÉXICO• Sufre violencia 35% de niños; en el hogar el caso más recurrente Latinoamérica 2007 Nov. Puede consultar:  
<http://argijokin.bloqcindario.com/2007/11/07945-mexico-sufre-violencia-35-de-ninos-en-el-hogar-el-caso-mas-recurrente.html>
2. Tipos de Violencia. Instituto de las mujeres en la ciudad de México.  
Puede consultarse en: [http://www.emexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex\\_Tipos\\_de\\_violencia2](http://www.emexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Tipos_de_violencia2)
3. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. 3 de febrero de 1983, se publicó en el Diario Oficial de la Federación <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.htm>
4. Tipos de violencia. Se puede observar en: <http://www.esmas.com/salud/saludfamiliar/v5/363152.html>
5. López Soler C, Freixinós Ros M. A. Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes. © Copyright 2001: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. 2001, vol. 17, nº 2 (diciembre), 177-188. Murcia (España). ISSN: 0212-9728.
6. Vogelmann, Oscar A. et.al. Antecedentes. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas. 2004. Hospital Psiquiátrico San Francisco de Asís. Cátedra de Psicología de la Facultad de Medicina de la UNNE. Argentina

Versión Profesional - Preliminary version

## POSTER 80

## AUTORES/AUTHORS:

María Teresa Gil Urquiza, Roberto Arozamena Pérez, Concepción Sanz del Campo, Inés María Miyares Gómez, María Dolores Martínez Ruiz, María Ángeles Rodríguez Alonso, Carmen Arce Velo, María Jesús Barcenilla Domingo, María Teresa Álvarez Lournaga

## TÍTULO/TITLE:

¿Influyen las prácticas asistenciales de las maternidades en la lactancia materna?

Objetivos. Evaluar las acciones en favor de la lactancia materna (LM), en las maternidades de la Comunidad Autónoma de Cantabria y determinar su influencia en el inicio y duración de la misma.

Método. Estudio multicéntrico, descriptivo, longitudinal y prospectivo, de los nacidos en todos los hospitales, dos públicos, Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" y Hospital de Laredo y uno privado, Clínica Mompía, que atienden partos en Cantabria. El hospital de Laredo está acreditado por UNICEF con el Galardón Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) (1-2) desde el año 2007. El tamaño muestral fue de 893 (binomios madre-recién nacido), que corresponde con el número de madres que dieron pecho de una muestra de 1026, se incluyeron en el estudio de manera consecutiva, desde el 11 de mayo al 26 de julio de 2009.

La información sobre las prácticas asistenciales se obtuvo con el cuestionario validado de "oportunidades perdidas en el puerperio" del programa LACMAT 3.3 (3); consta de 14 ítems que evalúan las acciones a favor de la LM dentro de una maternidad. Para las preguntas de recuerdo de alimentación de 24 horas, se utilizó el cuestionario validado de "alimentación en el día de ayer", del programa LACMAT 3.3. y se emplearon los indicadores recomendados por la OMS (4). Los datos se recogieron mediante entrevista directa realizada el día del alta hospitalaria y, posteriormente por encuesta telefónica estandarizada a los quince días y a los 1, 2, 3, 4, 5, y 6 meses. Todos los cuestionarios fueron administrados por un encuestador.

Para el análisis estadístico se emplearon, los porcentajes para la descripción de las variables cualitativas y el test de chi cuadrado para la comparación de las variables cualitativas.

Resultados. El 64,5% de las madres ponen al pecho a su hijo/a en la primera hora de vida y el 43,4% refieren haber dado solo pecho desde el nacimiento hasta el momento del alta hospitalaria, un 88,5% se benefician del alojamiento conjunto, el 72,5% reciben información sobre los beneficios de la LM, al 78,7% le muestran cómo dar de mamar, un 76,3% reciben instrucciones sobre la posición adecuada, al 34,6% de las madres les indican dónde acudir ante dificultades con la LM.

Inician LM el 86,0% y dan LM en el momento del alta hospitalaria el 81,2%. Del total de las madres que inician la lactancia, se obtiene un inicio temprano del 56,4%. El Índice de LM al 2º mes es del 60,9%, del 47,3% al 4º mes y un 32,5% al 6º mes.

No se encuentran diferencias significativas, entre hospitales, en la duración de la LM. Se asocia a una LM más prolongada ( $p < 0.001$ ) el iniciar la LM en la primera hora, dar solo pecho y el alojamiento conjunto ( $p < 0.005$ ).

El hospital de Laredo obtiene mejores resultados ( $p < 0.001$ ) en seis, de nueve variables que evalúan las acciones a favor de la lactancia y en el índice de lactancia materna exclusiva en el momento del alta hospitalaria (79,5% vs. 65,3%).

Discusión. Se confirma que existen prácticas asistenciales que repercuten directamente sobre la LM. El Hospital acreditado como IHAN obtiene resultados superiores en la mayoría de las acciones a favor de la lactancia, pero no se refleja en los índices, ni en la duración de la misma.

Los resultados de nuestro estudio evidencian que, existe un amplio margen de mejora y son necesarios esfuerzos más intensos, hasta llegar a los estándares del IHAN. Los resultados que se obtienen en el hospital de Laredo y la escasa repercusión que tienen en la duración de la LM requieren un análisis detallado de la situación por parte de los responsables de la iniciativa.

Estos datos se han obtenido del Proyecto PSG 09/01 Factores que Influyen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna en Cantabria, financiado en la Convocatoria de ayudas de Salud y Género (BOC 25 de junio de 2008), puesta en marcha por la Fundación Marqués de Valdecilla, mediante la acción coordinada del IFIMAV y el Observatorio de Salud Pública de Cantabria (OSPC) y con la financiación de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad con cargo a su programa Plan de Salud para las Mujeres.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Iniciativa Hospitales Amigos de los niños. Plan de Acción en Europa. Gêneve: OMS; 1993.
2. World Health Organisation, Division of Child Health and Development. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 1998.
3. Jaquenod M y Vallone F. Programa Lacmat 3.3. [Fecha de consulta 10 de junio de 2007]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar>
4. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of a consensus meeting. Washington 2007. [Consultado el 10/04/2010]. Disponible en: [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/pdfs/iycf\\_indicators\\_for\\_peer\\_review.pdf](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/iycf_indicators_for_peer_review.pdf)



**POSTER 81****AUTORES/AUTHORS:**

Rosa Suñer, Anna Bonmatí, Eva Gasull, Carme Bertran, Concepción Fuentes, Dolors Juvinyà, David Ballester

**TÍTULO/TITLE:**

Conocimientos básicos en metodología de la investigación y lenguaje científico: Resultados en 1er Grado de Enfermería

**Objetivo**

Estudiar el nivel de conocimientos básicos adquiridos en metodología de la investigación en cuidados y lenguaje científico, en el primer curso de los estudios de Grado de Enfermería.

**Material y Métodos**

Se ha realizado un estudio observacional longitudinal para medir el nivel de conocimientos adquiridos en una muestra de 128 estudiantes del primer curso de Grado de Enfermería de la Universidad de Girona.

El conocimiento de las competencias específicas adquiridas, en metodología de la investigación, se ha estudiado con los resultados de la evaluación final de la asignatura, mediante el sistema tradicional (prueba escrita tipo test) en febrero de 2010, y con los resultados de evaluación de estos mismos conocimientos a los tres meses de la evaluación final, mediante el sistema de evaluación tipo test interactivo "educlick" (con mandos de respuesta) en mayo de 2010.

Forman parte de esta asignatura, la adquisición de competencias genéricas relacionadas y otras competencias específicas que no han sido motivo de análisis en esta evaluación, ya que son evaluadas mediante otras técnicas.

Estudio estadístico: Los datos se han analizado mediante el paquete estadístico SPSS versión 12.0 para Windows. Se ha realizado un estudio descriptivo de las puntuaciones, que han sido expresadas con la media (y desviación estándar), la mediana, el valor mínimo y el valor máximo. Para valorar la diferencia entre la primera medida y la segunda, se ha realizado una comparación de medias para muestras relacionadas (nivel de confianza asumido del 95%,  $p < 0,05$ ).

**Resultados**

Se han analizado los resultados de la evaluación de 128 estudiantes (84,4% mujeres), el 57% de la muestra del grupo de mañana y el 43% del grupo de tarde.

La puntuación media de la evaluación final de los conocimientos de metodología de la investigación fue de 6,39 (dt 1,37), mediana de 6,5; mínimo de 2,91 y máximo de 10. La puntuación de la evaluación de estos mismos conocimientos a los tres meses fue de 6,30 (dt 1,6), mediana de 6,09; mínimo de de 2,03 y máximo de 10. Aplicando la t de Student para muestras relacionadas no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la primera y la segunda evaluación ( $p > 0,05$ ). No obstante, los alumnos varones obtuvieron puntuaciones medias inferiores en la primera evaluación (6,38 versus 6,40), y en la segunda (5,28 versus 6,49), observando solo diferencias significativas entre sexos en la segunda evaluación ( $p = 0,000$ ).

**Discusión**

Los resultados de este estudio muestran que se mantiene el nivel de conocimientos de la metodología de la investigación a los tres meses de la evaluación final, con la consideración que se evaluaron los mismos conocimientos aunque con sistemas diferentes. En nuestra opinión, este aprendizaje llamado en psicología cognitiva "aprendizaje significativo" puede ser explicado por la relación que se ha establecido a nivel práctico, ya que los alumnos han realizado posteriormente un trabajo de campo relacionado con la metodología aprendida, permitiendo asimilar los conocimientos con mayor facilidad.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:****Bibliografía**

Krajcik JS, Sutherland LM. Supporting students in developing literacy in science. *Science*. 2010; 328(5977):456-459.

August-Brady MM. Teaching undergraduate research from a process perspective. *J Nurs Educ*. 2005;44(11):519-521.

Meeker MA, Jones JM, Flanagan NA. Teaching undergraduate nursing research from an evidence-based practice perspective. *J Nurs Educ.* 2008;47(8):376-379.

Schmidt NA, Brown JM. Use of the innovation-decision process teaching strategy to promote evidence-based practice. *J Prof Nurs.* 2007;23(3):150-6.

Versión Provisional - Preliminary version

## POSTER 82

## AUTORES/AUTHORS:

Ana M<sup>a</sup> Ruiz Rey, Rosa Ana Martín de Vega, Belén Feijoo Iglesias, Gema Magdaleno del Rey, Rosa M<sup>o</sup> Rodríguez Ferrer

## TÍTULO/TITLE:

EFFECTO DE LA POSTURA DE SIMS MODIFICADA SOBRE LA ROTACIÓN Y DESCENSO DE LA PRESENTAIÓN EN NULÍPARAS CON ANALGESIA EPIDUR

## Objetivos:

Evaluar si la posición de Sims modificada disminuía la duración del segundo periodo del parto en mujeres nulíparas con analgesia epidural con respecto a las posturas más habituales

Evaluar si favorece el descenso fetal tomando como referencia los planos de Hodge cada 15 minutos durante una hora.

Evaluar el bienestar fetal y la frecuencia de partos instrumentales en las distintas posturas, así como la comodidad materna.

## Ámbito de estudio

Paritorio Hospital Universitario La Paz de Madrid. (2008-2009)

## Diseño

Ensayo clínico controlado aleatorizado con dos grupos:

- control Sims y Semi-Fowler.
- grupo de intervención Sims modificada.

## Sujetos de estudio

Gestantes nulíparas con analgesia epidural en perfusión continua sin patología ni signos de pérdida de bienestar fetal hasta alcanzar dilatación completa.

La aleatorización se realizó mediante sobres cerrados que contenían una de las posturas de estudio cada uno.

## Variables

Independientes: En todas las posturas, fetos del lado de la fontanela menor

Dependientes: De la madre: tipo de parto, tiempo total, tiempo de duración del segundo periodo de parto, estática fetal, comodidad materna. Del niño: alteración de la gráfica, peso fetal, estática de expulsivo, manobra de Kristeller

## Recogida de datos

Datos analizados en la Sección de Bioestadística del Hosp.Univ. La Paz. Programa SPSS 9.0 (SPSS Inc.) y el programa SAS Enterprise Guide 3.0.

Atendiendo a una diferencia de medias de 0.4 y una desviación típica de 1 con una potencia de 0.8 y un error del 5% se calculó la muestra en 78 casos de cada grupo.

Se recogieron 162 casos, dados por válidos 157 casos.

No se encontraron diferencias relevantes entre el tipo de parto y la postura adoptada ( $p=0.797$ ), tampoco en el tiempo total entre las distintas posiciones: grupo experimental de 66.76 minutos (IC95%=62.09-71.46), grupo control de 67.54 minutos (IC95%=62.64-72.44) ( $p=0.939$ ).

No se encontró asociación entre la postura, la rotación y el descenso del cilindro fetal, el 90% en cada grupo lo hace en anterior. El tiempo que cada postura empleó en alcanzar los distintos Planos de Hodge a los 15, 30, 45 y 60 minutos fue muy similar, solo una ligera aceleración en Semi-Fowler en alcanzar I y II plano. Las alteraciones más habituales DIP Variables (39.5%), seguido de la combinación de DIP Variables y DIP I (13.4%), asociándose a la postura Sims Modificada más gráficas normales, a Sims prepatológicas y a Semi-Fowler patológicas. El análisis de correspondencias asocia a incómoda Semi-Fowler, cómoda a Sims y muy cómoda a Sims Modificada.

## Conclusiones y Discusión

No encontramos diferencias significativas entre las distintas posturas y las variables estudiadas.

Que el 39.5% de los fetos permanecieran en tercer plano transcurridos los 60 minutos, la homogeneidad en el tiempo total hasta el parto (Sims 67.40 minutos, Sims Mod 67.54 minutos, Semi-Fowler 66.07 minutos) y el porcentaje de utilización de la maniobra de Kristeller (53.1%), nos hace pensar en un sesgo producto del cansancio materno - motivado por los pujos en Valsalva durante una hora y que conllevaría la posible realización de maniobras para el alivio del expulsivo- y la resistencia en la práctica clínica de algunos profesionales a no prolongar el tiempo empleado por la mujer en el expulsivo con analgesia epidural, en contraposición a lo que se inclina cada vez más la comunidad científica (3,4).

Las posiciones en decúbito resultaron más satisfactorias para las mujeres. Sims Modificada se asoció a muy cómoda y Sims a cómoda, mientras que Semi-Fowler se asoció a incómoda. En decúbito se produce el apoyo de gran parte de la superficie corporal en la superficie de la cama, lo que conlleva menor tensión de la musculatura y a un mayor confort de la parturienta (4, 5).

Pensamos que la mujer debe adoptar aquella postura que le resulte más cómoda y conveniente en cada momento del parto atendiendo a la estática y al bienestar fetal (5,7,8,9,11). Tanto la bipedestación como el decúbito se deberían alternar a lo largo de todo el proceso, lo que favorecería la movilización de la pelvis y la adaptación de la presentación a las modificaciones de los estrechos (1,2,5). La utilización de distintas posturas simularía lo que la mujer realiza de forma espontánea en partos sin analgesia (2,5,7,8,9).

La variedad en las posturas daría lugar a mayor confort y a la sensación subjetiva de acortamiento del tiempo, aunque éste fuera de tres horas (3) y a un mejor recuerdo del periodo expulsivo, pudiendo llegar a realizarse el parto en la postura que eligiera o en litotomía habiendo superado la presentación el IV plano (5,11).

Creemos que hay que seguir avanzando en el manejo de la analgesia epidural, con la administración de las dosis adecuadas para impedir bloqueos motores y permitir la libertad en el movimiento y la deambulación, apostando de nuevo por el uso de la telemetría (1,6).

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Mayberry LJ, Strange LB, Suplee PD, Gennaro S. Use of upright positioning with epidural analgesia: finding observational study. *Am J Child Nurs.* 2003; 28 (3): 152-9.
2. Calais-Germain B, Vives N. Parir en movimiento. Las moviidades de la pelvis en el parto. Edit. Liebre de marzo. Edición 2009; 51-75.
3. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Protocolos de la SEGO. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. [monografía en internet]. Madrid: Documentos de la SEGO; 2008 [fecha de acceso 27 de noviembre de 2008]. Disponible en: <http://www.prosego.com/index.php>
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia para la Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud [monografía en internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007 [fecha de acceso 15 de Junio de 2008]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>
5. Riquelme R, Gutiérrez MM, Lagares FM, Lorite C, Moore T, Ruiz C. Influencia de las posiciones de la mujer sobre distintos parámetros en el proceso del parto. *Matronas Prof.* 2005; 6(4): 9-12.
6. Chapelle A, Carles M, Gleize V, Delamonica J, Lallia A, Bongain A, Raucoules-Aimé M. Impact of walking epidural analgesia on obstetric outcome of nulliparous women in spontaneous labour. *INT. J. OBST. ANHETH.* 2006; 15 (2): 104-8.
7. Lieberman E, Davidson K, Lee-Parriz A, Shearer E. Changes in fetal position during labor and their association with epidural analgesia. *Obstet Gynecol.* 2005; 105 (5 pt 1): 974-82.
8. Downe S, Gerrett D, Renfrew MJ. A prospective randomised trial on the effect of position in the passive second stage of labour on birth outcome in nulliparous women using epidural analgesia. *Rev Midwifery* 2004; 2 (2): 157-68.

9. Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Lozanov P, Husslein P, Mayerhofer K. Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome. *Wien Klin Wochenschr* 2003; 115(19-20):720-3.
10. Schiessl B, Janni W, Jundt K, Rammel G, Peschers U, Kainer F. Obstetrical parameters influencing the duration of the second stage of labor. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005; 118 (1):17-20.
11. Ank de Jonge MS, Marlies E, Rijnders B, Mariet Th. VanDiem MS, Peer LH. Scheepers Antoine LM, Lagro-Janssen MD. Are there inequalities in choice of birthing position? Sociodemographic and labour factors associated with the supine position during the second stage of labour. *Rew Midwifery* 2007; 25 (4) 439-48.

Versión Provisional - Preliminary Version

**POSTER 85**

**AUTORES/AUTHORS:**

Javier Yañez-Abuja, Montserrat Catalina-Pascual, María Begoña Sánchez-Gómez, Gonzalo Duarte-Clímets

**TÍTULO/TITLE:**

Evidencias para el Plan de Cuidados Estandarizado en Neo de Colon. Investigación secundaria.

Objetivos. Identificar e incorporar evidencia al Plan de Cuidados Estandarizados en Neo de Colon en el periodo postoperatorio consensuado por el grupo de trabajo colaborativo de la Gerencia de SACYL en el 2º semestre del año 2009.

Método. Revisión sistemática. Búsqueda, formato PICO y DECS- MeSH. Definición de intervenciones incluye lenguaje NIC. Búsqueda en los últimos cinco años: BVS, Medline, Cochrane, JBI, Cuiden, INAHTA; completada con búsqueda referencial y manual ampliada a diez años; restricción de idiomas español, inglés y portugués. Selección según diseño (revisiones sistemáticas, metanálisis o metasíntesis, ensayos clínicos aleatorios, y guías de práctica clínica basadas en evidencias), y criterios de calidad y homogeneidad metodológica evaluados con los instrumentos CASPe, y AGREE. Variables consideradas: pacientes en el periodo postoperatorio de Neo de Colon, cuidados de enfermería, NIC del plan de cuidados estandarizado, calidad de vida, satisfacción del paciente, efectividad, análisis costo-beneficio. Criterios de homogeneidad clínica: características de poblaciones e intervenciones extrapolables a nuestra población y práctica profesional. Obtención y extracción de datos mediante tablas de síntesis. Análisis de datos mediante desarrollo narrativo.

Resultados. Se han utilizado los términos MeSH-DECS: Colonic Neoplasms, Postoperative Period, Nursing Care, Care, Nursing, Postoperative Care, se han buscado los NIC que aparecen en el Plan de Cuidados estandarizado: Anxiety Reduction, Cough Enhancement, Venous acces device maintenance, Incision site care, Tube care, Teaching: disease process, Pain management, Bowel management, Ostomy care. Se han identificado 564 estudios, seleccionado 6 para lectura crítica, 1 revisión sistemática y 5 ensayos clínicos. La evaluación con los instrumentos de CASPE-AGREE da una puntuación mínima de 5-90%. Las evidencias obtenidas son de nivel bajo, escasa literatura sobre cuidados específicos de las intervenciones de la enfermera en la Neo de Colon. Sólo revisión sobre alimentación oral precoz y el ensayo aleatorizado controlado sobre preoperatorio intensivo, basado en la comunidad (educación vs estoma tradicionales) muestra nivel de evidencia alto.

Discusión. Nuestro resultado principal indica que no existen niveles de evidencia altos para las intervenciones NIC del PCE de Neo de Colon. Las limitaciones se refieren a las restricciones de idioma, la limitada disponibilidad de estudios que aporten un nivel de evidencia aceptable y la incorporación del lenguaje NANDA- NOC- NIC a la búsqueda. Las implicaciones del trabajo para la investigación futura se derivan de la necesidad de generar investigación primaria, y la de seguir incorporando el lenguaje NIC a la investigación secundaria.

Implicaciones para la práctica. Para la práctica clínica implica la necesidad de profundizar en las intervenciones de enfermería y la participación activa de la enfermería en la investigación multidisciplinaria. Para el desarrollo de la EbE implica incluir en los protocolos de revisión el lenguaje NANDA – NOC- NIC.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Linda Basse et al., "Colonic surgery with accelerated rehabilitation or conventional care," *Diseases of the Colon and Rectum* 47, no. 3 (Marzo 2004): 271-277; discussion 277-278.
2. Wai Quin Ng y Jane Neill, "Evidence for early oral feeding of patients after elective open colorectal surgery: a literature review," *Journal of Clinical Nursing* 15, no. 6 (Junio 2006): 696-709.
3. F Carli et al., "Postoperative protein metabolism: effect of nursing elderly patients for 24 h after abdominal surgery in a thermoneutral environment," *British Journal of Anaesthesia* 66, no. 3 (Marzo 1991): 292-299.
4. Sanjay Chaudhri et al., "Preoperative intensive, community-based vs. traditional stoma education: a randomized, controlled trial," *Diseases of the Colon and Rectum* 48, no. 3 (Marzo 2005): 504-509.
5. T Schricker et al., "Randomized clinical trial of the anabolic effect of hypocaloric parenteral nutrition after abdominal surgery," *The British Journal of Surgery* 92, no. 8 (Agosto 2005): 947-953.
6. P M King et al., "The influence of an enhanced recovery programme on clinical outcomes, costs and quality of life after surgery for

colorectal cancer," *Colorectal Disease: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland* 8, no. 6 (Julio 2006): 506-513.

Versión Provisional - Preliminary version

## POSTER 87

## AUTORES/AUTHORS:

Anabela de Sousa Salgueiro-Oliveira, Pedro Dinis Parreira, Rosinda M. Carnaz, Sónia C. G.Gomes, Branco Nuno, Ferreira Manuela

## TÍTULO/TITLE:

Cateteres venosos periféricos e incidencia de flebitis: influencia de algunas variables.

La inserción de cateteres venosos periféricos es indispensable en contexto hospitalar. Según el Centers for Disease Control and Prevention (2002), millones de punciones intravasculares se realizan cada año. Los enfermeros prestan, diariamente cuidados a enfermos que necesitan la inserción y vigilancia de estos dispositivos de inserción periférica, pudiendo contribuir de forma efectiva en la prevención de complicaciones, en particular la flebitis, sendo esta és la complicación más común (Lanbeck, Odenholt & Paulsen,2004; Malash et al, 2006).

## 1.Objetivos

Numerosos estudios sobre vías venosas periféricas, encuentran diversos factores de riesgo significativo relacionados con la aparición de flebitis. Este trabajo tiene como objetivos: Conocer la incidencia de flebitis en enfermos portadores de cateteres venosos periféricos com relación a variables asociadas al individuo, la punción venosa y medicación intravenosa.

## 2.Métodos

Fue realizado un estudio prospectivo observacional, a lo largo de seis semanas (30 de Enero a 12 de Marzo 2010), en un servicio de medicina de un hospital central. Diariamente, los enfermeros procedían a la observación del lugar de inserción de los cateteres venosos periféricos, en todos los enfermos portadores de esos dispositivos. Testaban también su funcionalidad.

Cualquier alteración que justificase la retirada/inserción de un catéter venoso periférico, era registrada en un instrumento de recogida de datos, construido y validado por un panel de peritos. El instrumento incluía también, variables asociadas a la persona (sexo, edad, dependencia, estado de consciencia, se estaba postrado en cama), variables relativas a la caracterización de la punción (unidad de inserción del catéter, lugar de inserción del catéter y el área anatómica, calibre y material del catéter, indicaciones de la venopunción, tiempo de permanência del catéter, apósito, causa de la retirada del catéter, número de catéteres) y variables relativas a la medicación intravenosa (sueroterapia, KCl, antibioterapia, número de antibióticos, dilución del antibiótico, frecuencia de medicación, outra medicación en infusión, perfusión continua o intermitente, bomba infusora). Fueron observados 1244 cateteres venosos periféricos, habiendo sido retirados/inseridos 372. De estos, 55 fueron eliminados por insuficiente relleno de los instrumentos de registro, quedando para análisis 317 casos.

Utilizado para el análisis de los datos, el S.P.S.S. versión 15.0.

## 3.Resultados

La media de edades era de 75,92 años, 79,7% estaban postrados en cama y 23,9% confusos.

La incidencia de flebitis fue de 11,1%. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la ocurrencia de la flebitis y variables asociadas a la persona. En relación a los aspectos relacionados con la caracterización de la punción, encontramos una relación positiva y estadísticamente significativas entre flebitis y punción realizada en los miembros inferiores ( $p = 0,015$ ). En lo que respecta a la medicación intravenosa administrada a través del catéter, se constató la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre la ocurrencia de flebitis y los siguientes factores: el enfermo tiene KCl ( $p = 0,043$ ) y tiene antibióticos prescritos ( $p = 0,009$ ) en los cuales la Levofloxacin ( $p = 0,049$ ) y Azitrimicina ( $p = 0,025$ ) presentaron una relación positiva.

## 4. Discusión

No considerando los casos eliminados y eventuales omisiones de registro, se obtuvo una incidencia de flebitis de 11,1%. A pesar de que la taxa obtenida se encuadra dentro de los valores encontrados en otras investigaciones, 3,7% a 67,24% según Salgueiro-Oliveira, Parreira & Basto (2009), este valor sobrepasa los 5% referidos por el INS (2006), indicando la necesidad de ser tomadas medidas que contribuyan a disminuir esta taxa.

Verificamos también la presencia de cateteres venosos periféricos en los miembros inferiores en 6,1%, de los casos, no siendo dada respuesta a las guidelines internacionales (CDC,2002; INS, 2006; RCN, 2010) que indican los miembros superiores para acceso venoso. No obstante, la dificultad en el acceso venoso es una realidad diaria con la que se debaten los enfermeros, siendo necesario



acceder a los miembros inferiores.

La administración de antibióticos y KCI, son factores que confluyen para la ocurrencia de flebitis.

Implicaciones para la práctica clínica: Las características habitualmente presentes en los enfermos de un servicio de medicina, concretamente, la edad y grados de dependencia elevados, no pueden por sí mismos justificar la ocurrencia de flebitis. La presencia de cateteres venosos periféricos, puede llevar a complicaciones derivadas de la influencia de diferentes factores que los enfermeros deben tener presentes durante la prestación de cuidados, minimizando su ocurrencia a través de una vigilancia de forma más sistematizada.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Centers for Disease Control and Prevention (2002) Guidelines for the prevention of intravascular catheter – related infections. Morbidity and Mortality Weekly Report. 51 (RR-10), 1-36.
- Cicolini, G., Bonghi, A., Labio, L., & Mascio, R. (2009) Position of peripheral venous cannulae and the incidence of thrombophlebitis: an observational study. Journal of Advanced Nursing. 65 (6), 1268-1273.
- Infusion Nurses Society (2006) Infusion Nursing: Standards of practice. Journal of Infusion Nursing. 29 (1suppl. T0), 1-92.
- Lanbeck, P.; Odenholt, I., & Paulsen, O. (2004) Perception of risk factors for infusion phlebitis among Swedish nurses: a questionnaire study. Journal of Infusion Nursing: The Official Publication Of The Infusion Nurses Society. 27(1), 25-30.
- Malasch, T., Jerassy, Z., Rudensky, B., Schlesinger, Y., Broide, E., Olisha, O., Yinnon, A., & Raveh, D. (2006) Prospective surveillance of phlebitis associated with peripheral intravenous catheters. American Journal of Infection Control. 34 (5), 308-312.
- Maki, D., & Ringer, M. (1991) Risk factors for infusion-related phlebitis with small peripheral venous catheters. Annals of Internal Medicine. 114 (10), 845-854.
- Powell, J., Tarnow, K., & Perucca, R. (2008) The relationship between peripheral intravenous catheter indwell time and the incidence of phlebitis. Journal of Infusion Nursing: The Official Publication of the Infusion Nurses Society. 31 (1), 39-45.
- Royal College of Nursing (2010) Standards of infusion therapy. Royal College of Nursing, 1- 94.
- Salgueiro-Oliveira, A.; Parreira, P.; Basto, M. (2009, November) Nursing care and occurrence of flebitis in patients using peripheral catheters: systematic literature review. Abstract book of XIII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería. Alicante.
- Tagalakis, V., Kahn, S., Libman, M., & Blostein, M. (2002) The epidemiology of peripheral veininfusion thrombophlebitis: a critical review. Am J Med. 113, 146-151.
- The Joanna Briggs Institute (2008) Management of peripheral intravascular devices. Best Practice: evidence-based practice information sheets for the health professionals. 12 (5), 1-4.
- Uslusoy, E., & Mete, S. (2008) Predisposing factors to phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: a descriptive study. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 20 (4), 172-180.

**POSTER 89**

**AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>ra</sup> Dolores Lara Lara, Carmen Segura Saint-Gerons, Rosario Alcantara Luque, Carmen Pedraza Rodriguez, Víctor Mengibar Pareja

**TÍTULO/TITLE:**

GESTION ENFERMERA DE LA CONSULTA DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES PORTADORES DE DESFIBRILADORES AUTOMATICOS IMPLANTABLES

**INTRODUCCION.**

La monitorización domiciliaria de los pacientes portadores de desfibriladores automáticos implantables (DAI), para el tratamiento de las arritmias malignas ha supuesto la introducción de un modelo de consulta de seguimiento y revisión de estos pacientes personalizada.

La utilización de las nuevas tecnologías repercute en una gestión eficaz en el seguimiento de estos pacientes estableciendo revisiones a demanda según los parámetros transmitidos de la monitorización domiciliaria.

**OBJETIVOS.**

Integración de un programa eficaz de gestión y monitorización para la programación de las citas para revisiones.

Evaluación de los datos recibidos para optimizar el tratamiento sin que el paciente se desplace al hospital.

**MATERIAL Y METODO.**

Estudio descriptivo, transversal , retrospectivo. Periodo de estudio: enero 2008- mayo 2010. Se han incluido todos los pacientes portadores de DAI en el programa de monitorización domiciliaria con tecnología Carelink (30 pacientes) y Home Monitoring ( 25 pacientes). La transmisión se realizó de forma automática a un servidor seguro por medio de una línea telefónica estándar en la plataforma tecnológica Carelink . Para Home Monitoring el equipo necesario: transmisor con tecnología de telefonía móvil, y una cuenta de correo electrónico, fax y/o teléfono móvil para SMS. Los mensajes o los e-mail vienen codificados mediante un sistema luminoso para alertas: rojo prioridad 0 y amarillo prioridad 1. La recepción de los datos con ambos sistemas se realizó en un ordenador personal con conexión a Internet.

**RESULTADOS.**

Dependiendo del modelo se revisaron los eventos transmitidos por el sistema Carelink y la cuenta de correo electrónico de Home Monitoring todos los días para ver los sistemas luminosos de alerta. El 55% de las transmisiones de Carelink tuvieron algún evento: 5.5% arritmias ventriculares malignas, el 9,4% detectaron insuficiencia cardiaca y el 28% arritmias auriculares. Con Home Monitoring se estudiaron las alertas con color rojo de los cuales (77,77%) eran de detección de arritmias malignas con terapia adecuada del DAI en 28 pacientes y sobre detección de onda T en 7 pacientes y el 22,23 % de disminución de impedancia y dos casos de falta de transmisión.

En los eventos de sobre detección y en los de disminución de impedancia hubo que gestionar revisiones extraordinarias para adecuar los parámetros a la situación vital de los pacientes. En los casos de no transmisión se llamó por teléfono a los pacientes para que conectasen el cardiotransmisor.

**CONCLUSIONES.**

La monitorización domiciliaria supone un seguimiento más efectivo de los pacientes portadores de DAI.

La monitorización nos sirve para , en caso de alguna disfunción del electrodo , terapia ineficaz... se pueda avisar por teléfono al paciente y programar una revisión extraordinaria para corregir aquellos parámetros inadecuados.

Implicación del personal de Enfermería en los cuidados, educación sanitaria y seguimiento de los pacientes portadores de DAI.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Peinado R, Torrecilla EG, Ormaetxe J, Álvarez M, Cózar R, Alzueta J, en representación del Grupo de Trabajo de Desfibrilador Implantable. Registro Español de Desfibrilador Automático Implantable (DAI) 2008. V Informe Oficial del Grupo de Trabajo de Desfibrilador Automático Implantable de la SEC. Rev Esp Cardiol. 2009;62:1435-49.

Lazarus A. Remote, Wireless, Ambulatory Monitoring of Implantable Pacemakers, Cardioverter Defibrillators and Cardiac Resynchronization Therapy Systems: Analysis of a worldwide Database. Pacing Clin Electrophysiol. 2007; 30(S2): S2-S12.

Burri H, Senouf D. Remote monitoring and follow-up of pacemakers and implantable cardioverter defibrillators. Europace. 2009;11:701-9.

Wilkoff BL, Auricchio A, Brugada J, Cowie M, Ellenbogen KA, Gillis AM, et al. HRS/EHRA Expert Consensus on the Monitoring of

Cardiovascular Implantable Electronic Devices (CIEDs): description of techniques, indications, personnel, frequency and ethical considerations. *Europace*. 2008;10:707-25.

Martínez Maestre MA, Ramos Cuadra A, González Cejudo C y Alvarez Nevado M. Un modelo de gestión de consultas en un centro de especialidades: implicación y comunicación de los profesionales como claves del éxito. *Rev Adm Sanit*. 2007;5(2):293-309.

Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC, Morales Asensio JM, Gonzalo Jiménez E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria. *Enferm Comunitaria* 2005; 1(1).

Versión Provisional - Preliminary version

## POSTER 90

### AUTORES/AUTHORS:

Inés Casado Verdejo, Carmen Bárcena Calvo, M<sup>a</sup> Pilar Marqués Sánchez, Salvador Postigo Mota, M<sup>a</sup> Carmen Cepeda Riaño, M<sup>a</sup> Isabel Galán Andrés

### TÍTULO/TITLE:

El optimismo como predictor y protector de un mejor envejecimiento cognitivo.

#### 1. Objetivo.

La pretensión de este trabajo es, movidos por la preocupación y empeño de conseguir que las personas mayores logren un envejecimiento lo más satisfactorio posible, y dado el carácter multidimensional del proceso de envejecimiento, conocer como se interrelacionan las dimensiones de optimismo, salud psicológica y memoria cotidiana en las personas mayores conforme transcurren los años, a fin de obtener resultados que permitan establecer bases predictoras y protectoras de un envejecimiento más activo y saludable.

#### 2. Métodos.

##### Participantes.

Han sido 154 las personas que han contestado a los cuestionarios, 62 varones y 92 mujeres, entre los 48 y los 87 años de edad. Se formaron tres grupos de edad según se describen a continuación.

Participantes en la investigación = 154 (62 varones y 92 mujeres)  
 Grupo 1: 48-58 años Grupo 2: 59-69 años Grupo 3: 70-87 años  
 Media: 52.78 (Dt = 2.87) Media: 63.48 (Dt = 3.26) Media: 76.15 (Dt = 4.70)  
 Varones = 29 Varones = 24 Varones = 9  
 Mujeres = 41 Mujeres = 28 Mujeres = 23  
 Total grupo 1 = 70 Total grupo 2 = 52 Total grupo 3 = 32

##### Instrumentos de medida o cuestionarios.

1. Cuestionario de memoria cotidiana (CMC). Es un cuestionario de 28 ítems, inspirado en Baddeley (1999). Se contesta a los 28 ítems usando una escala de tipo Likert de 5 puntos, para valorar con qué frecuencia ha tenido fallos de memoria en los tres últimos meses; indicando con 1 nunca o casi nunca, con 2 pocas veces, con 3 algunas veces, con 4 con frecuencia y con 5 muchas veces.
2. Cuestionario de Salud General, de Goldberg (GHQ-28). El GHQ-28 (Goldberg y Williams, 1996) lo componen 7 ítems por escala, 28 ítems en total. Cada ítem se puntúa de 0 a 3 puntos, puntuando más según sean mayores los problemas de salud. Las escalas son las siguientes por este orden: Síntomas somáticos, Ansiedad e insomnio, Disfunción social, Depresión. El GHQ-28 se puede utilizar de forma global para cuantificar la salud psicológica de los individuos, tal como se ha hecho en el presente trabajo, o bien se pueden utilizar las medidas de cada escala por separado para estudiar problemas de salud psicológica más específicos.
3. Cuestionario de Orientación Vital Revisado (LOT-R). Scheier y Carver (1985) desarrollaron inicialmente el test de optimismo denominado LOT para aportar un índice del optimismo disposicional. En un esfuerzo por mejorar las características internas del LOT, en 1994, Scheier, Carver y Bridges (1994) propusieron la forma revisada del LOT. La escala tipo Lickert de puntuación va de 0 (en total desacuerdo) a 3 (totalmente de acuerdo). En este trabajo con el LOT-R, la variable de optimismo se ha dicotomizado dividiendo los resultados por la mediana para formar dos grupos: LOT-R1 (bajos en optimismo) y LOT-R2 (altos en optimismo).

##### Procedimiento.

El trabajo se ha desarrollado a través de una revisión bibliográfica y del análisis de los datos que se obtuvieron de los sujetos a través de estudiantes de la Universidad de León, que pasaban los cuestionarios grapados y anónimos entre sus familiares y amigos.

### 3. Resultados.

Se obtuvieron las correlaciones entre las variables, realizando también análisis de varianza para Salud Psicológica y Memoria Cotidiana como variables dependientes. Las variables intersujetos o clasificadoras fueron la Edad (3 grupos) y el Optimismo (alto y bajo).

Analizados los datos obtenidos, observamos claramente como, con la edad, aumentan los problemas de memoria cotidiana, tal y como cabría esperar, pero resulta destacable la significativa correlación existente entre las variables de optimismo y salud psicológica autopercebida con la memoria cotidiana, de tal forma que, son mayores los problemas en aquellas personas mayores que presentan un menor grado de optimismo y una peor salud psicológica autopercebida.

Por otro lado es también significativa la correlación existente entre los resultados obtenidos en optimismo con los obtenidos para el grado de salud psicológica autopercebida, siendo mejor valorada por aquellos mayores que presentan un mayor grado de optimismo.

### 4. Discusión.

Hace no mucho tiempo, contemplando el futuro del optimismo como tema de debate y estudio, ponía de manifiesto Peterson, en el año 2000, la convergencia de las discusiones teóricas sobre el optimismo como aspecto inherente de la naturaleza humana con las investigaciones empíricas del optimismo como diferencia individual. Ello mostraba que el optimismo podía ser una característica psicológica beneficiosa vinculada al buen humor, a la perseverancia, al logro y a la salud física.

Parece demostrado, para los individuos sometidos a este estudio, que el optimismo actúa como factor predictor y protector de un mejor envejecimiento cognitivo, al menos en lo que se refiere a la memoria cotidiana, y un aspecto substancial en la autopercepción de la propia salud psicológica, aspecto éste que resulta también determinante de mejores resultados de memoria cotidiana, de tal forma que, el optimismo, sería una disposición del individuo a reforzar en nuestras intervenciones dirigidas a la atención y cuidado de los mayores, en favor de un envejecimiento más saludable.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Baddeley A. Memoria humana. Teoría y Práctica. Madrid: McGraw-Hill; 1999.

Goldberg D, Williams P. Cuestionario de Salud General GHQ. Barcelona: Masson; 1996.

Hatchett GT, Park HL. Relationship among optimism, coping styles, psychopathology, and counselling outcome. *Pers Individ Differ.* 2004; 36:1755-1769.

Hickox A, Sunderland A. Questionnaire and checklist approaches to assessment of everyday memory problems. En: JR Crawford, DM Parker, WW McKinlay, editors. *A handbook of neuropsychological assessment.* Hove (UK): Erlbaum; 1992. p. 103-113.

Lai JCL, Cheung H, Lee WM, Yu H. The utility of the revised life orientation test to measure optimism among Hong Kong Chinese. *Int J Psicol.* 1998; 33:45-56.

Peterson C. The future of optimism. *Am Psicol.* 2000; 55:44-55.

Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health*

Psicol. 1985; 4:219-247.

Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the life orientation test. *J Pers Soc Psychol.* 1994; 67:1063-1078.

Sunderland A, Harris JE, Baddeley A. Do laboratory tests predict everyday memory? A neuropsychological study. *J Verbal Learn Verbal Behav.* 1983; 22:341-357.

Vautier S, Arrufaste E, Cariou M. Dimensionality of the Revised Life Orientation Test and the status of filler items. *Int J Psychol.* 2003; 38:390-400.

Version Provisional - Preliminary version

## POSTER 93

## AUTORES/AUTHORS:

José Antonio Río-Orgeira, M<sup>a</sup> Victoria Martín-Miguel, Manuela Iglesias-Conde, Amelia Rodríguez-Souto, Cecilia Álvarez-Carrera, Isabel Fernández-Fernández, Carmen Virginia Rodríguez-Gómez, Ana Ferro-Castaño, Begoña Polo-Infante

## TÍTULO/TITLE:

ENTREVISTA MOTIVACIONAL Y ADHERENCIA A LAS PRESCRIPCIONES DIETÉTICAS EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2: ENSAYO CLÍNICO

## OBJETIVOS

1. Valorar la efectividad de la Entrevista Motivacional (EM) para modificar hábitos dietéticos de pacientes diabéticos tipo 2 (DM2)
2. Determinar si el buen cumplimiento dietético interviene en mejor control metabólico y de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) tras 1 año de seguimiento

## MÉTODO

Ensayo Clínico controlado, aleatorizado por profesionales de enfermería cuyo objetivo fundamental es medir la efectividad de la entrevista motivacional como instrumento de modificación de la conducta dietética a medio plazo en pacientes diabéticos tipo 2.

Ámbito: Atención Primaria. Área de Vigo

Sujetos de estudio: Pacientes diagnosticados de DM 2 atendidos por los enfermeros investigadores, en Centros de Salud del Área de Vigo.

Criterios de Inclusión: al menos 1 año después del diagnóstico, entre 45 y 65 años, no insulíndependientes, con IMC >25 y <33, autonomía físico-intelectual, sin dificultades económicas para hacer dieta y que den consentimiento informado de participar en el estudio. Se excluirán mujeres embarazadas y buenos cumplidores de los consejos higiénico dietéticos.

Intervención: Entrevista Motivacional en un grupo y atención propia de la práctica habitual en el otro

Tamaño de muestra: 51 sujetos en cada grupo. Alfa=0,5; potencia=0,9; diferencia 0,3 y un 20% de pérdidas

Variables: Se medirán al comienzo, 6 meses y al año

Centro de Salud, Terapeuta, Edad, Sexo, Nivel de instrucción, Apoyo familiar, Trabajo, Tiempo desde el diagnóstico, Complicaciones de la diabetes, Tratamiento farmacológico, Ejercicio físico: tipo, duración, frecuencia, (veces/semana), Peso, IMC, Perímetro abdominal, Presión arterial, hemoglobina glicada, colesterol total, LDL colesterol, HDL colesterol y Triglicéridos, Ingesta de grasas saturadas, de grasas insaturadas, de fibra y de alimentos restringidos. A través de: Encuesta alimentaria, cumplimiento dietético, cuestionarios cantidad/frecuencia. En cada visita del grupo de intervención: estado de motivación del paciente, según Prochaska e Diclemente, fases de la Entrevista Motivacional.

Análisis estadístico: descriptivos, Chi2 y Regresión Logística

- Comparación de los dos grupos, intervención y control, mediante Chi2, considerando que existe un buen cumplimiento dietético si se cumplen 4 de los siguientes criterios: disminuye el consumo de grasas saturadas, aumenta el de insaturadas y fibra, consumo menor de 1 vez al mes de alimentos restringidos y hay disminución de peso. Un cumplimiento dietético inadecuado si no se cumplen 2 o más de los criterios anteriores

- Estudiaremos si el buen cumplimiento dietético se relaciona con un mejor control metabólico (disminución  $\geq$  del 10% de colesterol total, LDL-colesterol y glico-hemoglobina) mediante regresión logística

## RESULTADOS

Participan 26 terapéutas (13 en el grupo de Entrevista Motivacional y 13 en el grupo Control) incorporan 116 pacientes en total: 60 en el grupo de EM y 56 en el de CH. Al final del año permanecen en el estudio 44 y 41 pacientes, respectivamente.

En la comparación inicial no detectamos diferencias entre ambos grupos respecto a su: nivel de instrucción, apoyo familiar, tipo de actividad, frecuencia y duración del ejercicio físico que realizan, ingesta de grasas saturadas, insaturadas, fibra y alimentos restringidos, exploración y analítica basales.

Al año de seguimiento el buen cumplimiento dietético según se ha definido previamente es mayor en el grupo de EM.  $P=0,007$  y

OR=6,750 (1,438-31,695)

Las variables que explican la pérdida de peso al año de seguimiento son la pertenencia al grupo de Entrevista Motivacional y la frecuencia con que se realiza ejercicio físico  $p=0,049$  OR= 2,130 (1,004-4,516)

Descensos iguales o mayores al 10% de triglicéridos se explican por la frecuencia de ejercicio físico (veces por semana)  $p=0,027$ , OR= 1,505 (1,048-2,160)

La disminución del perímetro abdominal se explica por el Buen Cumplimiento Dietético  $p=0,013$  y OR= 1,950 (1,153-3,297)

## DISCUSIÓN

La Diabetes Mellitus es un importante y creciente problema de salud.

La dieta y la realización de ejercicio físico son pilares fundamentales en el tratamiento y también en la prevención de la DM2.

La educación sanitaria de estos pacientes es tarea de los profesionales de Atención Primaria. Conseguir que los pacientes cambien sus hábitos inadecuados es un reto. Los esfuerzos de los profesionales de enfermería, abocan a la frustración después de un tiempo de tratamiento a estos pacientes. Por tanto, encontrar una técnica efectiva en este sentido es un apoyo y una herramienta muy útil en el quehacer diario de la Enfermería Comunitaria.

En nuestro estudio, no se ha controlado la técnica de EM aplicada por cada profesional puesto que no encontramos herramientas para realizarlo en el momento del diseño, por esto nuestros resultados pueden estar infravalorados ya que, en cualquier caso, el problema sería por defecto en dicha técnica.

Por tanto, la Entrevista Motivacional se muestra más efectiva para conseguir un buen cumplimiento dietético por parte de los pacientes que el asesoramiento tradicional y a su vez, este cambio de hábitos explica la mejoría de los parámetros clínicos de interés, en estos pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bosch Fontcuberta JM, Cebriá Andreu J, Masson Cirera J, Casals riera R. Estrategias para modificar actitudes en el marco de la entrevista clínica "la motivación para el cambio". Ponencia XIV Congreso De La Sociedad Española De Medicina Familiar Y Comunitaria.
2. Cabezas Peña M.C. Intervenciones efectivas en educación sanitaria. FMC;11(1):3-12
3. Carramiñana barrea Francisco; Durán García Santiago; Gómez Ruiz Fernando; Martín manzano losé Luís. Guía de buena práctica clínica en diabetes tipo2 . En Atención Primaria de Calidad. Ed. IM&C. Madrid.2003
4. Moore H, Summerbell C, Hooper L, Cruickshank K, Vyas A, Johnstone P, Ashton V, Kopelman P Asesoramiento dietético para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
5. Norris SL, Zhang X, Avenell A, Gregg E, Brown TJ, Schmid CH, Lau J Intervenciones de pérdida de peso no farmacológicas a largo plazo para adultos con diabetes tipo 2 (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Prochaska, J. y Diclementte, C.: Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative modelo f change. J. Counseling and Clinical Psych., 51: 390-5, 1983.
7. Rodrigo Córdoba García y GRUPO DE EDUCACIÓN SANITARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. guía nº 4 para ayudar a promover una alimentación saludable. PAPPS. SEMFYC.



8. The Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England Journal of Medicine* 2002; 346(6):393-403.
9. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine* 2001;344(18):1343-1350.
10. Vioque J, Gonzalez L. Validity of a food frequency questionnaire (preliminary results). *Eur J Cancer Prevention* 1991; 1(sup 1): 19-20

Versión Provisional - Preliminary Version

## POSTER 96

## AUTORES/AUTHORS:

Trinidad Revilla Villegas, Aurora Baraza Saz, Rita Pulido Justicia, M<sup>a</sup> Dolores Fiuza Pérez, Pino Sánchez Reyes, Víctor Guerra Arencibia, Belén Rodríguez Medina, Mónica Pérez Díaz, Elvira Martín Bou

## TÍTULO/TITLE:

Efectividad de una intervención en el estilo de relación de ayuda de las enfermeras en hospitalización.

Todas las personas tienen de forma latente o manifiesta, la capacidad de comprender y de resolver sus propios problemas de forma satisfactoria, si se facilitan unas relaciones humanas positivas (1). La relación de ayuda (RA) es un proceso de interrelación que se produce entre el enfermero y el paciente, en el que el enfermero capta las necesidades de la persona que necesita o solicita nuestra ayuda, utilizando prioritariamente la comunicación, con el objetivo de que el individuo descubra sus potenciales para afrontar su problema (2). La facultad de establecer una RA no es innata en la persona, sino que es necesario desarrollar una serie de habilidades (3).

Existen diferentes tipos de respuesta espontánea en el diálogo que tiene como objetivo ayudar a la persona, y que reflejan las diferentes tendencias en cuanto a la intención de ayudar a los demás (4).

Parece estar claro que si bien todos los estilos pueden tener su lugar en la relación de ayuda, es el estilo empático-participativo el que debería constituir el fondo del ser de los enfermeros en nuestra profesión (5).

En nuestro hospital, el estilo de respuesta predominante en la relación de ayuda (RA), es el estilo solución del problema (6).

Consideramos necesario llevar a cabo un programa de formación que genere cambios en las enfermeras, al proporcionarles herramientas adecuadas para conseguir un estilo de RA empático-participativo.

Objetivos: Evaluar la efectividad de una intervención, en la modificación del estilo de respuesta espontánea en el diálogo de la RA, de las enfermeras de hospitalización. Determinar la satisfacción con los cuidados de enfermería post intervención.

Método: Estudio prospectivo de intervención con medidas antes y después, en el que 39 enfermeras participan en un programa de intervención durante 6 meses. Se medirá el cambio en: estilo de RA, nivel de conocimientos y aplicabilidad de los mismos. La intervención se llevará a cabo en tres unidades de hospitalización, correspondientes a las especialidades de Medicina Interna y Cardiología de. El instrumento de medida será el ejercicio propuesto por Bermejo para identificar el estilo de RA y un cuestionario semiestructurado para registro de variables socio-demográficas y de opinión. Complementariamente se determinará la satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería, mediante el cuestionario SERVQHOS adaptado.

La intervención consistió en un curso teórico-práctico, dirigido a la adquisición de habilidades psicológicas para establecer la RA con pacientes hospitalizados. Divulgación con pósteres de los componentes de la RA y consejos, que estuvieron expuestos en las unidades piloto. Soporte documental, libros y artículos, del proceso de interrelación enfermera-paciente, de comunicación interpersonal, y de RA. Sesiones de enfermería para exponer casos y actuaciones interesantes para el grupo.

Resultados: realizamos una estadística descriptiva para conocer las características del grupo y encontramos una evidente mayoría de mujeres (73,4%), con edades comprendidas entre los 21 y 62 años ( $M=35,20$ ), que junto con una media de 11,60 ( $D=8,47$ ) años de profesión, nos ofrecen una visión de una enfermera experta, con turno de trabajo rotatorio en su mayoría (78%), con conocimientos normales en RA en el 52,4%, mientras que el 18,2% los considera escasos y el 24,5 buenos. Respecto al estilo de RA, antes de la intervención, encontramos el estilo solución del problema, como predominante (44,1%), frente a una respuesta empática del 26,5%. Mientras que después de la intervención, el estilo empático pasa a ser el más prevalente (42,4%), en detrimento del estilo solución del problema (24,2%), ya que los estilos apoyo-consuelo (6,1%), e investigador (24,2%), no se modificaron con la intervención. Analizamos de forma independiente los estilos que habían resultado sensibles a la intervención, después de la misma el OR de respuesta empática es de 2(0,7-5,7; IC 95%), lo que nos sugiere que hay una probabilidad mayor de adquirir una respuesta empática tras la intervención, a pesar de que el análisis inferencial de la X<sup>2</sup> no resultó ser significativo. Un resultado similar nos ofrece el análisis del estilo solución del problema, la intervención parece producir un cambio de este estilo con un OR 0,4(0,14-1,15), si bien tampoco resultó significativa.

La encuesta de satisfacción no muestra diferencias significativas antes y después de la intervención. Los pacientes resultaron altamente satisfechos con los cuidados de enfermería (95,3%).

Conclusiones: Las acciones emprendidas han logrado su objetivo principal, modificar el estilo de RA de las enfermeras, hacia un estilo acorde a nuestra profesión enfermera. No podemos acogernos a la sobrecarga asistencial y falta de tiempo, para no comunicarnos con los pacientes y dedicarles el tiempo que necesitan. Resulta imprescindible, seguir trabajando en esta dirección. En cuanto a la satisfacción, los resultados eran los esperados, es tan alta que no ofrece margen de mejora. No es un buen indicador para evaluar nuestra práctica asistencial.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Barcelona: Paidós; 1986.
2. Cibanal L. Interrelación del profesional de enfermería con el paciente. Barcelona: Doyma; 1991.
3. Iandolo C. L'assistenza psicologica al malato. Roma: Luigi Pozzi; 1986.
4. Chalifour J. La relación de ayuda en cuidados de enfermería. Una perspectiva holística y humanística. Barcelona: SG Editores, 1994.
5. Cibanal L., Arce MC. La relación enfermera paciente. Alicante: Universidad de Alicante, 1991.
6. Baraza A. Factores que influyen en la emisión de las respuestas espontáneas de las enfermeras en la relación de ayuda [Suficiencia Investigadora]. Las Palmas de Gran Canaria: ULPGC; 2004.

## POSTER 97

### AUTORES/AUTHORS:

Catarina Ferreira, Maria Monteiro, Armando Pereira, Conceição Rainho

### TÍTULO/TITLE

Burnout en enfermeros Equipos de Atención a las personas en situación de dependencia

1-Objetivo- analizar el Burnout atendiendo a los diferentes elementos del proceso.

En la actualidad el nuevo modelo de gestión en los servicios de salud obliga a buscar la calidad de los procesos y a extremar las medidas destinadas a la protección de la salud de los trabajadores. Las actuales tendencias de la salud laboral, ya no solo tienen en cuenta los riesgos físicos, químicos y biológicos, sino diversos factores psicosociales (OMS, 2002).

El Burnout es un tipo de estrés laboral crónico, que se verifica con más frecuencia en las profesiones caracterizadas por una relación constante y directa de ayuda con otras personas (Benevides, 2004; Moreno 2002). Para Christina Maslach y Jackson, el Burnout se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y ausencia de realización personal. (Moreno 1997; Queirós 2005). Estas tres dimensiones operacionales se entienden de la siguiente manera: i) agotamiento emocional: sensaciones de sobreesfuerzo físico que se producen como consecuencia del contacto con las personas que se tienen que atender; ii) despersonalización: falta de sentimientos e insensibilidad de los profesionales; iii) ausencia de realización personal en el trabajo: declive en el sentimiento de éxito laboral.

2-Métodos- Se ha diseñado un estudio observacional, descriptivo y transversal para alcanzar el objetivo planteado. El estudio se realizó entre Diciembre 2009 a Marzo 2010 en 117 enfermeros de diferentes Equipos de Atención a las personas en situación de dependencia, en región Norte de Portugal. Se adoptaron procedimientos para mantener la confidencialidad, por razones de veracidad de información y ético-legales. El género de la muestra es femenino (79,5%), la media de edades fue de 27,4 años. Se han utilizado como factores de estudio independientes las variables: sexo, edad, relaciones personales, nº de hijos, grado académico, variables laborales (equipo de atención, tipo de contrato, tiempo de experiencia profesional, turno, nº horas semanales de trabajo, interacción con los pacientes y los factores antecedentes del Burnout en el CBB. Para medir la variable dependiente se utilizó: CBB, integra 21 ítems, que evalúa de forma breve el proceso del Burnout: antecedentes síndrome y consecuencias. En todo el CBB, las escalas presentan un rango de respuesta de 0 a 5. La análisis estadística se realizó con programa (SPSS 16.0®). Ha sido utilizado el coeficiente de alpha Cronbach, para medir la coherencia interna de las respuestas del CBB. El análisis descriptivo resultó del cálculo de porcentajes, medias y correspondientes standard-deviación. Los testes paramétricos fueron utilizados, con atención a la naturaleza de la distribución de los valores o variabilidad de las medidas (distribución normal – Prueba Kolmogorov-Smirnov). El nivel de significación elegido fue  $p < 0,05$ . Se procedió al análisis de regresión lineal para predecir el valor de la variable dependiente (Burnout) basado en la variable independiente (Antecedentes).

3- Resultados

La fiabilidad que presenta el CBB fue observada través del coeficiente alpha Cronbach (0,875), el instrumento presenta un consistencia alta.

Los resultados descriptivos de los antecedentes síndrome de burnout y consecuencias, no superaron en ninguna escala de respuesta el punto central, indicando que las medias no son altas: antecedentes de burnout (2,2 d.e. 0,5); síndrome de burnout (2,4 d.e.0, 5); consecuencias (2,3 d.e. 0,7). A continuación se procedió a la análisis para obtener la relación existente entre la escala de antecedentes y el burnout, medidos por el CBB. Como puede observarse hay una correlación positiva y significativa  $r=0,693$ ;  $p < 0,01$ . En la análisis de regresión los resultados de  $b=0,681$ ;  $t=10,074$   $p < 0,01$  indica la pendiente de la recta, o cambio promedio en la variable dependiente por cada cambio de una unidad en la independiente, nos permitiendo estimar el valor esperado de la variable dependiente (S. Burnout), basado en la variable independiente (Antecedentes). En este estudio el coeficiente de determinación fue 47,5%, nos informa que los antecedentes explican cerca de mitad de la variación total del síndrome.

4- Discusión

Se observó el predominio del sexo femenino, pero no se asocia con el síndrome, confirmado en otros estudios (Moreno Jiménez 2002). La muestra es constituida por enfermeros con la media de edades de 27,4 años. Los participantes presentaron niveles moderados de Burnout, luego es fundamental adoptar estrategias de prevención definiendo programas específicos, con objetivo de proporcionar a los enfermeros uno ambiente laboral saludable, que podrá tener consecuencias no sólo personales, sino también organizacionales. En nuestra investigación encontramos que los antecedentes explican el 47,5% variación total del síndrome. Estos resultados parecen indicar que los antecedentes, de forma global, están relacionados con el aumento de los niveles de Burnout, lo

que está de acuerdo con el estudio de Moreno Jiménez et al.(1997). Así, es fundamental que la organización tenga en consideración estos antecedentes observados, cuando va a elegir una estrategia de prevención.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRARHÁ

- Benevides-pereira, A.M.T. (2002) – Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. S. Paulo, Casa do Psicólogo.
- Queirós, P. J. P. (2005): Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses. Coimbra: Edições Sinais Vitais.47-6.
- Moreno Jiménez, Bernardi [et al.] (2002) – Desgaste Profesional en hospitales: influencia de las variables sociodemográficas. “Rev. Rol de Enfermería”. Barcelona. vol.12, nº11,19-27
- Moreno jiménez, Bernardi [et al.] (1997) – La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. “Revista de Psicología del trabajo y las Organizaciones”. Vol. 13, n.º 2,185-207.
- O.M.S. (2000). The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance. Disponible en el World Wide, Web: <http://www.who.int/whr/>

**POSTER 101**

**AUTORES/AUTHORS:**

MARIA EMMA ALONSO PONCELAS

**TÍTULO/TITLE:**

**EFFECTIVIDAD DE LA FORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE EL GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS**

**OBJETIVO:** Evaluar la efectividad de la formación específica dirigida a profesionales de enfermería en el grado de cumplimiento de los registros en el Informe de Continuidad de Cuidados (ICCE).

**MÉTODO:** La evaluación se lleva a cabo en los ICCE realizados por los profesionales de enfermería al alta en los pacientes hospitalizados.

Se realiza estudio descriptivo transversal, antes (evaluación) y después (reevaluación) de realizar la intervención de la formación específica, en los ICCE seleccionados.

La muestra seleccionada de 60 informes en la evaluación se toma de la población de 572 ICCE realizados durante marzo, abril y mayo de 2009. La muestra en la reevaluación de 60 informes se toma de la población de 1100 ICCE realizados durante marzo, abril y mayo de 2010. El muestreo es aleatorio sistemático, seleccionando los casos en intervalo fijo.

Para evaluar las variables se construyen criterios específicos para definir la calidad del registro. Se realiza pilotaje de evaluación de fiabilidad de los criterios mediante pareja de evaluadores en una muestra de 30 ICCE, analizando concordancia observada, índice de kappa y prevalencia estimada

El instrumento utilizado para la obtención de datos es un cuestionario donde se refleja el cumplimiento, no cumplimiento o excepción, de los criterios, para cada uno de los ICCE seleccionados. Las variables son: 1. Antecedentes; 2. H. Tóxicos; 3. Alergias; 4. Diagnósticos NANDA; 5. Fecha I:Q.; 6. Aspecto herida; 7. Tratamiento; 8. Unidad; 9. Identificación profesional.

La formación específica se realiza sobre 39 profesionales de enfermería de las unidades de hospitalización. El contenido de la formación era específico sobre metodología enfermera, pensamiento crítico, utilidad y aplicabilidad de la continuidad de cuidados y cumplimentación del ICCE.

El análisis conjunto de ambas evaluaciones se lleva a cabo realizando estimación de la proporción de cumplimiento puntual y del intervalo de confianza de los criterios (nivel de calidad), tanto en la evaluación como en la reevaluación. Se realiza posteriormente estimación de la mejora conseguida tras la intervención de la formación (absoluta y relativa) y se calcula el grado de significación estadística.

**RESULTADOS:** Se comprobó la mejora en el nivel de calidad de los registros en el Informe de Continuidad de Cuidados al alta

-Al evaluar la recogida de problemas y antecedentes, la proporción de cumplimiento en la evaluación fue de  $p_1 = 83 \pm (9,5)$ , en la reevaluación fue  $p_2 = 88 \pm (8,2)$ . La mejora absoluta ( $p_2 - p_1$ ) fue de 5 puntos, con una mejora relativa ( $(p_2 - p_1) / (1 - p_1)$ ), de 0,294.

-En hábitos tóxicos, la proporción de cumplimientos en la evaluación fue de  $70 \pm (11,5)$ , en la reevaluación de  $73 \pm (11,2)$ . Mejora absoluta de 3 puntos y mejora relativa de 0,1.

-En alergias, la proporción de cumplimentación en la evaluación fue de  $87 \pm (8,5)$ , en la reevaluación  $90 \pm (7,5)$ . Mejora absoluta de 3 puntos, y mejora relativa de 0,230.

-Utilización de diagnósticos enfermeros NANDA, la cumplimentación en la evaluación es del  $97 \pm (4,3)$ , en la reevaluación  $98 \pm (3,5)$ . Mejora absoluta de 1 punto; mejora relativa de 0,333.

-En registro de las fechas de realización de la Intervención quirúrgica, la proporción de cumplimientos en la evaluación es de  $18 \pm (9,7)$ , en la reevaluación de  $33 \pm (11,8)$ . Mejora absoluta de 15 puntos, mejora relativa de 0,182.

-En el criterio "recoge el aspecto de la herida". La proporción de cumplimiento en la evaluación es de  $10 \pm (7,6)$ , en la reevaluación de  $13 \pm (11,8)$ . Mejora absoluta de 3 puntos y mejora relativa de 0,033.

-En "registro del tratamiento de la cura de la herida". La proporción de cumplimiento en la evaluación es de  $58 \pm (12,5)$ , en la reevaluación  $60 \pm (12,3)$ . Mejora absoluta de 2 puntos, mejora relativa 0,047.

-En el registro de la unidad. La proporción de cumplimiento en la evaluación es del  $83 \pm (9,5)$ , en la reevaluación  $98 \pm (3,5)$ . Mejora absoluta de 15 puntos. Mejora relativa de 0,882.

-En la identificación del profesional la proporción de cumplimiento en la evaluación fue de  $70 \pm (11,5)$ , en la reevaluación de  $91 \pm$

(7,2). Mejora absoluta de 21 puntos y mejora relativa de 0,7.

Se observa que en todos los criterios la mejora es estadísticamente significativa. Confianza 95%, Z 1,96, error alpha = 0,05.

Se realiza representación gráfica mediante diagrama de barras, gráfico de estrellas comparativas de los porcentajes de cumplimiento de cada criterio para cada evaluación.

**DISCUSIÓN:** Los resultados indican que la intervención de formación específica sobre la realización del ICCE fue efectiva ya que hay una mejora en el cumplimiento de los registros evaluados. La reevaluación se ha realizado para medir la efectividad de la formación o enfocarla en otra dirección.

**IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA:** Se realizará nueva reevaluación en diciembre de 2.010, tras la realización de la formación programada en septiembre, octubre y noviembre, reforzando la importancia de los registros menos cumplimentados.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- De Paz D, Galdeano N, Garrido M, Lacida M, Martín R, Morales JM, Pérez R, Sánchez N, Terol J. Continuidad de Cuidados entre Atención Especializada y Atención Primaria. Comisión para el desarrollo de la enfermería en el Servicio Andaluz de Salud. Servicio Andaluz de Salud.
- Castillo C, Pitarch T, García MC: Análisis informe Continuidad de Cuidados según criterio enfermero. Enfermería Global. Febrero 2008. Nº 12. <http://www.um.es/eglobal/>. ISSN: 1695-6141
- G Ogrinc, S E Mooney, C Estrada, T Foster, D Goldmann, L W Hall, M M, Huizinga, S K Liu, P Mills, J Neily, W Nelsoln, P J Pronovost, L Provost, L V Rubenstein, T Speroff, M Splaine, R Thomson, A M Tomolo and B Watts: The SQUIRE (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence) guidelines for quality imporvement reporting: explanation and elaboration. Qual. Staf. Health Care 2008;17;i13-i32. <http://qshc.bmj.com/cgi/content/full/17/Supp1/i13>.
- López T, Abuyas A, González I. Estrategias para mejorar la calidad: estandarización, personalización y continuidad de los cuidados en hemodiálisis.
- Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados de Enfermería entre ámbitos asistenciales. Dirección General de Programas Asistenciales Servicio Canario de Salud. Servicio Canario de Salud.
- Saturno PJ, Gascón JJ: Identificación y priorización e oportunidades de mejora. Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 3: Actividades básicas para la mejora continua: Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora. Unidad Temática 10. 1ª Ed. Universidad de Murcia, 2008. ISBN: 978-84-8371-754-7. Depósito legal: MU-1655-2008.
- Saturno PJ: Análisis y presentación de los datos de una evaluación. Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 3: Actividades básicas para la mejora continua: Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora. Unidad Temática 16. 1ª Ed. Universidad de Murcia, 2008. ISBN: 978-84-8371-754-7. Depósito legal: MU-1655-2008.
- Ubé JM, Urzanqui M, Rodríguez C, Blasco M, Ascarza S, Musitu V. Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. Nure Investigación, nº 24. Sept-Octubre 06

## POSTER 107

## AUTORES/AUTHORS:

Maria Narcisa Gonçalves, Rosa Maria Freire

## TÍTULO/TITLE:

Estilo de liderazgo "laissez-faire" una realidad en los servicios de enfermería?

1. Objetivos: Identificar y analizar el estilo de liderazgo "laissez-faire" que es evidente en la gestión de los servicios de enfermería en los hospitales. Caracterizar el perfil del líder "laissez-faire" de los servicios de enfermería de los hospitales.
2. Métodos: Se desarrolló un estudio tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra constó de 125 gerentes de enfermería de cinco hospitales do Oporto y Vale do Ave; Los datos fueron obtenidos con la aplicación del Cuestionario de Liderazgo desarrollado por Bass y Avolio (1999), el Cuestionario Multifactorial de Liderazgo® (MLQ) y un cuestionario para evaluar los factores socio demográficos de la muestra.  
Se calcularon las frecuencias y promedios. Los promedios se compararon usando lo t-test y ANOVA (análisis de varianza) a identificar las características que mejor definen los grupos previamente discriminados y por lo tanto las comparaciones dentro de la muestra se realizaron.
3. Resultados - Se encontró que el 4% de los participantes dijeron que a menudo utilizan los atributos del liderazgo "laissez-faire" en el ejercicio de su liderazgo en los servicios de enfermería. En cuanto a liderazgo transaccional, el 69% de los participantes dijeron que a menudo utilizan los atributos de este durante el transcurso de su liderazgo en los servicios de enfermería. Los resultados del estudio revelan que el estilo de liderazgo "laissez-faire" es el menos utilizado. Resultados similares se encontraron en el estudio de Avolio (2004). En los factores que influyen en la percepción del liderazgo "laissez-faire" fueron:
  - La edad de la gerente de enfermería, gerente de enfermería de más edad (edad de 55-59 años), 1,43 de promedio perciben con más frecuencia el liderazgo laissez-faire de que los más jóvenes.
  - El estado civil de los gerentes de enfermería, las gerentes de enfermería con el estado civil de viudo (promedio 1,78), son aquellos con mayor puntuación en la percepción de liderazgo "laissez-faire".
  - El grado de las gerentes de enfermería, las gerentes de enfermería con grado de bacharelato (promedio 3,39) tienen promedios más altos que los que tienen licenciatura o máster en la percepción de liderazgo "laissez-faire".
  - La duración de la experiencia profesional, las gerentes de enfermería, con 35-40 años de servicio (promedio 1,66), se percibe el liderazgo "laissez-faire" más a menudo seguidos de los de menos antigüedad.
4. - Discusión:  
El liderazgo "laissez-faire" en sí, es decir, la falta total de liderazgo. Estés (no-) gerentes eviten emprender en asuntos de mayor importancia, suelen estar ausentes cuando sea necesario, eviten tomar decisiones y dar respuestas a preguntas urgentes. Esta forma de liderazgo tiene un impacto negativo en el desempeño organizacional.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Avolio, B. J. (1999), Full leadership development; Building the vital forces in organizations. London; Sage.

Bass, B.M. (1998). Transformational leadership: Industry, military, and educational impact. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. Bass, Bernard. (1990). Bass & Stogdill's Handbook of Leadership. 3. ed. New York: The Free Press.

Bass, B. M.; Avolio, B.J. (1999), Training full range leadership; A resource guide for training with the MLQ, California; Mind Garden.

Bass, B. M.; Avolio, B.J. (2000). MLQ Multifactor Leadership Questionnaire. 2.Ed. Mind Garden, Inc.

Bass, B.; Avolio, B. (2002). The Multifactor Leadership Questionnaire is the measure of transformational leadership and a full range of leader behaviors. Mind Garden, Inc. Disponível em <http://www.mindgarden.com/docs/MLQBrochure.doc> Acesso em: Dezembro, 2007.



Bass, B. M.; Avolio, B.J. (2004), Multifactor Leadership Questionnaire; Manual and Sampler Set, 3.<sup>a</sup>Ed. Gallup Leadership Institute, California; Mind Garden.

Versión Provisional - Preliminary Version

## POSTER 111

**AUTORES/AUTHORS:**

Solrun G. Holm, Jeanette Andersen, Bjørg Berger, Reidun Espeland, Renate Henningsen, Tom Andre Klæbo, Karoline Myrvold, Lill Nilsen, Renate Skaugvollidal

**TÍTULO/TITLE:**

Antiembolism stockings to bother

**Objectives:** Correctly used, protects antiembolism stockings against the development of deep vein thrombosis (DVT) in patients admitted to hospitals that are at risk (1). In this study, the authors wanted to see which experience the nurses had with the use of these stockings, and what training they had received about follow-up of patients who used antiembolism stockings.

**Methods:** The scene of the study is medical- and surgical wards in hospital. Design: Survey, a pilot- study. The authors developed a questionnaire that they tested in a pilot study on 50 nurses on one surgical ward and two medical wards at a Norwegian hospital. The responses were recorded in Google Spreadsheets.

**Findings:** In this pilot study the response rate was 33%. The authors believe that the cause for this was that the questionnaire was too comprehensive. Even with such a low response rate, the responses showed that the nurses had experienced complications such as stasis, pain, skin breaks, ulcers, blisters, skin necrosis, and itching. They also experienced that the antiembolism stockings were incorrectly fitted to some of the patients for example, they were wrinkled or the gusset was in the wrong place. In some cases it was difficult to find appropriate stockings when the selection was too bad at the wards. There was also the uncertainty about how long patients needed to wear their antiembolism stockings, and on what indications stockings should be used. With regard to skin care the answers show that it is mainly used oil-based skin cream, which reduces the impact and elasticity of the anti embolic stockings. Otherwise, there was wide gap in responses to how often the stockings should be removed for inspection of the skin. More than 50 % of the nurses who responded had not received training in the fitting and use of these stockings. There were no procedures for daily control of the use of antiembolism stockings.

**Discussion:** The findings in this pilot study are congruent with findings from previous studies that also shows problems with improper usage and incorrect fitting of antiembolism stockings (2,3). Poorly fitted antiembolism stockings increase the risk that the patient develops thrombosis. Implications for nursing practice are that health professionals need training in proper usage and fitting of antiembolism stockings to prevent complications in patients. Evidence-based procedures needs to be made accessible to direct care nurses, and followed.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- (1) NICE. Reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital. National Clinical Guideline Centre - Acute and Chronic Conditions; 2009.
- (2) Walker L, Lamont S. The use of antiembolic stockings. part 2: a clinical audit. Br J Nurs 2008; 17(1):32-6.
- (3) Winslow EH, Brosz DL. Graduated compression stockings in hospitalized postoperative patients: correctness of usage and size. Am J Nurs 2008;108(9):40-50.

**POSTER 112****AUTORES/AUTHORS:**

Solrun G. Holm, Kristine Børresen, Rakel Vinje Fygle

**TÍTULO/TITLE:**

From the use of restraints to the use of confidence establishing interventions

**Objectives:** In Norway there was in 2009 a new chapter in the Patient Rights Act about the necessary health care to patients who lack consent competence and oppose health care. The purpose of this study was to see if the new chapter in the law led to increased use of restraints in dementia care or whether it contributes to preventing the use of restraints.

**Methods:** The survey was conducted in nursing homes. It is a descriptive study where data was collected through in-depth interviews with three nurses from two nursing homes. The interviews were recorded and transcribed by the authors. The content of the interviews was then thematized in seven categories. • The need for this law, • Knowledge of statutory content, • Most used restraints, • Changes for nurses, • Changes for patients, • Difficulties in implementing the law, • Confidence establishing interventions.

**Findings:** Main finding was that the new law meant that nurses were more aware of adopting confidence establishing interventions before the use of restraints. The nurses felt that the new law had made daily life better for the demented. Otherwise, the interviews showed that the most common form of restraints in a nursing home was the use of bedrails, being strapped into bed and strapped in a chair, use of force or pressure in medical treatment and use of force or pressure in ADL.

**Discussion:** In this study it was revealed that the need for such a law was great. Before the law came, the nurses were less conscious of the use of restraints and, in some cases restraint had been routine. In one nursing home they had developed good procedures for what should be considered before it was appropriate to use restraint. In the second nursing home, they had not come as far to establish new routines according to the law. Efforts to develop confidence establishing interventions included what Martinsen (1) says that nurses must accept the resources and limitations to patients with dementia, and not intervene to declare the patients to be without legal capacity unless it is absolutely necessary. The consequence in practice is that the law has made health professionals more aware of the rights of patients with dementia and the use of restraints seems to be less.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

(1) Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays. [Oslo]: TANO; 1989.

## POSTER 113

## AUTORES/AUTHORS:

Hülya Üstündağ, Serpil Yıldız, Ümmü Yıldız Findik, Jülide Yıldız, Feriste Arasan, Halil Ünalın

## TÍTULO/TITLE:

THE SELF-EFFICACY LEVELS AND COPING STRATEGIES OF PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY

## OBJECTIVES

Determining the self-efficacy levels of patients with spinal cord injury and assessing the relationship between the self-efficacy levels and strategies of coping with stress among these patients.

## METHODS

The study was conducted with paraplegic patients who had spinal cord trauma in November, 2006 – October, 2007. 50 patients who referred to the Istanbul University participated in the study. The participants were aged 20 years old or older and agreed to take part in this study. Permissions were taken from the clinic and the patients.

Three instruments were used for gathering data. These included an information form, a scale of self-efficacy and a scale of coping strategies.

1. Information Form: This form consisted of 15 questions about socio-demographic and illness-related variables.
2. Scale of Self-Efficacy (SSE): This scale was developed by Sherer et al. (1982). The reliability and validity study of the Turkish version was conducted by Gozum & Aksayan in 1999(3). The scale measures the overall and non-specific perception of self-efficacy. The maximum score is 115 and the minimum score is 23. Higher scores indicate elevated levels of the self-efficacy perception. The scale has four factors, which are; (i) behavior initiation (BI), (ii) maintaining behavior (MB), (iii) completing behavior (CB), and (iv) encountering obstacles (EO).
3. Scale of Coping Strategies (SCS): The original form of the scale was developed by Amirkhan (1990). The reliability and validity study of the Turkish version was conducted by Aysan (1994). The scale is used for measuring coping strategies under stressful conditions. The scale has three factors: (i) problem solving (PS), (ii) seeking social support, (SSS) and (iii) avoidance (A). Each subscale has scores between 11-33.

## Ethical considerations

The study was approved by the research ethics committee of the study site.

## Data analysis

Percentiles were calculated. The Mann-Whitney U and Kruskal Wallis tests were used for investigating the difference between group means. The Pearson correlation test was utilized for determining the relationship between SSE and SCS.

## RESULTS

60% of the patients were male. 54% graduated from primary school. 70% lived in a metropolis. 56% were single and 64% had children. 29% of the patients were unemployed. The mean age of the group was 37.1.

The mean SSE score was  $87.36 \pm 11.97$ , mean for BI was  $30.72 \pm 6.06$ , mean for MB was  $25.84 \pm 4.73$ , mean for CB was  $20.92 \pm 3.73$ . These scores are in the upper-medium range. The mean of EO was  $9.88 \pm 2.52$ , which is in medium range.

Mean scores for the subscales of the SCS is as follows:  $28.22 \pm 3.11$  for PS (high),  $23.28 \pm 4.38$  for SSS, and  $22.72 \pm 3.12$  for A (both upper-medium).

In order to assess the patients' views on SCS and levels of SSE, the Pearson correlational analysis was conducted. There was a positive relationship between SSE and all subscales of SCS ( $p < 0.005$ ). There was a positive relationship between the BI, MB, CB, and EO subscales of SSE and the subscale EO of SCS ( $p < 0.05$ ). There was also a positive relationship between the CB subscale of SSE and all subscales of SCS.

## DISCUSSION

Our result show that the SSE level of patients was nearly moderate. Individuals with a low self-efficacy are averse to renovations and they avoid new experiences. Individuals with a high self-efficacy, on the other hand, are able to overcome struggles and cope with problems since they can control their environment better (4,9,10). Similarly, Kaya and Acaroglu reported that patients with spinal cord traumas have moderate independence scores (7).

The SCS subscale scores of PS was high, SSS and A were above average. It is generally possible to distinguish coping strategies as problem-oriented and emotion-oriented. Problem-oriented coping involves coping strategies related to the main source of the problem and the latter involves coping with the emotional reactions caused by the main source. In other words, coping strategies could be

defined as active and passive coping. Active coping involves behavioral or psychological responses regarding changing or eliminating the stressor whereas passive coping involves behaviors oriented toward avoiding the stressor (4,8,9,15). The high PS score means among our patients indicate that they most frequently use this coping strategy. Studies conducted by Keskin et al. (9) and Karabulutlu et al. (6) among different patient groups show that problem-oriented coping is more frequent. There was a positive correlation between all subscales of SSE and the problem solving subscale of the coping scale ( $p < 0.05$ ). This finding is consistent with the literature (1,2,4,5,6,9,10,11,12,13,14,15). The positive correlation between the CB subscale of SSE and all subscales of SCS is similar to Gozum's findings (4). These results reflect the determination to complete an act and self-confidence. The individual's positive beliefs about himself/herself contribute to the perception of being able to cope with stress.

#### CONCLUSION

Studies have shown that people who implement successful coping strategies in different conditions are likely to exhibit higher levels of overall self-efficacy.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. DeSanto S.: The meaning of living with spinal cord injury 5 to 10 years after the injury, Western Journal of Nursing Research (West J Nurs Res), 28:3, 265-289,2006
2. Damrosch S.: General strategies for motivating people to change their behavior, Nursing Clinics of North America, 26:4, 833-843,1991.
3. Gözüm S., Aksayan.: Öz-etkililik- yeterlik ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği, Atatürk Üniv. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 2:1, 23-33,1999.
4. Gözüm S.: Öz-etkililik- yeterlik ölçeğinin Türkçe formunun yapı geçerliliği, öz-etkililik- yeterlik ile stresle basa çıkma algisi arasındaki ilişki, Atatürk Üniv. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 2:1, 33-43, 1999.
5. Hanci M.: spinal travma olgularında kurtarma ve tasima, Nörotravma Sempozyumu Kitabı, ss137-149, İstanbul, 2004.
6. Karacan I., Koyuncu H., Pekel O., et.al.:Traumatic spinal cord injuries in Turkey: a nation-wide epidemiological study. Spinal Cord, 38-11, 697-701,2000.
7. Kaya H., Acaroglu R.: Omirilik yaralanması olan hastalarda hemsirelik bakımı ve eğitiminin bağımlılık- bağımsızlık ve öz-bakım gücü üzerine etkisi, Türk Nörosürji Dergisi, 15:1, 56-68, 2005.
8. Keskin GÜ., O F.:Öğrencilerin öz etkililik- yeterlilik düzeyleri ile basa çıkma stratejilerinin incelenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi,7:92-99, 2006.
9. Middleton J, Tran Y, Craig A, Relationship Between Quality of Life and Self-Efficacy in Persons With Spinal Cord Injuries Arch Phys Med Rehabil 88:1643-8, 2007.
10. North NT.: The psychological effects of spinal cord injury: a review. Spinal Cord 37:1, pp671-679, 1999.
11. Peker Ö., Senocak Ö., Akalin., Bircan., Öncel S.: Travmatik spinal kord yaralanmalı hastalarımızın klinik özellikleri ve rehabilitasyon 2000.
12. Türeci E.: Spinal Travmada Yogun Bakım, Nörotravma Sempozyumu Kitabı,ss163-171, İstanbul, 2004.
13. Ünal H., Gençosmanoglu B., Akgün K., et all.:Quality of life of primary caregivers of spinal cord injury survivors living in the community: controlled study with short form-36 questionnaire, Spinal Cord 39, 318-322, 2001.
14. Yu Chena H, Booreb JRP, Mullanb FD.:Nursing models and self-concept in patients with spinal cord injury-a comparison between UK and Taiwan. International Journal of Nursing Studies 42:1 255-272, 2005
15. Zengin N.: Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde öz-etkililik-yeterlik algisi ve klinik uygulamada yaşanan stresle ilişkisinin incelenmesi, Atatürk Üniv. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi,10:1, 2007.

## POSTER 118

## AUTORES/AUTHORS:

Ukke Karabacak, Zehra Kan Onturk, Fatma Eti Aslan, Sehiban Serbest, Nermin Olgun

## TÍTULO/TITLE:

EMPATHY LEVELS OF NURSING STUDENTS? Results after 1 year of observations

## INTRODUCTION

The main component of helping relation in nursing profession, the base of which is centered around helping individuals in every condition in everywhere, is empathy. That is why nursing education is expected to improve empathy skills of students. In this research, the goal is to determine the empathy level of students who chose to receive nursing education and to find out the affects of taking courses in psychology, assessment of health, fundamentals of basic principles and practices of nursing during the 1st year of their studies to the empathy levels of nursing students.

## IMPLEMENTATION AND METHODOLOGY

This research is a descriptive and cohort study.

Population and Sample: The population of the study is composed of freshmen studying in Nursing Department of a private university in Istanbul. (N=100)

Accumulation of data: With the approval of ethics board, a work permit is received from relevant institutions during the planning stage.

The students participated in the research on a voluntary basis. In line with this, a permission form, which explained that Empathy Skills Scale is needed to be filled in planned dates as a part of this cohort type research, is received from the participants. The data for the first stage is accumulated on 19th of October, 2009, the first week of students at the university whereas the data for the second stage is accumulated at the end of the 1st semester, at 18th of January, 2010

Data accumulation tools

Student Identification Form is composed of 17 questions about socio demographic characteristics of students.

Empathic Skills Scale (ESS) measures the ability to express the empathic understanding verbally in emotional and cognitive dimensions. The distribution of scores in the scale is between 62 and 219 points. The scores in the interval between 75-129 points is regarded as low, between 130-157 as intermediate and between 158-211 points as high empathy level.

The assessment of data: Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 11.5 is used in order to calculate percentages, average distributions, standard deviation and paired sample "t" tests.

## FINDINGS AND DISCUSSION

In the research it is determined that 90 % of participants are women and that all of them are single whereas 59 % of them are from outside of Istanbul and 40 % of them stay in dorms. The average of participants is 19.7 and 42 % of them have graduated from high level public schools.

The average level of empathic skills of students before nursing education is determined as 127.9 points. Furthermore it is also found out that 47 % (n=47) of students had low, 37 % of them (n=37) had intermediate and 6 % of them (n=6) had high empathy skills.

These figures are evaluated again at the end of 1st semester and the average level of empathic skills of students is found out to be 124.5. The data demonstrated that 48 % (n=48) of students had low, 29 % of them (n=29) had intermediate and 4 % of them (n=4) had high empathy skills

## CONCLUSION

According to the results of the study, it can be said that awareness about empathy has not been generated among 1st year students. This may be due to the focus of nursing education on getting to know the healthy individual in the 1st year of studies. The development of empathic skills in students should be followed in future periods as well. In line with this, according to a study conducted in Sakarya University, it is determined that the empathy skills of students differ depending on what class of the university education they are in and that their empathic skills are much higher in the 4th year.

As a result, it is recommended to develop empathy skills of students as a part of education for the nursing profession and that the development should be followed during the education period.

Key words: Nursing, empathy, empathic skills

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Brunero S, Lamont S, Coates M. A Review Of Empathy Education in Nursing. *Nursing Inquiry* 2010; 17: 65–74
2. Çinar N, Cevahir R, Sahin S, Sözeri C, Kuguoglu S. Evaluation of the empathic skills of nursing students with respect to the classes they are attending. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2007; 09 (3): 588 – 595
3. Kruijver IPM, Kerkstra A, Francke AL, Bensing JM, van de Wiel HBM. Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling* 2000; 39: 129–145
4. McMillan LR. Teaching Nursing Students Empathic Communication: A Mandate from the Code of Ethics for Nursing. *The Online Journal of Health Ethics* 2010; 6(1): 1-12.
5. Reynolds W, Scott PA. Nursing Empathy and Perception of the Moral. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 6(5): 363-375.
6. Tamaya K, Chiaki K. A Study of Nursing Students' Empathy by Comparative Studies of the Academic Years-The Diachronic Study between the Two Cross-Sectional Studies- *Journal of Japanese Society of Nursing Research* 2005; 28 (5): 81-86.
7. Wikström BM. Work of Art Dialogues: An Educational Technique by Which Students Discover Personal Knowledge of Empathy. *International Journal of Nursing Practice* 2001; 7(1): 24-29.

## POSTER 124

## AUTORES/AUTHORS:

KA LING FONG

## TÍTULO/TITLE:

STUDENT NURSES' PERCEPTION OF THE INSTRUCTIONAL QUALITY AT A PRIVATE NURSING COLLEGE IN SELANGOR, MALAYSIA

## Background:

Education is one of the service industry and becoming competitive and commercialize among nursing universities/colleges. The quality of the education shapes the future nation and its profession in nursing. This nursing college looking for ways to enhance effectiveness in educational instructions towards students' satisfaction and sustaining the quality of it's' profession. One of the emerging philosophies of management is by applying TQM concepts in educational instruction.

## Objective:

The purpose of this study is to examine the quality of instruction within the ambit of Total Quality Management (TQM) and its relationships with student nurses' satisfaction at a Private Nursing College in Selangor, Malaysia.

## Methodology:

The instrument used was the 80 items adapted from 16 dimensions in the TEVALs (Teaching Evaluation). A 5-point Likert Scales method used to explore the students' perception. 250 student nurses were participated in this study with response rate of n= 96.3%. Analysis were on the instructional attributes that help to shape the climate for learning and excellence in students' study; relationship between instructional quality principles and student nurses' satisfaction of their learning environment; the main factors contribute to student nurses' satisfaction and the difference in instructional quality principles and student nurses' satisfaction of their learning between senior and junior groups of student nurses.

## Results:

The results showed a significant positive correlation between the instructional quality characteristics and the student nurses' satisfaction. Secondly, there is no significant different between senior and junior student nurses satisfaction on instructional quality principles of their learning but both groups were associated. Thirdly, there is a significant different between student nurses' ethnicity and semester on their perceptions of instructional quality while no significant different on their age and entry requirement on their perceptions of instructional quality. Next, the main factors contributed to student nurses' satisfaction were physical classroom environment, facilitation skills, reflection and professional development, communication and recognition of students' prior learning. The overall finding reported that there is a significant correlation between instructional quality and student nurses' satisfaction in their learning.

## Discussion:

The majority of them came from the younger age group (91.2%). Therefore, the teaching methodology is required to be designed for and to cater to the younger age population of student nurses. There was a strong relationship between ethnicity and the instructional quality, and between the student nurses' semester levels and the instructional quality. Malaysia is a multicultural country and its population consists of various ethnic groups. Different ethnic groups vary from each other to some extent, in their perceptive thinking, their analyzing of certain contextual issues and their value concepts. The top three quality instruction characteristics (with the top three scores) as perceived by the student nurses of the nursing college were the characteristics of the lecturers, followed by knowledge of field and communication. Student nurses were happy and satisfied with their lecturers who were responsible, committed towards teaching, neat and organized, and these lecturers were a good role model for the student nurses. In contrast, the lowest average mean scores for the quality instruction characteristics belonged to the physical classroom environment, followed by appropriate amount of work and teaching aids/materials and learning activities.

## Conclusions:

The implications of this survey provided an insight and eye openers to many parties in this institution. Student nurses' perception



directed the school management of continuous quality improvement. The school leaders, administrators and nursing lecturers can benchmark and draw from the suggestions from the findings of this research presented and engaged them creatively to management and teaching.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Babbar, S. (1995). Applying Total Quality Management to Educational Instruction-A Case Study from a US Public University. *International Journal of Public Sector Management*, 8(7), 35-55. Retrieved November, 2007, <http://proquest.umi.com>

Calvo-Mora, A., & Leal, A., & Roldan, J.L. (2006). Using Enablers of the EFQM Model to Manage Institutions of Higher Education. *Quality Assurance in Education*, 14(2), 99-122. Retrieved December, 2007, from [www.emeraldinsight.com](http://www.emeraldinsight.com).

Jackson, M. (2006). Serving Time: The Relationship of Good and Bad Teaching. *Quality Assurance in Education*, 14(4), 385-399. Retrieved April, 2007, from <http://proquest.umi.com>.

Lo, V.H.Y., & Sculli, D. (1996). An Application of TQM Concepts in Education. *Training for Quality*, 4(3), 16-22. Retrieved January, 2008, from <http://proquest.umi.com>.

Pounder, J.S. (2007). Is Student Evaluation of Teaching Worthwhile ? An Analytic Framework for answering the Question. *Quality Assurance in Education*. 15(2), 178-191, Retrieved December, 2007, from [www.emeraldinsight.com](http://www.emeraldinsight.com).

Sakthivel, P.B., & Rajendran, G. (2005). TQM Implementation and Students' Satisfaction of Academic Performance. *The TQM Magazine*. 17(6), 573-589. Retrieved November, 2007, from [www.emeraldinsight.com](http://www.emeraldinsight.com).

Teaching Evaluations Item Bank (TEVAL). (2002). Teaching and Educational Development Institute, University of Queensland, Australia. Retrieved August, 2007, from [yahoo.com](http://yahoo.com).

**POSTER 125**

**AUTORES/AUTHORS:**

HANDE YAGCAN, SEVGUL DONMEZ, AHSEN SIRIN, OYA KAVLAK

**TÍTULO/TITLE:**

University Youth Reproductive and Sexual Health Awareness Peer Education

**Objectives:** To improve "knowledge" and "sensitivity" about reproductive and sexual health of university youth.

**Methods:** This research is planned as one group, with pre and post test application and semi-empirical research and made in Ege University Student Village between 16th of February to 05th of June 2009. Research population is consisted of voluntary students were chosen by simple coincidental sampling method. 20 counsellor students which are from Ege University School of Nursing and Medicine Faculty students were chosen for peer education by making them exam and took at least 70 point as a passing score. Counsellor students were educated during one week about reproductive health, sexual rights, sexual abuse, sexually transmitted diseases (STD), genital hygiene, family planning methods (FPM), self examination of the breast and counselling centers. This students were given participation certificate. Counsellor students gave education and used an questionnaire which includes 24 question and collected socio-demographic and reproductive health datas and pre-post test level indicators. Mann-Whitney U Test, Paired Sample Test, Wilcoxon Signed Rank Test and Fisher Exact Chi-Square Test were used for data analysis.

**Results:** According to retrospective power analysis, research sample and our hypothesis success are found enough. We reached 230 female and 101 male single students. This students, 25% from health, 31% from social and 44% from science schools. Our research population was consisted of 33.8% 17-20 year age, 58.3% 21-24 year age and 7.9% 25-28 year age groups. Income levels of this population are 69% middle, 28% good and 3% low. 60.7% of the students never had any education about reproductive health and 61 of them don't feel their knowledge is enough. Previously educated students knowledge is coming from 57.1% books-tv-internet, 15.7% conferences-school, 11.2% family, 8.5% doctor and 7.6% nurse. But they want to have this education from 36.9% health institutions, 32.3% conferences-seminars, 20.8% school, 4.5% family and 5.5% other persons. 25% of the youth using one of the birth controlling methods. 64.4% of this group consist of by male students. Using birth controlling methods are 18,1% condom, 3,6% coitus interruptus, %2,4 oral contraceptives and 0.6% spiral (IUD). Only 4 female and 1 male student has sexual and reproductive problem which are ovary and candida infection, penil purulent secretion, amenorrhea and dysmenorrhea. 60.7% of the university youth found that kind of education is very useful. 35.6% of them wants to have education about reproductive health, 31.4% STD and treatment, 17.2% FPM, 13% reproductivity rights and 2.7% all the issues. According to students' pre-test and post-test results, are found statistically meaningful difference between their knowledge levels ( $p < 0.00$ ).

**Discussion:** Together with the increasing of the young population in the World, their sexual action period starting in more early ages and reproductive health needs increasing (1, 4, 6, 11, 14, 15). In Turkey, sexuality knowledge of the university youth is not enough and they couldn't make any comment about their own body changes (2, 3, 5, 7, 8, 9, 10). According to study of Akin et al (2003) with Hacettepe ( $n=1789$ ) and Dicle Universities ( $n=1877$ ) first class students; In Hacettepe University, 2,3% of the female and 12,8% male students had first sexual experience, 4,5% of them has pregnancy history. In Dicle University, same percentages for female and male students had sexual intercourse and only 6,1% pregnancy history (3).

According to our study results, more than half of the students' reproductive health knowledge is found not enough as same as with the other researches (1, 3, 4, 12, 13). To develop their knowledges, Ministry of Education should add the information of reproductive and sexual health in to the curriculum of our education systems. Especially, Nursing Departments of The Health Sciences Faculties and Education Institutions should collaborate to make collective projects and by this way they could open more youth counselling centers and make university students could use them. By peer education, healthy reproductivity behaviours gained by the young people and they could educate their relatives who are living in their environments (1, 3, 4, 12, 13).

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. ACPD (2000). Sexual and Reproductive Health Education and Services for Adolescents. [http://www.reproductiverights.org/pdf/pub\\_fac\\_adoles\\_sexedservices.pdf](http://www.reproductiverights.org/pdf/pub_fac_adoles_sexedservices.pdf), Erisim Tarihi: 22.12.2008
2. Akdolun, N. (2008). Reproductive System Infections and Sexually Transmitted Diseases, Ed.: Sirin A., Kavlak O., Bedray Basim Yayincilik, Izmir, s:348
3. Akin A., Bahar S., Dilek A. et al (2003). The Effecting Factors of Adolescent Sexual and Reproductive Health Project Report.

Hacettepe University Women Health Research and Practice Center, Public Health Department, Ankara

4. CETAD (2006). Youth and Sexuality Informing File-7, Sexual and Reproductive Health Research, August, <http://www.cetad.org.tr>, Access Time: 08. 12.2008
5. Giray H., Kiliç B. (2004). Single Women and Reproductive Health . STED:13 (8); 286
6. IPPF (2000). Reproductivity and Sexuality Rights Manifesto. Turkish Family Planning Association Press.
7. Taskin L (2003). Reproductive System Infections, Obstetric and Women Health Nursing, 6. press, Ankara; 469-490
8. TR. Ministry of Health Mother and Child Health and Family Planning General Manegering (2005). Family Planning Counselling Participant Book, Sexual and Reproductive Health, No=3-B, Ankara; 286-287
9. TR. Ministry of Health Mother and Child Health and Family Planning General Manegering (2005). Sexually Transmitted Diseases (STD/HIV/AIDS), Sexual and Reproductive Health, No: 4-B, Participant Book, Ankara
10. TR. Ministry of Health Mother and Child Health and Family Planning General Manegering (2005). Reproductive Health Services for Youth . No:5-B, Participant Book, Ankara
11. Turkish Population and Health Research (2003). Information According to HIV/AIDS. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum13.pdf>. Erisim Tarihi. 26.12.2008
12. UNFPA. (2007). In Turkey, Youth Sexual and Reproductive Health Research, Final Report, Damla Matbacilik, Ankara, Aralik.
13. Ugan M, Yaman H. (2003). AIDS Knowledge and Educational Needs of Technical University Students in Turkey. Patient Education and Counseling; 51:163–167
14. WHO (2007). Family Planning, A Global Handbook for Providers, P: 297-299
15. WHO (2007). Strategic Approach to Strengthening Sexual and Reproductive Health Polices and programmes
16. WHO (Revised October, 2007). Sexually transmitted infections, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/> Access Time: 26.12.2008.

## POSTER 130

## AUTORES/AUTHORS:

João Frade, Armando Silva

## TÍTULO/TITLE:

Symptoms of Depression in Aged Institutionalized and not institutionalized people.

## INTRODUCTION:

The upheavals of the mood are one of the more common psychiatric clutters in elder people, being responsible for the loss of autonomy and the aggravation of preexisting pathological pictures. Amongst them, the depression is most frequent and is associated with the biggest risk of morbidity and mortality, to the increase in the use of the health services, to the recklessness in the auto care, to therapeutics that reduce adhesion to regimes and bigger risk of suicide.

## OBJECTIVES:

To evaluate the occurrence of depression symptoms' in elderly people; To compare the occurrence of depression symptoms' institutionalized elderly people and not institutionalized elderly people; To identify the importance of nursing cares in relief depression symptoms'.

## METHODS:

This study was carried out through a transversal cut in a population of aged people with more than 65 years, enrolled in a Health Center. Being that a part of the sample of interned people in an Institution of support to the third age. The study consisted of the application of Escala de Depressão Geriátrica (EDG) composed for 30 items, to the aged ones that they appeal to the health center during the month of June of 2009 and to the aged ones that were institutionalized (the same institution of support to the third age) during a period of time (sample of convenience). The data had been introduced and treated through program SPSS 17 (Scientific Package of Social Sciences).

## RESULTS:

We had been studied 81 aged people with ages understood between 65 and 93 years old, with a average of 79,41 and a shunting line standard of 6,92 years old. 35 % belong to masculine sex and 47 % to the feminine sex, being 26 married 8 bachelors and 48 widowers. School curriculum was low (61% has less than 4th classroom), 47 of them were interned at home and 34 live in the community in proper domicile, rented or yielded. In what respects to depression, 25 did not present depression symptoms, 31 presented symptoms of fast depression and 25 presented serious depression symptoms. Having the presented depression more severe symptoms in the population institutionalized relatively to the population not institutionalized ( $F=6,78$ ;  $p=0,001$ ). Also the bachelors and widowers have bigger levels of depression relatively to the married ones ( $F=7,226$ ;  $p=0,001$ ), if not observing significant differences statistical between the genders ( $F=0,080$ ;  $t= 0,548$ ;  $p> 0,05$ ), nor the different degrees of school knowledge ( $F=2,295$ ;  $p> 0,05$ ).

## DISCUSSION:

Epidemiologist studies indicate prevalence of depression taxes, that vary between 1 the 16% in the aged ones that live in the community, being bigger this prevalence in individuals carrying some type of chronic illness and those that are followed by professionals of health in the different institutions that renders healthcare. Meanwhile it is verified that the signals and symptoms of depression are, if they are cared by the health professional, other healthcare people and relatives, causing great suffering if they do not receive the adequate treatment. This situation is still more serious when we speak in about elder people who are in institutionalized homes, where the care should be more accurate and the diagnosis should be much more precocious. The lack of constant medical care and nursing in these institutions is pointed by some authors as a possible cause with to the raised prevalence of depression in these aged ones.

## CONCLUSIONS:

- The incidence of depression symptoms is generally high with 62% of the elderly that show symptoms of depression as classified by EDA (Geriatric Depression Scale) in moderate and severe.
- The elderly who live alone are more prone to develop depressive states ( $F = 7.226$ ,  $p = 0.001$ ).
- The gender and educational level had no influence on the development of depressive symptoms in this elderly population ( $P> 0.05$ ).

## SUGGESTIONS:

- The real needs in mental health of the elderly in the community, should be estimated more accurately, to promote more timely

interventions on the part of health professionals.

- Health services should be better equipped with technical and human resources to respond more efficiently, the care which it requires in order to integrate the bio psychosocial aspects of a global approach, given the increasing elderly population
- There should be an incentive and recognition to the training of health professionals in the field of mental health in primary health care.
- There should be adequate training or information to relatives and / or carers who look after elderly, because they have a job with a propensity to develop depressive states or other mental disorders.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

##### REFERENCES:

BERGER, M. L.; POIRIÉ, D. M. - Pessoas idosas: uma abordagem global. Lusodidáctica: Lisboa 1995.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa, 2006.

FERREIRA, Pedro L.; RODRIGUES, Rogério C – Avaliação Multidimensional em Idosos. Mar da Palavra: Coimbra, 2006.

PORTUGALL. INSA. - INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE 1998/1999. LISBOA: INSA, 2001.

GEORGE LK. - Factores sociais e económicos relacionados aos transtornos psiquiátricos do idoso. IN: BUSSE EW, BLAZER DG. - Psiquiatria geriátrica. PORTO ALEGRE: ARTES MÉDICAS P. 146, 1999.

GREENBERG L, Lantz MS, LIKOUREZOS A. - Screening for depression in nursing home palliative care patients. J Geriatr Psychiatry Neurol, 17:212-8, 2004.

HERNANDÉZ SPS, MOCETZUMA LEA. - Depresión en población adulta mayor: tamizaje en unidade de primer nivel de atención médica. Rev Med IMSS, 37:111-5, 1999.

HOYI MT et al. - Development and testing of a five-item version of Geriatric Depression Scale. Journal of the American Geriatrics Society, 47:873-8, 1999.

HYBELS CF, BLAZER DG, PIEPE CF. Toward a threshold for sub threshold depression: an analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample. Gerontologist, 41:357-65, 2001.

## POSTER 131

## AUTORES/AUTHORS:

Chiraphi Soonthornkul Na Cholburi, Suteera Chukkul Luengsukcharoen

## TÍTULO/TITLE:

An Evaluation of Acute Pain Management at Ramathibodi Hospital

**Objective:** The objective of this descriptive study was to evaluate quality of pain management both process and outcome indicators in postoperative patients admitted to Ramathibodi Hospital.

**Methods:** One hundred and sixty nine patients from 11 wards were recruited in the study. The instruments used in this study were 1) the demographic questionnaire, 2) the pain management process indicators, and 3) the pain management outcome indicators. The pain management process and outcome indicators were developed from the American Pain Society recommendation for improving the quality of acute and cancer pain management. The pain management process indicators are documentation of pain, the use of standard pain scale, continuity of pain assessment, administration of pain medication, and the use of non-pharmacological pain management. The pain management outcome indicators are pain intensity, interference of pain on activity, sleep, and mood and adequacy of information about pain and pain control. Data analysis was performed by using descriptive statistic including number, percentage, means, and standard deviation.

**Results:** The majority of the patients were female (68%) and their aged range from 16-87 years (mean=48.6). Types of operation were obstetric-gynecologic (36.1%), orthopedic (23.7%), and abdominal general surgery (29%) respectively. For process indicators, the result showed that most of nurses used numerical rating pain scale and document patient's pain, however, they did not assessing pain regularly. In addition, most of the patients received pain medication management when requirement more than around-the-clock. For non-pharmacological pain management, positioning was the most method used by these patients. For outcome indicators, mean scores of worst pain, and disturbance of functional activity and sleep were in the moderate level. Most of patients received information about pain assessment and management, however 13.6% didn't receive information about side effect of analgesics. Patient's satisfaction of pain management were good (47.3%), very good (27.2%), and fair (20.1%) respectively.

**Implication:** The recommendations from this study are that nurses should pay more attention on the continuity of pain assessment and management as well as develop non-pharmacological pain management programs combined with analgesics to alleviate pain.

Moreover, nurses should provide more information about pain, pain control, and side effect of analgesics. These strategies may result in improving patient outcome and help nurses to achieve goals of quality of pain management in post operative patients.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bedard, D., Purden, M. N., Sauve-Larose, N., Certosini, C., & Schein, C. (2006). The pain experience of post surgical patients following the implementation of an evidence-base approach. *Pain Management Nursing*, 7(3), 80-92.
2. Berry, P. H., & Dahl, J. (2000). The new JCAHO pain standards: Implementations for pain management nurses. *Pain Management Nursing*, 1(1), 3-12.
3. Devine, E. C., Bevsek, S. A., Brubakken, K., Johnson, B. P., Ryan, P., Sliefert., M. K., et al., (1999). AHCPH clinical practice guideline on surgical pain management: Adoption and Outcomes. *Research in Nursing & Health*, 22, 119-130.
4. Gordon, D. B., Dahl, J. L., Miaskowski, C., Mc Carberg, B., Todd, K. H., Paice, J. A., et al. (2005). American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American pain society quality of care task force. *Archive Intern Medicine*, 16(25), 1574-1580.

## POSTER 132

## AUTORES/AUTHORS:

ükke karabacak, selma atay

## TÍTULO/TITLE:

## STUDENT VIEWS ON PREPARING CONCEPT MAP CARE PLANS

Objective: The discipline of nursing necessitates the co-existence of theory and practice in education since it is practical in nature. It might be argued that healthcare plans have a significant place in the transfer of the theoretically obtained information to practice. It has been reported that column-formatted care plans hinder students' critical thinking skills, are copied from standard care plans and prevent holistic care (Baugh ve Mellot 1998, Mueller, Johnston ve Bligh 2001, Castolina ve Schuster 2002). Many writers state that the concept map is a meaningful and effective learning method for the nursing students (Irvine 1995, Daley 1996, Daley et al. 1999, Pickens 2007). It has been reported that care plans with concept maps help students understand different aspects of patient care and form relationships.

This study aims to examine the views of students on concept mapping and on preparing concept map care plans.

Methods: The targeted sample for the study consisted of 99 freshman and sophomore students of the Çanakkale Onsekiz Mart University School of Health Sciences, Nursing Department, who had no prior experience of using concept maps. 40 of the students eventually have agreed to participate in the study.

The students first received training on concept maps on preparing concept map care plans. During the 7-week long clinical application process, the students handed in a concept map care plans each week for the patient/individual they provided care for. They then received feedback from the researcher about the care plans they prepared. At the end of the clinical application process, the views of the students on concept mapping and preparing concept map care plans were collected, using a questionnaire designed by the researcher in line with the suggestions in the literature and reviewed by an expert. Descriptive analysis was used in evaluating the data.

Findings and Discussion; The answers received in the meetings designed to evaluate the views of the students on the concept map care plans they prepared were summarized under three main themes.

Students' opinions on concept map strategy; the positive opinions proposed by students on concept map strategy are; it increases the permanency of what is learned, prevents rote learning, it is amusing, it is informative, it increases creativity and it enables one to think in depth. The negative opinion was that it takes too much time. An example student opinion is the following;

"I think, it prevents us from rote learning"(S-18)

"The information is highly memorable since we create concept maps by ourselves" (S-3)

"It enables us to learn with entertainment and tirelessly (S-24)

Students' opinions on concept map care plans; students reported that its benefits are; it enables us to see the patient/individual in an integrated manner, cross links enables us to correlate concepts, it makes it possible to establish a connection with cause effect relationship, and the use of figures in care plans increases the memorability of the examined concepts. Student opinions are as follows;

"thanks to concept maps, complex patient data have become simple" (S-2)

"It does not have limits, we can form a whole by giving any shape we want to the collected data or the determined problems" (S-3)

"Seeing that a symptom or a nursing diagnosis affects another diagnosis enables us to correlate" (S-13)

"It requires to be active" (S-20)

Daley et al. (1999) have emphasized that concept maps are beneficial for students in terms of learning many things related to the patients and they should be taught earlier in the curriculum. At the same time, they emphasize that it takes a lot of time to prepare them.

In Castellino and Schuster's study (2002) where they analyzed the effects of column-formatted care plans and concept map care plans on students' problem-solving and critical thinking tendencies, students prepared care plans with concept maps during one term and at the end of the term students and teachers explained that the concept maps helped them view the patient problems holistically and that it is an effective strategy for the organization of care in addition to increasing critical thinking skills.

Baugh and Mellot (1998) state that clinical concept map improves critical thinking and facilitates students' organization of complex patient data and understanding of complex relationships and encourage the delivery of holistic care to patients. In the same study 73% of the students using concept maps in the management of cases in the internal and surgical nursing practice said it was highly effective while 27% said it was effective. Students used expressions like "It really made me think", "It made me see the pathophysiologies", "It increased my clinical experiences".

Students' opinions on the reasons of the desire to use concept maps in other courses; none of the students presented a negative opinion on the use of concept map strategy in other courses. Positive opinions are; concept maps facilitate to correlate between concepts, it renders learning amusing, and it renders learning permanent since it is based on figures. Student opinions related to this question are as follows;

"It should be used in other courses too since it contributes to avoiding rote learning" (S- 34)

"When subjects that seem to be complex are taught through concept maps, students do not feel afraid of and anxious about these subjects" (S-39)

"It should be used in other courses as well since it is entertaining just like solving a puzzle" (S-40)

In Santhanam, Leach and Dawson's (1998) study on physical sciences students, 50% of the students stated that concept maps help them form relationships between concepts. In the same study, the results which show that 51% of the students required the use of concept map strategy in the future lend support to the findings of the present study.

Conclusion: it could be stated that students' opinions on concept maps and on preparing concept map care plans are positive, and thus, it could be suggested that this method should be used instead of the column format care plans.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References:

Baugh and Mellott, 1998 N.G. Baugh and K.G. Mellott, Clinical concept mapping as preparation for student nurses' clinical experiences, *Journal of Nursing Education* 37 (1998), pp. 253–256.

Castellino and Schuster, 2002 A.R. Castellino and P.M. Schuster, Evaluation of outcomes in nursing students using clinical concept map care plans, *Nurse Educator* 27 (2002), pp. 149–150

Daley, 1996 B.J. Daley, Concept maps: linking nursing theory to clinical nursing practice, *Journal of Continuing Education in Nursing* 27 (1996), pp. 17–27.

Daley et al., 1999 B.J. Daley, C.R. Shaw, T. Balistreri, K. Glasenapp and L. Piacentine, Concept maps: a strategy to teach and evaluate critical thinking, *Journal of Nursing Education* 38 (1999), pp. 42–47

Irvine LMC. (1995). Can concept mapping be used to promote meaningful learning in nurse education?. *Journal of Advanced Nursing*. 21:1175-1179.

Pickens CL. (2007). Concept Mapping: Methods to Improve Critical Thinking. *Yayimlanmamis Doktora Tezi*, Wayne State University.

Santhanam B, Leach C, Dawson C. (1998). Concept Mapping: How should it be introduced, and is there a long term benefit?. *Higher Education*, 35, 317–328.



**POSTER 134**

**AUTORES/AUTHORS:**

Leman Senturan, Meltem Vizeli Dogan

**TÍTULO/TITLE:**

THE EFFECTS OF MUSIC THERAPY ON CORONARY ANGIOGRAPHY PATIENTS' ANXIETY LEVELS

**Introduction and Objective**

Music therapy is a non-therapeutic communication technique. Recently it has been used to reduce anxiety or to provide relaxation in medical procedures (9,10). The research was planned to examine the effects of the music therapy on anxiety level in patients with coronary angiography.

**Method**

This experimental study was conducted from 2008 to 2010, in a training hospital in Istanbul. The patients, who were admitted for coronary angiography to the hospital formed the foundation of this research. The sample was comprised of 200 patients who met the given criteria; 100 patients were used as a control group, and a other 100 patients formed the experimental group. The given criteria was as follows; being over the age of 18, having this operation for the first time, understanding about reading, agreeing to be a volunteer of this study and having no problem with hearing.

A questionnaire, State-Trait Anxiety Inventory, a music CD of 'Rhythm of Hüseyini' and a CD player were used to collect data. A questionnaire which was prepared by the researchers has the patients' demographic information and diseases' characteristics. State-Trait Anxiety Inventory, developed by Spielberger (1970), has two different scales which all have the likert type of 20 questions. If the score is high, the level of anxiety is low; if the score is low, the level of anxiety is high. In the present study the Cronbach Alpha reliability coefficient was 0.91 for the State-Anxiety Inventory and was 0.93 for Trait Anxiety Inventory. The CD worked, it was an instrumental Turkish music track with a musical rhythm of "Hüseyini". It is suitable for definition of sedative music.

The research began after receiving approval from the Institutional Board and the Local Ethical Committee. In the waiting room, the research's purpose was explained to the patients; patient permission form was red and signed. Ten minutes before the coronary angiography procedure, the State-Trait Anxiety Inventory was respectively applied to patients in the waiting room. An explanation was made about the application and how the music would be listened by the experimental group. Before the patients entered the coronary angiography, the music started in the hall. Until the patients left the hall, the music continued. During the control group's procedure, no music was played to the patients. After finishing the procedure, the Trait Anxiety Inventory was applied again to both of the groups.

Percentage distributions, averages, and independent group t-tests, were used to analyse the data.

**Results**

It was found that the control group's trait anxiety mean score was  $41,62 \pm 1,43$ . The control group's state anxiety mean score before the coronary angiography was  $37,61 \pm 1,43$  and during the coronary angiography was  $35,60 \pm 1,42$ . It was found that for the experimental group the trait anxiety mean score was  $41,75 \pm 1,84$ . The experimental group's state anxiety mean score before the coronary angiography was  $35,11 \pm 1,28$  and the state anxiety mean score in the coronary angiography was  $31,07 \pm 0,98$ . The stait anxiety mean score before the coronary angiography was statistically higher than the stait anxiety mean score during the coronary angiography, both in the experimental group ( $t=35,28$  ;  $p=0,000$ ) and in the control group ( $t=20,1$  ;  $p=0,000$ ). The difference between the state anxiety mean score before and during the coronary angiography in the experimental group ( $4,04 \pm 1,15$ ) was statistically higher than the scores of the control group ( $2,01 \pm 0,10$ ) ( $p= 0,000$ ).

**Discussion**

In this study both the control and experimental groups' state anxiety mean score before the coronary angiography are higher than their mean scores during the coronary angiography. This result is the same as the other studies that were performed in this topic (1,2). The decrease in anxiety levels in the experimental group was greater than in the control group ( $t=17,66$  ;  $p=0,000$ ). This finding shows that music therapy affects the intraoperative anxiety levels positively and also music therapy decreases anxiety levels in patients. Our finding is compatible with similar studies that were carried out (3,4,5,6). The 'Hüseyini Ritm' music, which we used in our research, gave a feeling of serenity and comfort to the patient, which reduced stress and decreased the level of anxiety (7,8).

**Conclusions:**

It is an expected situation for the coronary angiography patients to have anxiety about medical procedures. Taking precautions and initiatives will affect the patients' anxiety levels. It was concluded that the music, which was listened to during the coronary

angiography, decreases the anxiety level of the patients. Music therapy does influence the anxiety level of patients with coronary angiography.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY

Resources:

1. Baram Z. (1992) Abolishing the Anxiety of Coroner Angiography Patients. Graduate thesis, Institute of Health Sciences Istanbul University, Istanbul, Turkey. (Adviser: Assistant Prof. Necmiye Sabuncu).
2. Ertok B. (1997) Role of Patient Education and Nurses About Anxiety level on Angioplasty Patients. Graduate thesis, Institute of Health Sciences Istanbul University, Istanbul, Turkey. (Adviser: Assoc. Prof. Dr. Gülsün Tasocak).
3. Varol S. (1998) A Study of Sedative music's effects on Anxiety, Intraoperative Blood Pressure and Pulse Parameter. Graduate thesis, Institute of Health Sciences Ege University, Izmir, Turkey. (Adviser: Assistant Prof. Türkan Özbayir).
4. Güngör S. (1999) Efficiency of music therapy and touch therapy as a nursing application for surgery patients in the preoperative period. Graduate thesis, Institute of Health Sciences Marmara University, Istanbul, Turkey. (Adviser: Assoc. Prof. Dr. Deniz Selimen).
5. Moradipanah F. Mohammadi E. Mohammadil A. (2009) Effect of Music on Anxiety, Stress and Depression Levels in Patients Undergoing Coronary Angiography, Eastern Mediterranean Health Journal, 15(3): 37-49
6. Nilson (2008) Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 38(3): 201-207
7. Hüner S. (1989) Effects of Music on Mental Health Disorders, Conservatory of Ege University, Izmir, Turkey (Adviser: Assistant Prof. Ruhi Sari).
8. Güvenç O. (2005) Rose and Nightingale, Association of Tümeta Publications, April: s.4-6, Istanbul, Turkey
9. Nill U. Lindell L. Eriksson A. Kellerth T. (2009) The Effect of Music Intervention in Relation to Gender During Coronary Angiographic Procedures: A Randomized Clinical Trial, Eur J Cardiovasc Nurs. Sep;8(3):200-6.
10. Bally K. Campbell D. Chesnick K. Tranmer J. (2003) Effects of Patient-Controlled Music Therapy During Coronary Angiography on Procedural Pain and Anxiety Distress Syndrome, Critical Care Nurses, 23:50-57.

## POSTER 142

**AUTORES/AUTHORS:**

Maija Hupli, Tanja Sorsa

**TÍTULO/TITLE:**

Blood transfusion treatment - Nurse students' knowledge

**Objectives**

The aim of the study was to describe nurse students' knowledge about blood transfusion treatment and to find out connections between background variables and nurse students' knowledge.

**Methods**

The data were gathered by means of a questionnaire that contained questions of a students' background factors, of blood products, of carrying out blood transfusion treatment and of rules concerning blood product transfusion. Questionnaires were sent to ten polytechnics to a total of 309 student nurses who were approaching their graduation. The final research material to be analyzed consisted of the responses of 213 student nurses, and the response percentage was 69. The data were analyzed statistically.

**Results**

According to the results, nurse students' knowledge about blood transfusion treatment was insufficient. Every student could have scored a maximum of 78 points for his/her knowledge of blood transfusion treatment, whereas the students' mean total score was 36,6 points (SD 8,5; range 8–53). Those students who had independently obtained knowledge of blood transfusion treatment and students who had studied blood transfusion in some other form, for example, by attending an on-the-job blood transfusion course, had better knowledge about blood transfusion treatment than other students. A student's willingness to engage in surgical nursing after graduation and his/her own estimate of his/her own knowledge of blood transfusion were connected with the student's knowledge of blood transfusion treatment.

**Discussion**

Blood transfusion treatment is an essential intervention what nurses have to manage. There is need for supervising nurse students in clinical practice so that they learn to give blood transfusion treatment.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Sorsa, T. 2006. Knowledge of blood transfusion treatment among nursing students approaching graduation. Master's thesis. University of Turku, Department of Nursing Science. (In Finnish, English abstract)

## POSTER 144

## AUTORES/AUTHORS:

suzana andré, madalena cunha, victor rodrigues, ernestina silva, daniel silva

## TÍTULO/TITLE:

ECOLOGY OF CAUTION: MENTAL FUNCTIONING OF THE FAMILY CAREGIVER AS AUTHORITY

**BACKGROUND:** The family plays a significant role as an institution in the rear, and is increasingly implicated in the direct provision of care, causing changes in structure and family roles showing stress and wear, and the exhaustion and disease become a focus inevitable.

**OBJECTIVE:** To analyze how the psychosocial determinants influencing Mental Functioning of Informal Caregivers of Dependent Elderly Post-Stroke (CVA).

**METHODS:** A descriptive and cross-developed on a sample of 636 informal caregivers, aged 17 to 85 years and residents in the district of Viseu.

We administered a battery of tests including sociodemographic, clinical, psychological and Scale Screening of Mental Health.

**RESULTS / DISCUSSION:** The presence of depressive symptoms was detected in 37.11% of informal caregivers. In turn, the informal caregivers with Mental Functioning more positive, scored with:

- Best Self-concept ( $r = -.289, p = .000$ );
- Lower overhead dimensions Implications in personal life ( $r = .528, p = .000$ ) Satisfaction with family role ( $r = .468 \bullet p = .000$ ); the requirements reactions ( $r = .380, p = .000$ ); Emotional Overload ( $r = .142, p = .000$ );
- More Social Support ( $r = -.237, p = .311$ );
- Improved Family Functioning ( $r = -.266, p = .000$ );
- Higher socioeconomic status ( $r = -.184, p = .000$ ).

Informal caregivers with poorer mental functioning, ie, worse mental health, had more severe depressive symptoms ( $r = .636, p = .000$ ) and scored with:

- Increased vulnerability to stress ( $r = .538, p = .000$ );
- Staff Overload dimensions Family support ( $r = -.209, p = .000$ ); financial burden ( $r = -.132, p = .001$ ), and Perception Mechanisms of efficacy and control ( $r = -.153, p = .000$ )
- And with more pronounced trait of neuroticism ( $r = .269, p = .000$ ).

**CONCLUSIONS:** Results showed that the psychosocial variables were associated with the Mental Functioning of Informal Caregivers, suggesting that health professionals should include in the planning of health actions that you are targeting, showing that the public health policies should offer a network of support services to families of persons with disabilities and dependency, which are fundamental to the social support the caregiver and thus improving the quality of their lives and their families. It's important that the Continuing Care Network Health and Social Assistance may constitute an innovative gradient care from the hospital until the patient's home, ensuring continuity of treatment, functional recovery and reintegration into units of alternatives to inpatient hospital and at home by teams of home care in the Health Care Primary Health Care, in conjunction with teams of Social Security by easing the burden of informal caregivers, thus attracting the best health and quality of life Informal caregivers.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Martins, T.; Ribeiro, J. L. P.; Garret, C.. (2005). Saúde e bem estar dos familiares cuidadores de doentes de AVC. Livro de Actas do II Congresso Saúde e Qualidade de Vida. Porto: Unidade de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, Escola Superior de Enfermagem de São João.

Matos, A. P.; Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento de uma Escala de Apoio Social: Alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21, (3) : 243-253

Vaz Serra, A. (2000). Vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*. Coimbra: Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Vol.21, nº 4: 261-278.

Vaz Serra, A. (1986), A importância do Auto-conceito. Coimbra: *Psiquiatria Clínica*. Vol. 7, nº 2, Abril/Junho: 57-84.

Vaz Serra & Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros Clínicos Depressivos : Ensaio de Aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra de doentes deprimidos. Coimbra Médica, 20: 623-644.

Versión Provisional - Preliminary version

**POSTER 145**

**AUTORES/AUTHORS:**

Canan Kobak, Hatice Pek

**TÍTULO/TITLE:**

COMPARISON OF MOTHER AND CHILD HEALTH AND NUTRITION HABITS OF THE NURSERY SCHOOL KIDS IN PRESCHOOL PERIOD (AGED 3-6)

Objectives: Nutrition is intake and consumption of food in organism in order to grow up, keep alive and maintain good health. Therefore it's important to provide energy and nutritional elements in order to keep children healthy (3). A balanced and sufficient diet suitable for the age, gender and activity of children is one of the most important factors affecting the physiological, emotional development and social behaviors of children (7). Although nutrition is important for the etiology and therapy of diseases in adults, it plays a more important role in children's lives than in adults'. It's one of the most important factors that have a vital importance affecting development and growth of children in the pediatric age group (2). 1 to 5 years period is when most skills are acquired and most progress is achieved. Pre-school children have an attitude against nourishment; they no longer show interest in foods and start to pay attention to what happens around them. Children of this age group dislike vegetables and consuming blended foods. This is a difficult but temporary period for the parents, during which children are very selective in what they eat. In addition to that, children of this age group want to recognize what they eat and should be offered a very large variety of foods; no nutritional element must be used routinely and the children should be allowed some food-rejecting behaviors (5, 6). The aim of pre-school nourishment is to achieve optimal growth and development by a variety of foods. During this slow growth but fast motor development period, our aim should be to have regular meals, bring positive eating attitudes and habits in that will last for a lifetime (1, 5). The most commonly encountered behavior in 1 to 5 years age group children is reject food and reflect their reactions to parents or care-takers by refusing to eat. Since meals are usually a time for family members to come together and discuss various subjects, comparison with other children and reprehension during this time may cause the child to react by refusing to eat. Unwillingness to eat and changes in appetite also projects to the behaviors of the child (4). Food consuming and personal nutrition habits of parents, directly affect the food choices and nutrition habits of children. This descriptive study has been planned for the determination of mother and child health, nutrition characteristics of the nursery school kids and the comparison of these characteristics. Methods: Population of the study consists of the parents who applied to the healthy kid polyclinic of the Maternal and Infant Health Centers and the parents whose kids have been attending to private kindergarten between January 2008 and December 2008. 80 parents from the Maternal and Infant Health Centers and 50 parents from private kindergarten that fit the selection criteria have formed the sample. Research Approval Form, Family Characteristics Form, Children Characteristics Form, Nutrition Characteristics Form have been used as data collection tools. The data has been evaluated by using the Statistical Package for Social Sciences for Windows 15.0 software, average, standard deviation and frequency. Chi square test has been used to evaluate the relations between parameters. Results were evaluated at a 95% confidence interval, and a  $p < 0.05$  significance level. Results: As a result, a difference has been detected in parameters such as meal frequency, starting time of eating without help, feeding methods of parents, the methods used when the child refuses to eat, favorite vegetable types, meat types, bulgur/rice preferences, meal length, reasons for leaving over the food, habits and length of teeth brushing, diarrhea frequency, illness frequency; in favor of the children in Mother and Child Health and the nursery school. Discussion: The parents of kindergarten children usually feed their children sitting at the table, and parents attending Maternal and Infant Health Centers usually feed their children in front of the television. In a study by Worobey et al. (1999) on children of 3 to 4 years of age, bringing the habit of having regular meals at the table in in early years and thereby raising awareness of eating as a ceremony is found to have a direct effect on eating habits (8). While %21.3 of children attending maternal and infant health centers can't still eat without help, only %2 of kindergarten children can't eat without help. According to the Turkish Popular Health Survey, healthy children can eat using a spoon by 15 months of age but can't hold it correctly; between 18-21 months they can eat holding the spoon correctly, by 30 months they can eat using a fork and at the age of 4 they can use a knife on their own. In collaboration with parents and educational institutions, nutrition training must be given to children in terms of both formal and informal education and continuity in this process must be ensured. In pre-school education, nutrition training programs for parents should be organized. Parents and children should be informed about nutrition characteristics by all means of media.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. ADA (1998). The Pediatric Nutrition Dietetic Practice Group. Nutrition Management of the Preschool Child, USA, p. 87-95. 2.

Celikoyar Z (1988): The Nutrition and Growing Status for a Group Urban Children Who Have Low Socio-economic. I.U. Children Health Institute, Master Thesis, Istanbul (Consultant: Ass. Prof. T. Kutluay). 3. Garipagaoglu M, Saydam R, Gokcay G (2003): The Results of Team Approach for Problems of Nutrition in Children. 47th National Pediatric Congress, 3th National Pediatric Nursing Congress, 2nd Pediatric Assistant Congress Academic Program and Abstract Book , Istanbul. 4. Koksall G, Gokmen H (2002): Nutrition Treatment in Pediatric Disease, Hatipoglu Publish, p. 135 - 157. 5. Kutluay-Merdol, T (1999): Education of Nutrition Guideline for Pre-school Educators and Corporation, Ozgur Publish, Istanbul. 6. Mahan KL, Stump ES (2003): Food, Nutrition, Diet Therapy. In Lucas B., MPH, RD, CD: Nutrition in Childhood, p. 259 - 283. 7. UNICEF / UNHCR / WFP / WHO (2002): Food and Nutrition Needs in Emergencies. WFP, Rome. 8. Worobey HS, Worobey J (1999): Efficacy of a Preschool Breakfast Program in Reducing Refined Sugar Intake. International Journal of Food Science and Nutrition 50: p. 391 - 397.

Version Provisional - Preliminary Version

**POSTER 147**

**AUTORES/AUTHORS:**

Neriman Zengin, Besey Ören

**TÍTULO/TITLE:**

Comparison of the Nottingham Health Profile and the SF-36 in Evaluating the Quality of Life of Hemodialysis Patient

Objectives: Health-related quality of life represents the subjective perception of individuals about the impact of health status on quality of life. Quality of life (QOL) instruments may be specific for a particular disease or group of patients or generic for all aspects of health-related quality of life. The two most commonly used questionnaires for evaluating QOL in chronic diseases are two generic instruments: the Nottingham Health Profile (NHP) and the Short Form Health Survey Questionnaire (SF 36). These scales used to evaluate quality of life in hemodialysis patients. This descriptive study aims to compare, and investigate the relationship of these two scales.

Methods: 180 hemodialysis patients treated in three different centers in Istanbul constituted the study group. The necessary permissions were obtained from all three centers. All patients were older than 19, were literate, and volunteered to participate at this study. Due to data loss, only 171 patients were evaluated. The data was collected by performing a questionnaire designed to determine the socio-demographic features and disease history, as well as the two quality of life scales. The NHP is 38 statements of six dimensions: mobility, pain, energy, sleep, emotional reactions and social isolation. A weighted scoring system is then used, which results in each dimension having a range of possible scores from 0 (no problems in that dimension) to 100 (all problems in that dimension exist). In comparison to other QOL measurement tools, the NHP is shorter and easier to implement, which also makes it fairly inexpensive. The SF-36 is 36 statements of eight health concepts: physical functioning, role limitations due to physical problems, bodily pain, general health perception, vitality, social functioning, role limitations due to emotional problems, and mental health. A high score of the SF-36 indicates a low degree of limitation. Statistical evaluation included percentage calculations, means, and standard deviations, and the Pearson Correlation Analysis at a significance level of  $p < 0.05$ .

Results: The mean age of the study group was  $49 \pm 14.97$  and comprised males in the majority (53%). Most of the patients were married (63.1%), had primary school education (37.9), out of work (80.3%), with an average monthly income (26.8%) were treated via dialysis for  $\geq 12$  years. The NHP showed minimum values for social isolation ( $28.02 \pm 32.06$ ), and maximum values for energy level ( $55.48 \pm 39.67$ ) and sleep dimension ( $42.99 \pm 32.38$ ) while the SF-36 showed minimum levels for Physical role ( $35.53 \pm 39.26$ ) and maximum values for social function ( $61.37 \pm 29.47$ ), mental health ( $58.26 \pm 25.33$ ), and pain ( $58.27 \pm 31.79$ ) dimensions. As expected, both scales in their sub dimensions, as well as the total NHP with the sub dimensions of the SF-36, were highly correlated ( $p < 0.001$ ).

Discussion: Both scales were found to be suitable to evaluate the quality of life in hemodialysis patients.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Küçükdeveci AA, McKenna SP, Kutlay S, Gürsel Y, Whalley D, Arasil T. The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. *Int J Rehabil Res.* 2000;23(1):31-8.
2. Perneger TV, Leski M, Stoermann CC, Martin PY. Assessment of health status in chronic hemodialysis patients. *J Nephrol.* 2003; 16: 252-9.
3. Rebollo P, Alvarez-Ude F, Valdes C, Estebanez C. Different evaluations of the health related quality of life in dialysis patients. *J Nephrol* 2004; 17: 833-40.
4. Roebuck A, Furze G, Thompson D. Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *J Adv Nurs.* 2001; 34:787-794.



## POSTER 149

**AUTORES/AUTHORS:**

Ju Young Ha, Dong Hee Kim

**TÍTULO/TITLE:**

Perception of Biomedical Ethics, Ethical dilemma and Ethical Decision Making Factors of Clinical Nurses in South Korea

Objectives : The ethical tantalizing problems and unexpected medical moral problems are on the rise as life science and medical technology has developed. Nurses often face with actual ethical problems or dilemma and are asked to make an ethical decision for identifying and solving the problems. The objective of this study was to assess the level of nurses' perception of biomedical ethics and ethical dilemma. In addition, this study was to identify what factors have an effect on ethical decision making.

Methods : The subjects were 210 nurses working in a university-affiliated hospital in Busan, Korea. Data were collected from September 1st to 9th, 2008 using a self-reported questionnaire which included perception of biomedical ethics by Kwon (2003) and ethical decision making factors by Shim (2002) not only personal characteristics like individual morality but also characteristics of the working environment and nursing principles. The collated data was analyzed with the SPSS Win 14.0 statistics program.

Results : The average score of perception of biomedical ethics and ethical dilemma were 138.44 (score ranged of 48-192), and 83.10 (score ranged 34-136), respectively. There was no significant difference in perception of biomedical ethics according to individual and working characteristics. There was a significant difference in ethical dilemma according to age ( $t=-2.153$ ,  $p=.032$ ) and career length ( $F=4.558$ ,  $p=.004$ ). Hospital policy strategies, nurses own ethical values and patients' belief were factors influencing decision making in dilemma situations. This study showed that above 75% of the nurses discussed it with their colleagues when they faced up to ethical problem or dilemma.

Discussion : Findings of this study suggest that continuous nursing educational programs must place more emphasis on identifying dilemmas, increasing perception of bioethical ethics levels and attributing responsibility in a justifiable manner. Moreover, education programs based on the findings from this study need to develop in order to enhance the use of nursing principles as findings of this study suggests that nurses are basing their clinical decisions on practical consideration rather than on nursing principles.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Kwon, S. J. (2003). A study on the consciousness of biomedical ethics of the nursing students and medical student. Unpubsiedh master's thesis, Keimyung University, Daegu.
- Shim, O. J. (2002). A study on ethical decision-making in a Nurse's moral dilemma situation. Unpublished master's thesis, Dong-A university, Busan.

**POSTER 150**

**AUTORES/AUTHORS:**

Ernesto J Morais, Melanie Andrade

**TÍTULO/TITLE:**

Economic Evaluation of Pressure Ulcers Treatment in the Community

Pressure Ulcers (PU), due to their magnitude, are an important indicator of the quality of care rendered by the professionals and institutions of health, being the costs associated to their treatment a common point of discussion, namely in the actual context of economic contention and restriction.

**1. Objectives**

To compare direct costs and effects of Pressure ulcers (PU) treatment in patients at home; to determine the cost-effectiveness of the PU treatment in two residential areas; to identify the preferable PU treatment program.

**2. Methods**

A cost-effectiveness study was implemented, having been established the costs and consequences associated to the treatment of pressure ulcers to patient in their homes, as well as the economic effectiveness, in the point of view of the intervening units of health care (two different sets of health care centres in the surrounding areas of Porto – Portugal, here identified by scenarios A and B). The variables comprised socio-biographical characteristics of patients, costs in materials, time of Nursing and displacements to the patients' homes. The consequences were measured in results of the PU treatment protocols (cicatrisation of pressure ulcers). Effectiveness was calculated relating costs of completed healed PU and Cm2 of PU healed, by treatment, by days in treatment and by PU stages.

Costs and effectiveness values were updated using a 5% annual discount rate, being all values displayed for the year of 2007.

Data was collected based on the patients' health records provided by nurses and a following descriptive and inferential statistical analysis was performed.

**3. Results**

The population of the study comprised 197 patients with a total of 477 PU in one year. The random and independent sample considered (65% of the population reported), involved 119 patients (60 at scenario A and 59 at scenario B), with a total of 310 PU (156 and 154, respectively).

Of the 119 patients, 43 (36.1%) were males and 76 (63.9%) female. The average age of patients sampled was 78.3 years and approximately 90% of them were bedridden.

About the grade of PU registered, there have been identified 14 (4.5%) grade I, 71 (22.9%) grade II, 195 (62.9%) grade III and 30 PU (9.7%) grade IV.

In 94.6% of the cases, PU was originated at home, while 5.4% was originated in the hospital, in previous admissions.

The number of home attendances provided, by patient, from each of the areas, ranged between 1 and 200 in scenario A, and 1 and 59 in scenario B, being that on average were respectively 14.67 and 12.60 attendances per patient.

The number of treatments performed, by patient, ranged between 0 and 196 in scenario A, and 0 and 59 in scenario B. The median was 12 treatments in scenario A and 11 treatments in scenario B.

The total cost of treatment determined was 58.973,26€ (scenario A – 31.045,05€; scenario B – 27.928,21€), with 43.225,38€ due to material usage, 10.974,02€ to nursing procedures and 8.192,20€ in displacements (that include also a nursing cost component).

The protocols costs diverged mainly in the transportation costs. Material used and Nursing costs were equivalent in both scenarios.

At the end of the study, 87 PU were healed (60 at A and 27 at B), 155 belonged to patients that died during the investigation, and 68 (26 at A and 42 at B) were in process of healing.

The effectiveness analysis revealed that, in average, to heal a PU: the number of treatments necessary was 9,08 in scenario A and 13,59 in scenario B; the nursing cost was 10,81€ in A and 23,75€ in B; the cost in material was 38,82€ in A and 74,40€ in B; and the displacement incurred in 5,53€ in A and 33,70€ in B. The total cost had a statistical significant difference of 52,20€ in scenario A and 205,74€ in scenario B.

**4. Discussion**

The costs were significantly higher in scenario B: Cost per treatment and displacements by PU ( $p < 0,001$ ); costs in material by treatment ( $p < 0,001$ ) and by PU ( $p < 0,05$ ); total cost by treatment ( $p < 0,001$ ) and by PU ( $p < 0,01$ ). And also for PU completely healed: costs in Nursing ( $p < 0,05$ ); costs in displacements ( $p < 0,001$ ); and total costs ( $p < 0,005$ ).

Therefore, in general, the relation cost-effectiveness is favourable to the scenario A, when compared with scenario B, being this more evident when verified the costs of pressure ulcers whose total cicatrization was obtained.

These results suggest that there is a path of uniformity that was not being followed, and that in our opinion is crucial, especially since in this area already are perfectly delineated and proven international guidelines.

Several factors could contribute to improve these findings: research and training; adequate documentation; treatments as component of global health care; multidisciplinary teams; articulation with community resources; profitability of transportation facilities; awareness, accountability and training of family members; and articulation of information in real time.

This study can hardly be able to reflect the pain and suffering that may affect a patient and their families, by large periods of time.

These ulcers are often painful, with odor, requiring continuous care and vigilance, and can even cause death. And these conditions cannot be calculated only in purely financial terms.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

ABEL-SMITH, B. (1996). The control of health care costs and health reform in the European Community. In VAZ, A.; PINTO, C.;

RAMOS, F.; PEREIRA, J.(coord.) As reformas dos sistemas de saúde. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.

ALTERESCU, V. (1989). The financial costs of inpatient pressure ulcers to an acute care facility. *Decubitus*, n.º 2, p. 14-23.

BENNETT, G.; DEALEY, C.; POSNETT, J. (2004). The cost of pressure ulcers in the UK. *Age Ageing*. n.º 33, 230-235.

BERGQUIST, S.; FRANTZ, R. (1999). Pressure ulcers in community-based older adults receiving home care: Prevalence, incidence, and associated risk factors. *Advances in Wound Care*, Vol. 12, n.º 7 (Set), p. 339-351.

CALI, T. (1999). Pressure ulcer treatment: Examining selected costs of therapeutic failure. *Advances in Wound Care*, Vol. 12 (Jul/Ago), p. 8-11.

DRUMMOND, M.; O'BRIEN, B.; STODDART, G.; TORRANCE, G. (1999). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 2ª ed. Oxford: Oxford University Press.

EUROPEAN PRESSURE ULCERS ADVISORY PANEL (1999). Guidelines on treatment of pressure ulcers. *EPUAP Review*. Vol. I, n.º 2, p. 31-33.

JAVITZ, H.; WARD, M.; MARTENS, L. (1998). Major costs associated with pressure sores. *Journal of Wound Care*, Vol. 7, n.º 6 (Jun), p. 286-290.

## POSTER 152

## AUTORES/AUTHORS:

Maria João Monteiro Silva, Maria Augusta Pereira Lopes, Isabel Maria Antunes Barroso, Elza Maria Silva Lemos

## TÍTULO/TITLE:

The Method Psychoprophylactic in Preparation for Childbirth

## 1- Objectives

The preparation for labour/motherhood has a growing importance in the health system, with political initiatives that aim to support and promote natural delivery. In this context, the main goal of this project has consisted in the evaluation for health care management of the specific case of the Psychoprophylactic Method of preparation for labour/motherhood.

## 2- Methods (sample and instruments)

The present research, of an empirical nature, registers in a quantitative paradigm, in a sample of 130 pregnant women, equally distributed between women with and without preparation for labour/motherhood – Psychoprophylactic Method, that came to the Hospital Centre of Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, for the birth of their children. The data gathering has been obtained through a formulary structured in nine thematic units. The age average of pregnant women was of 28, 55 years, the schooling average was of 12 years and the status of most of the pregnant women was married (75, 4%).

## 3- Results

The obtained results show us that for a high number of women in labour (46, 9%) it was their first pregnancy and it was a full term labour (56, 9%), prevailing one child per couple for most couples. Although, for most women this particular event was planned and wanted, the number of not planned (23, 8%) and unwanted pregnancies (22, 1%) must be mentioned.

Prenatal vigilance was carried out by a significant number of women (96, 2%), leading us to enquire the number of women that did not have appropriate vigilance during pregnancy. The preparation for labour, opposed to what is recommended, has occurred, for most women (55, 4%) after the 28th week of gestation. During the sessions of preparation for labour/motherhood, most women obtained information about labour, analgesia epidural, breast feeding and care for the newborn. The frequency of use of practical exercises during labour and delivery was quite inferior to what was expected.

Eutocic labour with episiotomy (40, 8%) and dystocic labour with the application of cupping glass were most frequent in women that had preparation for labour/motherhood. The time of permanence in the labour room was, in average, identical for both groups of pregnant women. The option of analgesia epidural was taken more expressively by women that had preparation for labour/motherhood and the intensity of pain during labour and delivery was perceivable with higher intensity in women without preparation for labour.

In what concerns the expression of feelings of fear and confidence, we have verified that women that had preparation for labour felt more confident and mentioned less fear. The possibility of having the father of the child attending and participating in the birth of their children, was more expressive in women that had preparation for labour/motherhood.

Most newborns (70, 8%) were adapted to breast feeding in the first hour of life, and in the second day post labour, only 72, 3% of women were exclusively breast feeding, with a slight predominance amongst women that had preparation for labour/motherhood. A significant number of women that had preparation for labour/motherhood had no difficulties in what concerned hygiene and comfort care, or in what concerned the umbilical stump and sleep and rest.

In general, we verified that gains in health were obtained in the group of women that had preparation for labour/motherhood – Psychoprophylactic Method, resulting from a bigger compliance of the prenatal vigilance appointments, from the more frequent presence of the father during labour, from the recognition of the newborn's competences, from the minor difficulties in caring for the newborn, from the bigger adhesion to breast feeding and from the option of analgesia epidural.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

## 4- References

Aguilar Cordero, M. J., Gómez García, C. I., & Varga Gámez, P. (2005). Promoción de la lactancia materna: Ventajas y causas de abandono. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna* (pp. 157-167). Madrid: Elsevier.

Alferes, V. R. (1997). *Investigação científica em psicologia: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

American Academy of Pediatrics. (2005). The promotion of breastfeeding: Policy statement based on task force report. *Pediatrics*, 115 (2), 496-506.

Arena Ansótegui, J. (2004). Introducción. Recomendaciones actuales de la OMS y Unicef: Los diez pasos, la IHAN, función especial de las maternidades. In Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, *Lactancia Materna: guía para profesionales* (pp. 171-174). Madrid: AEP.

Bachman, J. A. (2002). Manejo do desconforto. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, & I. M. Bobak, *O cuidado em enfermagem materna* (5ª ed., pp. 314-335). Porto Alegre: Artmed.

Benzecry, R. (2002). A preparação psicossomática para o parto. In J. D. Rezende, *Obstetrícia* (pp. 278-287). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Bértolo, H., & Levy, L. (2008). *Manual do aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos do Bebê.

Brazão, R. (2000). Analgesia e anestesia no parto. In L. M. Graça, *Medicina materno fetal* (2ª ed., vol. 1, pp. 398-412). Lisboa: Lidel.

Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.

Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1993). *A relação mais precoce. Os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade: Representações e tarefas do desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.

Carmo, A. J. (2006). Sentos e consensos na prevenção e tratamento da dor em obstetrícia: Uma perspectiva de enfermagem. *Nursing*, 16 (207), 9-13.

**POSTER 155**

**AUTORES/AUTHORS:**

Neriman Zengin, Rukiye Pinar

**TÍTULO/TITLE:**

Reliability and Validity of the Continence Self-Efficacy Scale (CSES) in Turkish Women with Urinary Incontinence

**Object:** The aim of this study was to methodologically investigate the psychometric properties of CSES, of the women with urinary incontinence in Turkey.

**Methods:** The CSES was first adjusted for language equivalency and cultural adaptation; and then reliability-validity analysis was carried out. CSES, standard "forward-back forward" translation procedure was carried out.

The translation of the scales was implemented by independent translators who had learned English in different times and cultures in this study. The Turkish statements were browsed by comparison; the most suitable expressions as regards to their comprehension were chosen; and a single form in Turkish was created for both of the scales. The independent translators then translated those forms in Turkish to its original language; those translated forms were compared with the original forms in English; a single back-translated form was created accordingly; and this form was presented to the approval of the scholar who developed the scale. The last changes in the forms were implemented according to the suggestions of the developer; and thus language equivalency-cultural adaptation procedure was actualized. The sample population of the study comprised of women who applied to the Gynaecology and Paediatrics Training and Research Hospital in Istanbul, with complaints of UI and then received urodynamic testing, during September 2005-September 2006. Eight subjects were targeted for each item; and a sample was recruited from 128 participants who received urodynamic testing. Data were collected by face-to-face interviews by using diagnostic forms, CSES, Broome Pelvic Muscle Exercise Self-Efficacy Scale-(Broome PMSES), International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form-(ICIQ-SF). Reliability evaluations of CSES were based on the methods of internal consistency and stability. The criterion level for the coefficient alpha was set at 0.70 or above. Test-retest correlation values as low as  $r=0.21$  have been reported as evidence for reliability; and  $p>.05$  is a more realistic measure. Validity for the Turkish version of the CSES was established by two ways; criterion validity and construct validity. Comparison of global and sub global scores obtained from the Turkish Broome PMSES with the Turkish CSES provided the criterion validity. Factor analysis was used for construct validity.

**Ethical Approach:**The study was conducted according to the Helsinki Declaration and was approved by the Ethical Committee of the Marmara University, Bakirköy Gynecology and Pediatrics Training and Research Hospital in Istanbul. Written permissions from the developer of the scale and the related institution, in which the research would be conducted, were taken; and the ones who agreed to participate were included in the study.

**Statistical Method:** A statistician performed statistical analysis by using the Statistical Package for Scientific (SPSS) version 12.0. Significance values of for all statistical tests were set at the  $p<.05$  level

**Results:** Cronbach's alpha coefficient of internal consistency reliability of the scale in the study were determined as 0.94. Item-total score of the scale reliability analysis for this research showed that the total correlation coefficients varied between 0.60-0.79. The test retest correlation coefficient was between 0.39-0.77 while the total scales correlation coefficient of  $r = 0.76$  was determined to be statistically significant. For the factor analysis of the scale, two factors, with eigenvalues exceeding 1 are determined; and factor loads of each item also exceed the limit value 0.40. Two factors with eigenvalues, which explains the 66.7% of the variance belonging to the two factored structure, 8.74 and 1.93 respectively, were found. It was observed that the first factor reflected the efficacy expectations towards the pelvic floor muscle exercises while the statements under the second factor reflected the outcome expectations. In criteria validity, the correlation between Broome PMSES and sub-dimensions and CSES was examined. The correlation among CSES total scale with Broome PMSES, self-efficacy expectations and outcome expectations ( $r = 0.73$   $p < 0.01$ ,  $r = 0.69$   $p < 0.01$ ,  $r = 0.53$   $p < 0.01$ , respectively) were determined to be statistically significant at a high level ( $p < 0.01$ ).

**Discussion:** The Turkish version of CSES underwent psychometric testing using acceptable sample size. Construct validity, criterion validity, test-retest reliability, and internal consistency of the translated instrument were clearly demonstrated.

**Conclusion,** it can be stated that CSES scale is a reliable and valid measurement tool for Turkish women. CSES can be used for evaluating the changes in women with urinary incontinence occurring after the treatment compared with the period after the treatment

and to monitor the women who had been given pelvic floor muscle training.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Broome BA. (1999). Development and testing of a scale to measure selfefficacy for pelvic muscle exercises in women with urinary incontinence. *Urol Nurs*, 19(4):258-268
2. Broome BA. (2001). Psychometric analysis of the Broome pelvic muscle selfefficacy scale in African-American women with incontinence. *Urol Nurs*, 21(4):289-97.
3. Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Lepège A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, Gandek B, Wagner A, Aaronson N, Bech P, Fukuhara S, Kaasa S, Ware JE Jr. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. International Quality of Life Assessment. *J Clin Epidemiol*. 1998; 51(11):913-23
4. Kim JI. Continence efficacy interventions program for community residing women with stress urinary incontinence in Japan. *Public Health Nurs*, 2001;18:64-72
5. Zengin N. (2008) Effects of nursing education and behavioral therapy on comfort, pelvic muscle exercise self-efficacy and quality of life among women with urinary incontinence Marmara University, Institute of Health Sciences, Medical Nursing Doctoral Thesis (Thesis advisor: Prof Dr. Rukiye Pinar).
6. Pinar R, Celik R, Bahcecik N. Reliability and construct validity of the Health-Promoting Lifestyle Profile II in an adult Turkish population. *Nurs Res*. 2009;58(3):184-93.

**POSTER 156****AUTORES/AUTHORS:**

Ükke Karabacak, Sehriban Serbest, Zehra Kan Öntürk, Fatma Eti Aslan, Nermin Olgun

**TÍTULO/TITLE:**

NURSING EDUCATION AND ASSERTIVENESS: One-year follow up results of impulsive behavior in students

**INTRODUCTION & OBJECTIVE**

Modern nursing is a profession where professionals have knowledgeable, investigating, questioning, making plans, decided and implementing. This professional group must to support to work together and the development of communication. This awareness and skills should be gained during training. During the training of nursing students, the professional knowledge, skills and attitudes to gain by telling themselves and impulsive behavior has also developed skills (Yildiz 2006, Dönmez 2007, Sahin 2007).

in this context, this study has been done to investigate and develop effects on impulsive behavior of education which is given in first class, is thought to develop student's assertive communication skills and is given about the health sciences and nursing input, health assessment, psychology, nursing, basic principles and practices.

**MATERIAL AND METHOD**

This type of research is descriptive and cohort.

Universe and Sample: The universe of research was created by students who are 1. class grade of Nursing Department of one Foundation University in Istanbul (N=100).

Collection of data:

Ethics committee approval and the work permit before research was received. Taken written permission from the volunteries with concent form. This form was explained to the volunteries that they have to fill the "The College Self-Expression Scale (CSES)" in to the planned time.

First phase datas were collected before noon on the first week of October 21, 2009. The students were accepted to the school in this date. Second phase datas were collected at the end of first term on January 20, 2010.

Data Collection Tools: Student Recognition Form: The form, is including socio-demographic characteristics of students, consisted of 17 questions.

The College Self-Expression Scale (CSES), is used to determine level of assertive communication of students. This scale consists of 50 items. The avavage scores of scores that is obtained from college self-description scale is calculated. Cut off point obtained is considered when remove SD from the mean value. The person who scored above of the cut off value is evaluated to have got assertiveness behavior, who scored below of the cut off value is evaluated to haven't got assertiveness behavior.

Evaluation of data: The data were analysed by the Statistical Package for Social Sciences, SPSS, version 11.5 with frequency, mean, standart deviation and t test. Cronbach's Alpha coefficient used for the validty and reability analysis. Cronbach's Alpha coefficient in the first stage was find 0.81, in the second stage was find 0.87, and questioner was accepted valid and reliable.

**RESULTS**

90% women, single whole ,59% came from outside of Istanbul and 40% stayed homeland of students who are joined to research are determined.

The cut off point was 118 before nursing education. Accordingly it was determined that %83 of students have impulsive behavior, %17 of students have not impulsive behavior. At the end of first term of education, it was determined %86 of students have impulsive behavior, %14 of students have not impulsive behavior.

**DISCUSSION**

According to the results obtained from research, majority of students have the impulsive behavior and vocational education affects positively impulsive behavior characteristics. However, evaluations in this direction be made in all phases of education and be supported with training programs when necessary will be appropriate.

Key words: Nursing, nursing education, assertiveness



**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Yildiz, A. (2006). Self-esteem and assertiveness level of in Nurses and Midwives Working in Primary Health Care Services. University of Istanbul, Institute of Health Science, Department of Nursing in Psychiatry. Master's Thesis. Istanbul.

Dönmez, M.M. (2007). According to Assertiveness Levels of High School Students' Comparison of Expressing Feelings Trends and Life Satisfaction . Master's Thesis, University of Ankara Institute of Education Sciences, Ankara.

Sahin, B. (2007). Determination Relationship of Nursing Students' Tell of Themselves and Coping with Stress. Master's Thesis, University of Halic, Institute of Health Science, Istanbul.

Version  
Preliminary  
Version

**POSTER 157**

**AUTORES/AUTHORS:**

Lyda C. Arevalo-Flechas, Sharon L. Lewis, Sara L. Gill, Michael Sierra-Arevalo

**TÍTULO/TITLE:**

**ETHNOGRAPHIC ANALYSIS OF THE CAREGIVING EXPERIENCE**

ETHNOGRAPHIC ANALYSIS OF THE CAREGIVING EXPERIENCE, of the authors: Lyda C. Arevalo-Flechas, Sharon L. Lewis, Sara L. Gill, Michael Sierra-Arevalo, with code "10756" after evaluation by the Scientific Committee, has been selected for "POSTER" presentation in the 14th International Nursing Research Conference, which will take place from November 9th to 12th 2010.

Background: Caregivers provide extensive care for relatives with Alzheimer's disease. Although they perform an incredibly valuable service, they do so at a considerable cost to themselves emotionally and physically. Ethnic and cultural factors influence how caregivers are impacted by their role. The role that culture and language play on a person's perception of burden has not been explored. Neither have appropriate instruments been developed that are culturally sensitive and linguistically congruent. The fact that there is not a Spanish equivalent for the word burden raises concern when the concept of burden is measured in Hispanic caregivers. Objectives: To compare the language and expressions used by bilingual (English/Spanish) Mexican American and monolingual (Spanish) Colombian Alzheimer's caregivers to describe their caregiving experience. Methods: Caregivers (Mexican American n= 13, average age =56; Colombian n= 16, average age =48) of relatives with Alzheimer's disease were enrolled in the study. Semi structured interviews were conducted and analyzed following a modified Spradley ethnographic methodology (12 step Developmental Research Sequence). Participant observation and artifacts provided rich data incorporated to the analysis. Findings: There were no differences between the 2 groups in the terminology used in Spanish to describe the impact of caregiving. The terminology used in English had literal and contextual translations to Spanish. None of the caregivers used spontaneously the words burden or carga to describe their experience. When specifically asked about the meaning of these two words, caregivers associated the word burden with negative financial consequences, and the word carga with the physical attributes of weight, load, and with the derogative feeling of bother. Caregivers found the words burden and carga inappropriate and at times offensive to describe their experience. Both, monolingual and bilingual Hispanic/Latino caregivers described their caregiving experience as a difficult task. However, caregiving was described as an honorable opportunity to accomplish two culturally prescribed goals: caregiver satisfaction, and caregiver duty fulfillment. A culturally informed conceptual orientation of caregiving is proposed. Three overarching themes emerged during the formal and informal interviews that were supported by the narrative and found in the artifacts included in the study. These themes were: caregiving has consequences, caregiving fulfills a duty, and caregiving is satisfying. Three main consequences were identified: caregiving is physically challenging, caregiving is emotionally draining, and caregiving is financially detrimental. Caregiving fulfills a duty had two main components: Caregiving is my duty, and caregiving is learned. Caregiving is satisfying had three components: Caregiving is my opportunity to give back, caregiving is knowing that I am doing my best, and caregiving is a sacrifice. Discussion: Hispanic/Latino caregivers whether monolingual or bilingual describe their experience framed within ethnic and cultural values. The words burden and carga are culturally inappropriate to describe the Hispanic/Latino caregiving experience. Cultural issues need to be considered when strategies are implemented to assist the increasing number of family caregivers as our society ages. Further work is needed to refine a culturally informed theory of caregiving. Ethnography as a methodology was useful in the exploration of the caregiving experience. The proposed conceptual orientation provides guidance to develop interventions geared towards supporting Hispanic/Latino caregivers. Implications for Nursing Practice: Delivery of culturally proficient nursing services to Latinos/Hispanics is a priority if we are to continue attempting to close the existing gap and disparities in the delivery of care. Developing a strong command of the Spanish language is seen by many health care providers as the main solution. In fact, this is not a realistic goal for most non-Spanish speaking health care providers wishing to establish a trusting relationship with Latino/Hispanic patients. Speaking Spanish improves the ability of nurses to communicate during clinical encounters. However, knowledge of the culture and the values that motivate patients' decisions and behaviors can allow nurses to be more effective and provide personal and respectful nursing care. Nurses providing care for this population must have an in-depth knowledge and understanding of Latino/Hispanic diversity, central cultural values, health beliefs and practices, and effective communication strategies. Implying that a caregiver is experiencing burden or that a care-receiver is a burden or a carga without explicit validation from the caregiver may not be the best way to promote communication with caregivers and their families.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Arévalo-Flechas, L.C (2008) Factors influencing Latino/Hispanic caregivers' perception of the experience of caring for a relative with Alzheimer's disease. Dissertation Abstracts International, DAI-B 69/06. (UMI 3311328)

Open access at: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1564020851&sid=1&Fmt=6&clientId=70986&RQT=309&VName=PQD>

Arévalo-Flechas LC, Lewis SL, Braden CJ, Gill SL, Acton G, Medrano MA.. Caregiver satisfaction and caregiver duty fulfillment: Central cultural concepts in caregiving Springer; 2009 Jul. p. S496-S496. (The Journal of Nutrition, Health & Aging; vol. 13, no. 6).

Arévalo-Flechas LC, Braden CJ. Caregiving: A hard job done with love 2009 Jul. p. S326-S327. (The Journal of Nutrition, Health & Aging; vol. 13, no. 6).

Spradley JP (1979). The Ethnographic Interview. Holt, Rinehart and Winston. New York.

**POSTER 159**

**AUTORES/AUTHORS:**

Pedro Sousa, Isabel Santos

**TÍTULO/TITLE:**

**BODY IMAGE AND OBESITY IN ADOLESCENCE: DEMOGRAPHIC, PSYCHOLOGICAL AND BEHAVIORAL ASPECTS**

**INTRODUCTION:** The actual lifestyle, anchored in technological advances, contributes to the reduction in physical activity and leisure levels, phenomenon associated with the increase of hypercaloric food consumption and obesity. Meanwhile, there is a social pressure on the thinner, dictated by rigid beauty standards that require anthropometric profiles increasingly thinner (Bosi, Luiz, Morgado, Costa, & Carvalho, 2006). The media perpetuate the "appearance obsession" built by the society.

The body image seems to be a concept of increasing importance in our daily lives. It is defined as the mental figure of our own body, that is, the way in which the body is presented to us (Bosi et al., 2006). These conceptions impose the need to reflect on health and disease, representations that are influenced by beliefs, expectations and culture.

Once that obesity is the 21st century epidemic and is immersed in a context marked by stigmas, it seems appropriate to analyze the body image or weight representation influence in socio-demographic, psychological and behavioral aspects. However, this obesity stigma is concentrated mainly in adolescence, high risk period for the development of an unbalanced body image. This is because the adolescents with overweight/obesity perceives their difference and hear rude and offensive phrases from colleagues, leading to the limitation of sportive activities and social life (Carvalho, Pedrao, & Laurel, 2006).

**OBJECTIVES:** The present study pretends to assess how adolescents perceive their weight, and to assess the obesity prevalence in the studied sample. It aims to determine and compare the relation between body image and obesity with socio-demographic, psychological and behavioral aspects of adolescents.

**METHODOLOGY:** This is a quantitative, exploratory and transversal study, with an adolescent population that studies in 11 high schools in the district of Viseu (Portugal). The sample had a total of 1198 individuals being non-probabilistic and accidental. In the present study, the data collection instrument was a questionnaire consisting of closed questions, open and mixed for the sample characterization and evaluation of selected variables. Data collection took place between the years 2002-2003, in selected schools. For this study we defined two dependent variables (body image and obesity) and multiple independent variables (school, sex, age, sedentary lifestyle, socioeconomic status, family function, self-concept, depression and school success). Body image was assessed using a closed question where teenagers described themselves as "thin", "normal" or "fat."

Obesity was evaluated using the body mass index (BMI) over 25 kg/m<sup>2</sup> as a cutoff point to screen adolescents of both sexes (Miller, Victora, Barros & Tomasi, 2000), and the BMI calculated by the formula: weight/height<sup>2</sup>. In this study we used self-reported BMI, because of methodological and logistical constraints, and its validity properly safeguarded (Fonseca, Faerstein, Chor, & Lim, 2004).

**RESULTS:** After analyzing the results obtained, it appears that most teens interviewed consider themselves "normal" (71.5%) while 15.8% consider themselves "thin" and 12.7% consider themselves "fat". The statistics for BMI, showed that the minimum value found was 14.2 kg/m<sup>2</sup> and the maximum value of 54.6 kg/m<sup>2</sup>, with an average of 21.7 kg/m<sup>2</sup> and a standard deviation of 2.8. Grouping data regarding BMI classes, it appears that the non-obese adolescents (<25 kg / m<sup>2</sup>) account for 91.2% of the sample, while the obese (> 25 kg/m<sup>2</sup>) constitute 8.8% of individuals.

**CONCLUSION:** Obesity appears to be one of the major scourges of modern society, affecting young people in a particular way. In this study it was found that body image was significantly associated with: female sex, sedentary lifestyle, functionality, familiar, self-image and depression, while obesity is related significantly with: male gender, age and school success. These results underscore the importance of evaluating the perception of weight / body image along with BMI, because sometimes the problem lies not only in being obese, but also in the self-representation of a weight greater than ideal.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Bosi, M. L. M., Luiz, R. R, Morgado, C. M., Costa, M. L., Carvalho, R. J. (2006). Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (2), 108-113.

Carvalho, A., Pedrao, L., & Loureiro, S. (2006). Autoconceito e imagem corporal de crianças obesas e não obesas. Dissertação, não publicada, de mestrado em Enfermagem Psiquiátrica apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Monteiro, P., Victora, C., Barros, F., & Tomasi, E. (2000). Diagnóstico de sobrepeso em adolescentes: estudo do desempenho de diferentes critérios para o Índice de Massa Corporal. *Revista de Saúde Pública*, 34 (5), 506-513.

Fonseca, M., Faerstein, E., Chor, D., & Lopes, C. (2004). Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. *Revista de Saúde Pública*, 38 (3), 392-398.

Versión Provisional - Preliminary version

## POSTER 161

## AUTORES/AUTHORS:

MELTEM YILDIRIM, MAKBULE BATMAZ, OZLEM SARA, ESRA OZCAKIR, GULCIN BOZKURT, SEVIM DURSUN

## TÍTULO/TITLE:

The Investigation of Umbilical Cord Care Methods among Newborns

Introduction: The umbilical cord infection is one of the outstanding problem in newborn mortality and morbidity in underdeveloped and developing countries. The World Health Organization (WHO) reports that 460,000 neonatal deaths associated with umbilical cord infections occur annually in developing countries [1,2]. It is estimated that 300 thousand infants die annually from tetanus, and a further 460 000 die because of severe bacterial infections, of which umbilical cord infections are an important precursor [3].

The incidence of cord infections among neonates in developing countries is unknown. Some studies have reported infection rates among hospitalized babies before discharge, but surveillance for post discharge infection is rare [3]. A 2-year hospital-based study of neonatal ophthalmitis in eastern Turkey reported an even higher ophthalmitis incidence rate of 7.7 per 100 inpatient newborns per year [4].

Many studies have shown that single or repeated antiseptic applications to the umbilical cord can substantially reduce bacterial colonization. According to the literature, there are many antiseptic solutions to be used for umbilical cord care [1,2]. The most appropriate solutions in umbilical cord care for routine use is still not known [5].

The aim of this study is to investigate the umbilical cord care methods among newborns according to some variables.

Method: The study has been carried out in a Mother-Child Health Center in Istanbul between February 1st, 2009 and March 1st, 2009 on every Monday, Tuesday and Wednesday. 300 mothers who have 0-1 aged babies were the sample of the research. All of the 300 mothers accepted to participate the study and answered all the questions. The data collected with a Data Collection Form (with 21 questions) which is prepared by the researchers and the data was evaluated with frequency and Chi-Square tests.

Results: The mean detachment time of the umbilical cord was  $8.52 \pm 3.99$  days and the mean pregnancy week was  $36.89 \pm 1.89$  weeks. In umbilical cord care; 42% of the mothers used alcohol, 41.3% used betadine, 15% kept the umbilical cord dry.

82.4% of the mothers with bachelor degree used alcohol, and 39.4% of the mothers who are not literate kept the umbilical cord dry ( $p < 0.01$ ). None of the mothers with bachelor degree and high school degree used additional traditional method to shorter the detachment time. Besides 21.2% of the mothers who are not literate tried a traditional method to shorter the detachment time ( $p < 0.01$ ).

79.4% of the mothers who lived in urban areas for a long time used alcohol, the ones who lived in rural area kept the umbilical cord dry ( $p < 0.01$ ). 99.2% of the mothers who gave a birth in hospital used alcohol, %15.6 of the mothers who gave a birth at home kept the umbilical cord dry ( $p < 0.01$ ).

44.3% of the mothers with the  $\leq 7$  detachment day used betadine, 36.5% use alcohol, 19.2% kept the umbilical cord dry ( $p < 0.05$ ). 82.4% of the mothers who used alcohol got that advice from a physician, 16.8% advised by the nurse; 84.4% of the ones who didn't get any advices kept the umbilical cord dry ( $p < 0.01$ ).

Discussion: There are several studies which investigates the methods used in umbilical cord care. [1,2,5,6,8]. In our study; while 44.3% of the mothers with the  $\leq 7$  detachment day used betadine and 19.2% kept the umbilical cord dry; 52.6% of the mothers with  $\geq 8$  detachment day used alcohol. In the study of Kul et al [1]; there were no significant difference between alcohol, betadine and keeping dry in terms of detachment time. Guala et al [6] has been found the detachment time longer in alcohol group. Similar to Guala and colleagues findings; Evens et al [7] reported that the newborns in the dry cord care group had shorter detachment time in compared with alcohol group.

Eighty-two point four percent of the mothers with bachelor degree used alcohol, and 39.4% of the mothers who are not literate kept

the umbilical cord dry. None of the mothers with bachelor degree and high school degree used additional traditional method to shorter the detachment time. Besides 21.2% of the mothers who are not literate tried a traditional method to shorter the detachment time. As is seen from the findings related to mothers' education level; it can be said that mothers with higher education levels are more comfortable to ask for help and prefer to use common solutions instead of using traditional methods that may risk the newborn's health.

There was a variety of methods used in umbilical cord care and this variety changes from individual factors to professional factors such as mothers' sociodemographic characteristics to giving birth in hospital or at home. However; the advices of physicians and nurses about umbilical cord care methods are not consistent enough with each other. Healthcare professionals should agree upon the most appropriate solution for the umbilical cord care. Furthermore, education programs should be carried out by considering the mothers' sociodemographic characteristics and the outcomes should be inspected.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Kul M, Gursel O, Gulgun M, Kesik V, Sarici SU, Alpay F. Evaluation of the effects of different cord-care regimens in full term newborns on cord separation time and other clinical results. Turk Pediatri Arsivi 2005; 40:228-230.
2. Erenel A, Vural G, Efe S, Özkan S, Özgen S, Erenoglu R. Comparison of olive oil and Dry-Clean Keeping Methods in Umbilical Cord Care as microbiological. Maternal Child Health J. 2009; DOI 10.1007/s10995-009-0536-4.
3. Mullany LC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Role of antimicrobial applications to the umbilical cord in neonates to prevent bacterial colonization and infection: a review of the evidence. Pediatr Infect Dis J. 2003;22(11):996-1002.
4. Guvenc H, Guvenc M, Yenioglu H, et al. Neonatal omphalitis is still common in eastern Turkey Scand. J Infect Dis 1991;23:613-6. (PubMed:1767258)
5. Care of umbilical cord, A Review of the evidence. World Health Organization. Geneva. 1998.
6. Guala A, Pastore G, Garipoli V, Agosti M, Vitali M, Bona G. The time of umbilical cord separation in healthy full-term newborns: a controlled clinical trial of different cord care practices. Eur J Pediatr 2003;162:350-351. DOI 10.1007/s00431-003-1174-2.
7. Evens K, George J, Angst D, Schweig L.: Does Umbilical Cord Care in Preterm Infants Influence Cord Bacterial Colonization or Detachment. Journal of Perinatology 2004; 24:100-104.

**POSTER 162**

**AUTORES/AUTHORS:**

MAKBULE BATMAZ, NESRIN ILHAN, EMINE AYDIN, ÖZLEM KOCAK, ILKNUR KAVURGA, ESRA OGUZ

**TÍTULO/TITLE:**

The Perception of the Health Locus of Control by Women and the Investigation of their Health Behaviors

**Objective:** To determine the perception of the health locus of control by women and the investigation of their health behaviors.

**Method:** This study was carried out in a Medical Center which belongs to a Civil Government in Istanbul with written permission. The target population includes the women who were there in any of three days (Tuesday, Wednesday, and Thursday) in between December 30th, 2009 – January 14th, 2010. The sample includes 250 women who agreed to participate to the study. The data has been collected every three days in a week in between December 30th, 2009 – January 14th, 2010. For the collecting of data, demographic information questionnaire which is prepared by the researchers, Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP-II) and Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) were used. The data were evaluated by frequencies, One Way Anova, Kruskal-Wallis test and Mann Whitney U test.

**Results:** Mean score of the Health Promoting Lifestyle Profile was found  $137.70 \pm 19.56$ . There was a significant difference between the total score of HPLP-II/it's sub groups' mean scores and age groups, marital status, education level, spousal education, professional status, long-living area, having children, family type and the model of the house ( $p < 0,05$ ). The women who are married, graduated from university, whose husband is graduated from university, who have a good income, who lived in urban and rural area for a long time, who have a nuclear family type and lived in an apartment have higher scores in healthy lifestyle behaviors ( $p < 0.05$ ). In the MHLC scale; the mean score of the internal health locus of control sub-group was score  $24.74 \pm 4.41$ , the mean score of the external health locus of control sub-group was  $23.90 \pm 4.34$ , the mean score of the fatalistic approach sub-group was  $25.90 \pm 4.42$ . There was a significant difference between MHLC's sub-groups' mean scores and having children, having a chronic disease and the model of the house ( $p < 0.05$ ). The mean score of the internal locus of control sub-group were high in the women who are widow and who have a child; the external locus of control sub-group's mean score were high in the women who are 44 years old and over, widow, have a child and live in a slum; fatalistic approach sub-group's mean score were high in the women who are 44 years and over, have a chronic disease ( $p < 0.05$ ).

**Discussion:** Women's and their husband's average point of Health Promoting Lifestyle Profile increase when their education level increase. The result of Topcu, Esin and Guven's study confirms this study (1,2,3). Education level of the women and their husbands affect their healthy lifestyle behaviors positively. It was found that the women whose economic status is good have better healthy behaviors. These results are similar with Ilhan and Akgul's results (4,5). The nuclear family type's stress management and healthy behaviors are determined better. Having good economic status and rarity of the people in family affects family member's life quality and habit positively. The healthy behaviors of the people who lives in apartment are determined better. Because the people who lives in apartments have better economical status than the people who lives in slum.

External health locus of control and fatalistic approach sub-group average point of the women who is 44 years old and older have higher scores than the other women. Age positively correlated with higher powerful external health locus of control and fatalistic approach is found at Egan and her colleagues' study (6). This result confirms the study results.

Internal health locus of control sub-group average point and external health locus of control sub-group average point of the women who have children are found higher than the women without children. Because of having children, it is thought that the people who have children have much more internal control perception. Sub-group average point of fatalistic approach of the people who have chronic diseases found higher than the people who have no chronic diseases. So, it is thought because of this situation that the women base on destiny the reason of their illness and cope with their illness like this.

Woman's and her husband's education degree, rising of economical income, rarity of people in family and improvement of home conditions affect Healthy Lifestyle Behaviors positively. For this reason; to improve woman health, health education programs must be



arranged. Especially the women who is old, has lower education level and economical income, has chronic illness, interpret their health status badly and in risky situation must be arranged to join this education programs. The studies show that the people's locus of control perception affects their physical and psychological health. So, educating permanently about health locus of control or similar inner values is proposed to raise responsibility of consciousness in individual's sick and in healthy condition.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY

1. Topcu S. Health promoting behaviours of immigrant and not immigrant women. Dokuz Eylul University Health Sciences Institute Unpublished Masters Thesis. Imir, 2006.
2. Esin M N. Healthy life style behavior scale: a reliability and validity study. Nursing Bulletin 1999; 12(45):87-95.
3. Guven N: Healthy life style behaviours of housewives. 6. National Nursing Congress with International Participation, Congress Book(P-400), Istanbul, 2007.
4. Ilhan(Akman) N.: Healthy life style behaviors and life satisfactions seen in old people living in retirement house. Marmara University Health Sciences Institute Unpublished Masters Thesis, Istanbul, 2003.
5. Akgul N. : Determination of health- promotion lifestyle profile and self-efficacy of health staff working in the primary health services in the province center Sivas. Cumhuriyet University Health Sciences Institute Unpublished Masters Thesis,, Sivas, 2008.
6. Egan J.T., Leonardson G., Best LG., Welty T., Calhoun D., Beals J.: Multimensional health locus of control in american indians: the strong heart Stuy. Ethn Dis 19(3):338-344, 2009.

## POSTER 163

## AUTORES/AUTHORS:

Maria da Saude Oliveira Custódio Lopes, Maria dos Anjos Dixe, Helena Catarino

## TÍTULO/TITLE:

Determinants of parenting difficulties and facilities in the first three years of childhood

## Autores:

Maria da Saude Oliveira Custódio Lopes (Doctoral Student from Portuguese Catholic University)

Maria dos Anjos Dixe;

Helena Catarino

## Affiliations:

School of Health Sciences

Health Research Unit

Polytechnic Institute of Leiria

The nurse has responsibility and closeness to assist parents in developing the child's potential that is essential in the early years of child life. This support should be based on a positive approach and from the parents' potential so to identify parenting difficulties and facilities can guide nursing interventions.

The purpose of this study was to identify the difficulties and facilities in the exercise of parenting, know which factors contribute most to these difficulties and facilities, and determine the factors that are common with difficulties and facilities.

Methods: In this co relational study with a convenience sample, 106 parents of children under 3 years old completed a questionnaire with open questions. The data was grouped into subcategories, categories and main categories. Categories and sub categories result from the internal review of data and the main categories were based on literature review. The registration units were considered dichotomous variables and all data were analysed using SPSS 14.0 for Windows.

Results: The difficulties mentioned by 81 parents resulted from parental factors ( $n = 14$ ), child factors ( $n = 16$ ), parental role ( $n = 76$ ) and lack of support ( $n = 9$ ). For parental role in the greatest difficulties were related to the care of the sick child ( $n = 36$ ,  $r_s = 0.482$ ,  $p < 0.01$ ) and child's basic needs ( $n = 33$ ,  $r_s = 0.484$ ,  $p < 0.01$ ).

Parents identified and justified situations facilities in parenting. The factors that have contributed most to the facilities were related to child's characteristics ( $n = 36$ ,  $r_s = 0.666$ ,  $p < 0.01$ ), specifically about the behavior; and parental role ( $n = 29$ ,  $r_s = 0.509$ ,  $p < 0.01$ ) specifically in breastfeeding and feeding.

The justifications for the facilities given by parents were attributed mainly to factors related to child's behaviour ( $n = 56$ ,  $r_s = 0.731$ ,  $p < 0.01$ ), acquire experience, preparing meals knowing and understanding of child development ( $n = 34$ ,  $r_s = 0.438$ ,  $p < 0.01$ ).

The analysis shows that decisive factors are common with difficulties and facilities, such as child's behaviour and development, child's needs (breast feeding, crying and sleep) and parents' experience.

## Conclusions

The results show areas of need for intervention to support parents in a positive parenting. The facilities show that the parents have potential that should be encouraged for optimal child development and the difficulties identified also show that they need support. This support should primarily be directed to the factors that are common in difficulties and facilities because they are crucial for parents and children and may have more success in empowering parents to their role.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

## References

Bardin, L.(2004). Análise de conteúdo. 3.ª ed. Lisboa: Edições 70 Lda.

- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Brazelton, T.B. & Sparrow, J.D. (2006). *Touchpoints birth to three: Your Child's Emotional and Behavioral Development*. 2nd ed. Cambridge: Da Capo Press.
- Budd, K. S., Holdsworth, M. J., & HoganBrien, K. D. (2006). Antecedents and concomitants of parenting stress in adolescent mothers in foster care. *Child Abuse & Neglect*, 30(5), 557-574.
- Council of Europe (2008). *Parenting in contemporary Europe: a positive approach*. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing.
- Gray, J., Spurway, P. & McClatchey, M. (2001). Lay therapy intervention with families at risk for parenting difficulties: The Kempe Community Caring Program. *Child Abuse & Neglect*, 25 (5), 641-655
- International Council of Nurses (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Geneva. ISBN: 92-95040-36-8
- LeCroy, C. W., & Whitaker, K. (2005). Improving the quality of home visitation: An exploratory study of difficult situations. *Child Abuse & Neglect*, 29(9), 1003-1013.
- Lopes, M.S.O.C., Dixe, M.A. & Catarino, H. (2009). Parentalidade Positiva: onde focar a atenção? Referência (Actas e comunicações, II Série, 10, Suplemento de Julho 2009, p. 142.
- MELEIS, Afaf Ibrahim et al.(2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory Transitions. *Advances in Nursing Science*, 23, p. 12-28.

**POSTER 164**

**AUTORES/AUTHORS:**

FILIZ YENIHAYAT, NECMIYE SABUNCU, KURSAT OZDILLI

**TÍTULO/TITLE:**

The Relationship between Perceived Social Support and Stress in Adult Leukemia Patients

**Objective:** The person diagnosed by leukemia may experience different emotional and behavior reactions during the treatment. The most common psychological symptoms are panic situation, intensive stress situation, depression, adjustment disorders, somatization, anxiety, personality change and organic brain syndrome in leukemia patients (2). In these situations patients have social support from their family and close friends. Social support may decrease the stress levels (1). The purpose of the study is to determine the relationship between perceived social support and stress in adult leukemia patients.

**Method:** The study has been carried out descriptively in a private hospital in Istanbul with written permission of ethical council between 1st September 2007 and 29th February 2008, the target population of the study is 109 adult leukemia patients who were hospitalized in the Hematology/Oncology department. All of the target population accepted to participate to the study. The sample choosing criteria were voluntary participation to study, being diagnosed with leukemia, being 18 years old and older, having no problem to communicate, being hospitalized by Hematology/Oncology department. The data were collected by Social Demographic Information Form which was prepared by the researchers, Multi Dimensional Perceived Social Support Measure (MDPSSS) and Stress Level Scale (SLS). MDPSS has been developed by Zimet, Dahlem and colleagues and adapted to Turkish by Eker and Arkar in 1995. SLS has been developed by Leighton and reliability and validity analyze has been made by Zuhul Baltas. The data was evaluated by Oneway Anova and Student-t tests. In this study; the cronbach's alfa score of Multi Dimensional Perceived Social Support Scale was 0.879 and the cronbach's alfa score of Stress Level Scale was 0.732. Pearson's correlation analyze was used in analyze of the relationship between the scales. The results were evaluated statistically by SPSS 15.0 between 95% reliability interval with  $p < 0.05$  significance level.

**Results:** There was a negative significant ( $p < 0.01$ ) correlation between the scores of stress levels and social support scale's total score ( $r: -0.339$ ). The patients with high levels of stress had supported by their families ( $p < 0.05$ ). The stress levels of women had been found higher than the men. Men were getting more support from a significant other more than women ( $p < 0.05$ ). Men were perceiving all of the subscales of MDPSSS more than women ( $p < 0.05$ ). The patients who wants to be with the family were perceiving the family support more than the patients who wants to be with close ones and friends ( $p < 0.05$ ). It has been found that there were positive changes in the attitudes of the family members and close friends after being diagnosed with leukemia, however the sudden changes in the attitudes were increasing the patients' stress levels ( $p < 0.01$ ).

**Discussion:** Men were getting more support from a significant other more than women ( $p < 0.05$ ). In Savci's (2006) and Tan/Karabulut's (2005) studies also found that men's total social support score was higher than women in Turkey. Men accepted as a householder and they have an important role for protect unit of family may be cause of the men's high social support score in these studies. The patients who have children were perceiving family support more than who haven't children ( $p < 0.05$ ). The patients who have children are more permissive for accepting treatment, coping with issues and their disease. Patients seem their children the reason to keep going on their life. But if the patient is single, this situation is more difficult for him/her cause of nobody waits him/her and patient may show more depressive symptoms.

The patients who have high family support are more successful in coping with stress. Therefore, nurses should consider the family members in the stress management programs for the patients with leukemia. Besides, nurses also should consider the patients who are not hospitalized (in an outpatient treatment program) to improve their coping with stress skills and perceived social support.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Dincol ND: Suicide Risk and the Effect of Perceiving Social Support in High School Students. Istanbul University Health Science Institute, Master Thesis, p: 25-30, Istanbul, 2000. (Consultant: Associate Professor Sevim Buzlu)
2. Ozkan S: Psychiatric Medicine, Consultation Liaison Psychiatry, p:155-160.
3. Savci AB: The Factors Effecting Quality of Life and the Level of Social Support in Cancer Patients, Ataturk University Health Science Institute, Master Thesis, Erzurum, 2006. (Consultant: Professor Asuman Guraksin)
4. Tan M, Karabulutlu E: Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer, Cancer Nursing 2005: 28:236-240.

## POSTER 165

## AUTORES/AUTHORS:

MAKBULE BATMAZ, LATIFE UTAS AHKAN, SELMA ADA, ESRA YILMAZ, NURDANE AKYOL, FILIZ AKIN

## TÍTULO/TITLE:

Transitional Object Attachment among Kids in Nursery School and Parents Attitudes Regarding the Objects

Background: The mother's breast has considerable values for the baby like relaxation and fulfilling; also the other important value is that the baby accepts the breast as the mother. After weaning; the baby replace the breast to a ball of wool, edge of a napkin, feather pillow or a shag toy which are called transitional object in psychoanalytical theory. This soft transitional object becomes necessary when the baby is falling asleep, standing alone or trying to cope with some stress (1, 5, 6).

Objective: This study is performed to be a descriptive one to research attaching to a transitional object of 3-5 year old kids going nursery school and parents' attitudes related to attaching to a transitional object.

Method: This study was applied to the parents with 3-5 years old kids going nursery schools in districts of Fatih and Sisli in Istanbul and accepting to join the study between the dates September 2009 and February 2010. Population consists of the parents with 3-5 years old kids going nursery schools in the districts of Fatih and Sisli. Sample was comprised by totally 280 parents of 3,4,5 years old kids accepted to participate the study and going to nursery schools present in the districts of Fatih and Sisli and these nursery schools were chosen with random sampling method. Data of the study was accumulated from information form. By researcher's accumulating in accordance with literature information this form consists 33 questions and includes socio-demographic features of parents and transition object usage features of kids. A brief directive about transition object was given in the beginning of the form. Necessary verbal and written permissions were got from institutions. Frequency distribution and chi-square tests were applied in the evaluation of data. Results were assessed in the level of  $p < 0.05$  in computer.

Results: The %73.6 percent of parents have read nothing about transition object before. It has been stated that %34.7 percent of children prefers soft stuffed toys and blankets as transition objects and %42.9 percent needs these objects in 7-12 months old. It has been stated that %61.2 percent of children want the object while sleeping at night and %40.8 percent sleeps with it. It has been seen that most of the university graduate parents have read a few articles about transition objects. The relation between the children whose parents had read something about transition objects and the transition objects underlines the significance of having information of something before.

The rate of usage of transition objects is also high among the children who use nozzle. It has been stated that %73.6 percent of the parents read nothing about transition object and %85.7 percent of the parents taught nothing about transition object (blanket, piece of cloth, plush toys etc.) to their children.

Discussion: Kids of the parents who joined the research preferred firstly a soft stuffed toy and blanket, secondly a pillow and thirdly handkerchief and clothe as transition object.

Transitional object use starts between 4-12 months (7). In the study of Kurt (2004); it has been found that 47.1% of the babies started to use a transitional object in the first six months while 35.3% started in the second six months (3). Lehman (1995) stated that; 67% of the babies used a transitional object until they were 18 months old (4). In this study; 42.9% of the babies started to use a transitional object between 7-12 months while 26.5% started between 12-24 months.

Babies need certain objects to fall asleep. Hence they have some erotic activities such as sucking thumb or masturbation; so they use transitional objects (7). In the study of Kurt (2004); sixteen babies from seventeen want their transitional object while falling asleep and the parents stated that they observed that the transitional object helps the baby to sleep. This proves the primary function of the transitional object is to help the baby sleep (3). In this study; 61.2% of the babies prefers to sleep with their transitional object and 40.8% sleep with the object.

In our study; object wishing rates of kids whose parents joined the research and who have recurrent attitudes while falling into sleep and parents who read an essay or a source about transition object are found significantly high. For that reason it is recommended to organize enlightenment works with brochures, posters and training programs regarding this issue in 1st Step Health Care Institutions in order for parents to increase awareness regarding transition object in prenatal and postnatal period.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY

1. Akvardar Y, Calak E, Etaner U, Hurof C, Sunat H, Tukul R, Ucok A, Yucel B: Psikanalitik Kurama Giris, 3. Baski, Baglam Yayıncılık, Istanbul 2006.
2. Freud A: Cocuklukta Normallik ve Patoloji, 1. Baski, Metis-Otekini Dinlemek Yayinlari, Istanbul, 2000.
3. Kurt ZS: Anaokuluna Devam Eden 4-6 Yas Gurubundaki Cocuklarda Gecis Nesnesi Baglanmasinin Incelenmesi. Hacettepe University Health Sciences Institute, Master Thesis, Ankara 2004 (Consultants: Prof. Dr. Servet Bal, Prof. Dr. Reha Alpar).
4. Lehman EB, Arnold BE, Reeves SL (1995): Attachments to Blankets, Teddy Bears, and Other Nonsocial Objects. American Journal of Orthopsychiatry. 66, 3, p. 427-436.
5. Prof. Dr. Ozturk MO: Psikanaliz ve Psikoterapi, 3. Baski, Bilimsel Tip Yayınevi, Ankara, 1998.
6. Winnicott DW : Oyun ve Gerceklik, 2. Baski, Metis-Otekini Dinlemek Yayinlari, Istanbul 2007.

Versión

## ÍNDICE / INDEX

Conferencia Inaugural: La construcción social del cuidado de enfermería	Opening Conference: Social construction of nursing care	p. 1
Mesa de comunicaciones 1: Cáncer / Cuidados Paliativos	Concurrent session 1: Cancer / Palliative Care	p. 2
Mesa de comunicaciones 2: Adolescentes	Concurrent session 2: Adolescent Care	p. 10
Mesa de comunicaciones 3: Cuidados a pacientes críticos	Concurrent session 3: Critical care	p. 19
Mesa de comunicaciones 4: Práctica Clínica	Concurrent session 4: Clinical Practice	p. 28
Mesa de comunicaciones 5: Práctica Clínica	Concurrent Session 5: Clinical Practice	p. 38
Mesa de comunicaciones 6: Cuidados a pacientes crónicos y personas mayores	Concurrent session 6: Chronic and Elderly Care	p. 49
Mesa de comunicaciones 7: Promoción de la salud	Concurrent session 7: Health Promotion	p. 54
Mesa de comunicaciones 8: Cuidadores	Concurrent session 8: Caregivers	p. 57
Mesa de comunicaciones 9: Práctica clínica	Concurrent session 9: Clinical Practice	p. 70
Mesa de comunicaciones 10: Profesión / Gestión	Concurrent session 10: Profession / Management	p. 74
Mesa de comunicaciones 11: Cuidados materno-infantiles	Concurrent session 11: Mother and Infant Care	p. 84
Mesa de comunicaciones 12: Práctica Clínica	Concurrent session 12: Clinical Practice	p. 93
Sesión de Comunicaciones Orales Breves I	Session of Oral Brief Presentations I	p. 106
SESIÓN PLENARIA: Participación ciudadana en investigación y servicios de salud	PLENARY SESSION: Citizens' participation in research	p. 117
Mesa de comunicaciones 13: Profesión / Gestión	Concurrent session 13: Profession / Management	p. 121
Mesa de comunicaciones 14: Práctica Clínica	Concurrent session 14: Clinical practice	p. 129
Sesión de Comunicaciones Orales Breves II	Session of Oral Brief Presentations II	p. 136
Sesión de Comunicaciones Orales Breves III	Session of Oral Brief Presentations III	p. 144
Mesa de comunicaciones 15: Docencia	Concurrent session 15: Nursing education	p. 167
Mesa de comunicaciones 16: Práctica Clínica	Concurrent session 16: Clinical Practice	p. 183
Mesa de comunicaciones 17: Cuidados materno-infantiles	Concurrent session 17: Mother and Infant Care	p. 191
Mesa de comunicaciones 18: Promoción de la salud	Concurrent session 18: Health Promotion	p. 204
Mesa de comunicaciones 19: Práctica Clínica	Concurrent session 19: Clinical Practice	p. 215
Mesa de comunicaciones 20: Cuidados a pacientes críticos	Concurrent Session 20: Critical Care	p. 223
Mesa de comunicaciones 21: Cuidados pacientes crónicos y personas mayores	Concurrent Session 21: Chronic and Elderly Care	p. 233
Mesa de comunicaciones 22: Profesión / Gestión	Concurrent Session 22: Profession / Management	p. 237
Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV	Session of Oral Brief Presentations IV	p. 250
Mesa de comunicaciones 23: Metodología / Práctica Clínica Basada en la Evidencia	Concurrent Session 23: Methodology / Evidence Based	p. 269
Mesa de comunicaciones 24: Práctica Clínica	Concurrent Session 24: Clinical Practice	p. 276
Sesión de Comunicaciones Orales Breves V	Session of Oral Brief Presentations V	p. 285
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VI	Session of Oral Brief Presentations VI	p. 318
POSTER 2		p. 338
POSTER 3		p. 339
POSTER 4		p. 341
POSTER 9		p. 343
POSTER 11		p. 345
POSTER 16		p. 347
POSTER 17		p. 349
POSTER 20		p. 351
POSTER 21		p. 353

POSTER 22.....	p. 355
POSTER 25.....	p. 357
POSTER 26.....	p. 359
POSTER 29.....	p. 361
POSTER 30.....	p. 363
POSTER 31.....	p. 365
POSTER 33.....	p. 367
POSTER 34.....	p. 369
POSTER 35.....	p. 372
POSTER 37.....	p. 374
POSTER 40.....	p. 376
POSTER 41.....	p. 378
POSTER 42.....	p. 380
POSTER 44.....	p. 382
POSTER 45.....	p. 384
POSTER 49.....	p. 386
POSTER 50.....	p. 388
POSTER 51.....	p. 390
POSTER 53.....	p. 392
POSTER 54.....	p. 394
POSTER 55.....	p. 396
POSTER 56.....	p. 399
POSTER 58.....	p. 401
POSTER 59.....	p. 403
POSTER 60.....	p. 405
POSTER 61.....	p. 408
POSTER 62.....	p. 410
POSTER 63.....	p. 412
POSTER 65.....	p. 414
POSTER 69.....	p. 417
POSTER 70.....	p. 419
POSTER 71.....	p. 420
POSTER 73.....	p. 422
POSTER 75.....	p. 424
POSTER 77.....	p. 427
POSTER 80.....	p. 429
POSTER 81.....	p. 431
POSTER 82.....	p. 433
POSTER 85.....	p. 436
POSTER 87.....	p. 438
POSTER 89.....	p. 440
POSTER 90.....	p. 442
POSTER 93.....	p. 445
POSTER 96.....	p. 448

Versión Pre-Definitiva  
 Hospital General de Burgos



POSTER 97.....	p. 450
POSTER 101.....	p. 452
POSTER 107.....	p. 454
POSTER 111.....	p. 456
POSTER 112.....	p. 457
POSTER 113.....	p. 458
POSTER 118.....	p. 460
POSTER 124.....	p. 462
POSTER 125.....	p. 464
POSTER 130.....	p. 466
POSTER 131.....	p. 468
POSTER 132.....	p. 469
POSTER 134.....	p. 471
POSTER 142.....	p. 473
POSTER 144.....	p. 474
POSTER 145.....	p. 476
POSTER 147.....	p. 478
POSTER 149.....	p. 479
POSTER 150.....	p. 480
POSTER 152.....	p. 482
POSTER 155.....	p. 484
POSTER 156.....	p. 486
POSTER 157.....	p. 488
POSTER 159.....	p. 490
POSTER 161.....	p. 492
POSTER 162.....	p. 494
POSTER 163.....	p. 496
POSTER 164.....	p. 498
POSTER 165.....	p. 499
ÍNDICE / INDEX .....	p. 501

Version  
Pre-  
Final  
Version