XVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados

16th International Nursing Research Conference

Libro de Ponencias

Book of Abstracts

Cartagena, España
6-9 noviembre de 2012

Patrocinan:
Sponsor:

Colaboran:
Collaborate:

Gestión de inscripciones:
Financial management:

ISBN: 978-84-695-6114-0
Edita: Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii). Cartagena, 2012.

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

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

Mesa de comunicaciones 1: Cáncer / Cuidados paliativos

Concurrent session 1: Cancer / Palliative Care

AUTORES/AUTHORS:
MELTEM YILDIRIM, HATICE GULSOY, MAKBULE BATMAZ, CANSU OZGAT, GULSER YESILBURSALI, REYHAN SAFIYE ERGEN, SEDANUR EKIZ

TÍTULO/TITLE:
THE EFFECTS OF AFFIRMATIONS AND NATURE SOUNDS ON THE MANAGEMENT OF SYMPTOMS RELATED TO CHEMOTHERAPY

Objectives: Cancer is a common and considerable health problem worldwide. Chemotherapy is the most common treatment option for cancer. However it has many side effects which can affect the quality of life (Karabulutlu 2007).

Chemotherapy may have various side effects and these side effects may differ in every person. Chemotherapy may lead to alopecia, loss of skin integrity, anemia, neutropenia, thrombocytopenia, fatigue, stomatitis, diarrhea, pain, anxiety and depression. All these side effects may differ to the type of the chemotherapy agent (Karabulutlu 2007). To decrease the side effects of chemotherapy; most used medications are antiemetics, analgesics and sedatives. Non-pharmacologically; meditation, heat or cold application, rhythmic breathing, imagination, ice massage, acupuncture, hypnosis, music theraphy, nature sounds and positive thinking may help to decrease the side effects of chemotherapy (Ucan and Ovayolu 2007).

Recently; there are certain studies on non-pharmacological symptom management, however most of them are about music therapy (Ucan and Ovayolu 2007). The positive effects of music on symptom management suggest the possible research question that how could nature sounds (rain, ocean waves, birds etc) may affect on symptom management.

Affirmations have positive effects to activate the body and consciousness. However there aren't any study which investigate the effect of affirmations on symptom management. As a theory; for understanding and changing behaviors; affirmation is a new subject. The first experimental document about affirmations published in the late of 1990s. there are promising evidences on the effectiveness of affirmations on behavior change (Epton and Harris 2008). In this context; the aim of this study was to investigate the effects of affirmations and nature sounds on the management of symptoms related to chemotherapy.

Methods: A randomized controlled experimental study design was used with 140 patients in an oncology unit of a research hospital in Istanbul, Turkey between 12-27-2011 and 01-11-2012. Written permissions and informed consents were obtained from ethical committee and patients. There were three experimental groups and one control group. Every group contained of 35 patients. The first experimental group listened to affirmations during their chemotherapy infusion. The second group listened to nature sounds. Third group listened to nature sounds and affirmations in one tape. The fourth group was the control group. Symptoms were measured with Edmonton Symptom Assessment Scale which measures 9 symptoms (pain, tiredness, drowsiness, nausea, lack of appetite, shortness of breath, depression, anxiety, well-being) and other possible symptoms may also considered. First measurement was done at the first onset of symptoms after the infusion starts, second measurement was done right after the chemotherapy infusion ends, and third measurement was done on the fourth day after chemotherapy by telephone interview. The data were evaluated by descriptive statistics and multiple variance analysis.

Results: Sixty-five percent of the sample was female and 40.7% was diagnosed with breast cancer. When patients were asked for the most disturbing symptom; 40% answered nausea, 27.9% answered weakness, and 15.7% answered pain. In affirmation group; the scores after chemotherapy and on the fourth day in pain, tiredness, drowsiness, lack of appetite, depression, anxiety, well-being, skin-nail changes, and numbness in hands symptoms were found statistically lower than the scores of the first measurement ($p<0.001$). In affirmation-nature sounds group; the scores after chemotherapy and on the fourth day in drowsiness, depression, anxiety, well-being, and numbness in hands symptoms were found statistically lower than the scores of the first measurement ($p<0.001$). In nature sounds group; the scores after chemotherapy and on the fourth day in tiredness, drowsiness, well-being, and numbness in hands symptoms were found statistically lower than the scores of the first measurement ($p<0.001$). In control group; the

scores after chemotherapy and on the fourth day in pain, tiredness, drowsiness, nausea, well-being, and numbness in hands symptoms were found statistically higher than the scores of the first measurement ($p<0.001$).

Discussion: Words have strong effects because of they are the real reflection of the thoughts into reality. The power of affirmations comes from this feature of the words. Affirmations are the repetition of positive and motivating sentences by writing or listening (Sanal 2010). The effects of affirmations on health is a new research area, however there are less but impressing research findings.

In Turkey, there isn't any study which investigates the effects of affirmations on symptom management in chemotherapy patients. There are two studies were found in the literature which show the positive effects of affirmations on improving health behaviors.

In the study of Harris et al (2007); it was found that self-affirmation reduces smokers' defensiveness to graphic on-pack cigarette warning labels. In another study which conducted by Epton and Harris in 2008; it was reported that the women who were self-affirmated about fruit and vegetable consumption ate significantly more portions of fruit and vegetables in comparison to the control group.

These positive effects brought to the question of how affirmations effect in symptom management in chemotherapy patients and this question was the main purpose of this study. This is the first study which investigated the effects of affirmations and nature sounds on the management of symptoms related to chemotherapy. According to the results; it can be said that affirmations and nature sounds are effective methods on symptom management in chemotherapy patients. Thus; oncology nurses may use affirmations and nature sounds in addition to other non-pharmacological methods used for symptom management.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Epton T, Harris PR (2008) Self-Affirmation promotes health behavior change, Self-Affirmation and Health Behavior. University of Sheffield, England 2-25.

Harris PR, Mayle K, Mabbott L, Napper L (2007) Self-Affirmation Reduces Smokers' Defensiveness to Graphic On-Pack Cigarette Warning Labels. Health Psychology 26(4): 437– 446.

Karabulutlu O (2009) Kemoterapi alan hastalarda semptom yönetimi ve yasam kalitesinin surdurulmesi. Istanbul Universitesi Florence Nightingale Hemsirelik Dergisi, 7(3): 218-225.

Sanal R (2010) Kuantum Olumlama Konusurken Yaratmak. 7. Baski. Ladybirds Production. Idil Matbaasi, Istanbul.

Ucan O, Ovayolu N (2007), Kanser agrisinin kontrolunde kullanilan non-farmakolojik yontemler. Firat Saglik Hizmetleri Dergisi, 2(4): 124-133.

AUTORES/AUTHORS:
ANA RODRÍGUEZ GONZALO, M ANGELES CIDONCHA MORENO, CLARA GONZÁLEZ FORMOSO, LUCÍA REVIRIEGO MORENO, MIRYAM GONZÁLEZ CEBRIAN, M JESÚS MUÑOZ LOBO, NURIA TRIGUERO DEL RIO, ESTHER REY CUEVAS

TÍTULO/TITLE:
Efectividad Clínica de Intervenciones Psico-Educativas para Disminuir la Ansiedad Perioperatoria del Paciente Oncológico

Objetivo: evaluar y sintetizar la mejor evidencia científica disponible sobre la efectividad de las intervenciones psicoeducativas prequirúrgicas para disminuir la ansiedad perioperatoria del paciente oncológico.

Método: Revisión Sistemática. Se han seleccionado ensayos clínicos aleatorios o estudios cuasi-experimentales que permita identificar la mejor evidencia, cuyos participantes son pacientes oncológicos, por proceso oncológico filiado o de sospecha, mayores de 18 años sometidos a una cirugía mayor, que reciben algún tipo de intervención psicoeducativa frente al tratamiento convencional. La estrategia de búsqueda ha sido extensa, con una búsqueda de artículos científicos en bases como PsycInfo o Pubmed y de literatura gris en Proquest o Teseo, tanto en español como en inglés, desde el origen de las bases de datos. Se buscan las referencias de todos los artículos e informes seleccionados. Realizamos una búsqueda manual inversa de las revistas de mayor prestigio. La valoración de criterios de inclusión cuenta con dos evaluadores independientes, utilizando instrumentos estandarizados de evaluación critica de JBI. La extracción de datos de los artículos incluidos se realiza con una herramienta estandarizada. Se evalúa la heterogeneidad clínica y estadística, usando Ji-cuadrado estándar. La medida de efecto se calcula con la diferencia de media ponderada, para un n.c. 95% (Rev.man v5). Cuando no se ha podido realizar la combinación estadística, los resultados se presentan de forma narrativa.

Resultados: partimos de 3656 referencias, 15 estudios cumplen criterios de inclusión a texto completo, de los cuales 5, 284 participantes, superan el corte de calidad metodológica.

Características de los estudios incluidos: Todos fueron publicados en inglés. Todos los participantes están distribuidos homogéneamente en los grupos. En cuatro de los estudios participaban mujeres diagnosticadas de cáncer de mama (Binns-Turner, 2008; Belleau et al., 2001; Heller et al., 2008; Samarel et al., 1998). En el quinto estudio incluido participaban hombres y mujeres diagnosticados de cáncer de vejiga (Ali et al., 1989). El número de participantes por estudio era pequeño en todos los estudios, con excepción de dos (Belleau et al.; Heller et al.). Los participantes de todos los estudios tenían edades medias similares. Todos los pacientes se someten a una cirugía terapéutica, a excepción del estudio de Heller et al., 2008, donde la cirugía es reconstructiva. En los estudios incluidos el nº de sesiones, momento de intervención y momento de evaluación de la ansiedad muestra alguna diferencia. En relación al número de sesiones de intervención psicoeducativa, los estudios de Ali et al., y Belleau et al., reciben una única sesión, frente al estudio de Heller et al., que pueden ver el vídeo de ayuda educativo más de una vez, dado que disponen de una copia en su domicilio. En el estudio de Binns-Turner, todos los participantes reciben una sesión, pero secuenciada en tres tiempos, inmediatamente antes de la cirugía, durante e inmediatamente después. Todos los estudios realizan la intervención experimental antes de la cirugía, 15 días antes (Belleau et al., Heller et al.) o uno/dos días antes (Ali et al., Samarel et al.). Uno de los estudios, Samarel et al., repite la intervención tres días tras la cirugía. En todos los estudios la intervención se realiza de forma programada y planificada. Todos los estudios evalúan la efectividad de la intervención al menos en una medición; si bien unos estudios lo evalúan antes de la cirugía (Belleau et al., Heller et al., Samarel et al.), otros tras la cirugía (Ali et al., Binns-Turner), y otros antes y después de la cirugía (Heller et al., Samarel et al.). En concreto los estudios de Belleau et al., y Samarel et al., midieron la ansiedad estado después de la intervención experimental, entre un día o día y medio antes de la cirugía. El estudio de Belleau et

al. evaluó, además, la efectividad de la intervención, 15 días antes de la operación, siendo el único que evalúa la ansiedad con días de anterioridad, momento en el que la hospitalización no está tan presente. Los estudios de Ali et al.; Binns-Turner y Samarel et al., midieron la ansiedad estado entre el primer y tercer día después de la cirugía. Los estudios de Ali et al.; Heller et al., respectivamente, evalúan la ansiedad estado después de la cirugía, doce días o un mes después, realizándose por tanto, en estos estudios, un seguimiento de los pacientes después del alta hospitalaria. La intervención experimental se realiza en el centro clínico en todos los estudios excepto en Heller et al., y Samarel et al., que se desarrolla en el domicilio de las pacientes. Todos midieron la ansiedad estado con el instrumento STAI-estado.

Características de las intervenciones de los estudios incluidos:
Todos proporcionaron a los participantes algún tipo de información estandarizada antes de la cirugía. En el estudio de Belleau et al. y Samarel et al., imparten la intervención enfermeras cualificadas en el área perioperatoria y entrenadas expresamente. En los estudios de Ali et al., Binns-Turner y Heller et al., no concretan que miembro del equipo de quirúrgico y/o asistencial realiza la intervención. Por otro lado las sesiones de todos los estudios son individuales, aunque los estudios de Ali et al., Belleau et al. y Heller et al., permitían la presencia de un acompañante durante la intervención si el paciente lo deseaba.

Los estudios de Ali et al., Belleau et al. y Heller et al., tienen un componente educativo relacionado con todo el área quirúrgica, donde se hace hincapié en el tipo de cirugía y repercusión de esta en el bienestar de la persona. Ali et al., y Heller et al., añaden un componente testimonial de pacientes que han pasado por procesos similares, como estrategia para facilitar el afrontamiento y la adaptación. Todos los estudios, a excepción de Binns-Turner y Heller et al., exploran de forma sistematizada desde el diálogo, las preocupaciones y los miedos en relación con la cirugía, el cáncer, la pareja o los cambios en la imagen corporal. Además de la sistematización de la intervención, en el estudio de Ali et al., a todos los pacientes de ambos grupos, antes de comenzar la intervención se les pregunta, ¿qué es lo que te preocupa?, cuya respuestas se graban en audio y agrupan en los siguientes temas: estrés y miedo relacionado con el cáncer, miedo en relación a la mutilación y distorsión de la imagen corporal y miedo asociado al deterioro en las relaciones con la pareja. El estudio de Belleau et al., incorpora expresamente una técnica de relajación, la respiración diafragmática, cuando lo consideran necesario, explorando en todo momento las estrategias de afrontamiento de cada mujer. El estudio de Samarel et al., añade a la intervención cognitiva una técnica de “therapeutic touch”, consistente en movilizar las manos alrededor del cuerpo de la paciente, movilizando campos energéticos como forma de relajación y búsqueda del bienestar. El estudio de Binns-Turner, se diferencia del resto, por el empleo de una intervención sistematizada de musicoterapia, como forma de conectar e interaccionar con la paciente, facilitando un estado de relajación y bienestar.

En relación a la práctica llevada a cabo con el grupo control, en el estudio de Ali et al., y de Binns-Turner se llevan a cabo los cuidados físicos preoperatorios rutinarios, de preparación del campo quirúrgico. Sin embargo los estudios de Belleau et al. y Heller et al., van más allá, proporcionando además información de todo el proceso perioperatorio, incluyéndose material impreso con instrucciones de cirujanos, médicos y enfermeros, en el estudio de Heller et al., y escucha activa si surgía la necesidad, de forma no sistematizada, en el estudio de Belleau et al. De igual modo, el estudio de Samarel et al., incluía para este grupo un tiempo de acompañamiento con la paciente, en silencio, con música relajante de fondo, seguido de una charla informal. La tabla 2 muestra con más detalle el contenido y método utilizado en la intervención de los diferentes estudios incluidos.

Los estudios incluidos presentan una calidad metodológica media.

No había heterogeneidad clínica, pudiendo combinarse 4 estudios en un metanálisis, los cuales incluyeron un total de 151 participantes. De esos cuatro estudios, sólo dos evalúan la ansiedad después de la intervención y antes de la cirugía -entre 1 y 1,5

días- (Belleau et al.; Samarel et al.). Estos estudios incluyeron a 91 pacientes y conjuntamente encontraron que la intervención psicoeducativa no es beneficiosa para reducir la ansiedad. Las diferencias de medias estandarizadas (d) fueron de -0,18 (IC del 95%: -0,60 a 0,24) p=0,40, medida con el Índice de ansiedad estado (puntuaciones entre 20 y 80). Sin embargo Samarel et al., en su estudio detectó una diferencia significativa entre los participantes, mostrando las mujeres del grupo experimental niveles de ansiedad más bajos antes de la cirugía que las mujeres del grupo control, d= -0,92 (IC del 95%: -1,67 a -0,17). Este resultado mostró heterogeneidad estadística significativa, sin embargo no se pudo hacer un análisis de sensibilidad para evaluar esta heterogeneidad

Por otro lado, Belleau et al., en la determinación de la ansiedad tras la intervención evaluada 15 días antes de la cirugía, concluye que hay una reducción significativa de la ansiedad en las mujeres del grupo experimental frente al grupo control [análisis de varianza 4,83 (p=0,05)], si bien este dato no se ha podido combinar estadísticamente con otros estudios por falta de una medición similar en el tiempo de espera preoperatorio.

Los datos del estudio, Heller et al., se informaron como medias, sin especificar las desviaciones típicas, lo que ha impedido su combinación estadística con el resto de los estudios. A pesar de que ambos grupos muestran una disminución de los niveles de ansiedad tras la intervención, la diferencia entre los grupos no refleja significatividad.

Discusión: No se han encontrado pruebas suficientes para apoyar o rechazar el uso de intervenciones psicoeducativas preoperatorios para disminuir la ansiedad perioperatoria de pacientes oncológicos sometidos a una cirugía mayor. Por otro lado cuando la ansiedad se evalúa quince días antes de la cirugía, parece demostrarse en este caso la efectividad de la intervención (Belleau et al). En la evaluación postquirúrgica la combinación de los resultados parece demostrar la efectividad de la intervención psicoeducativa, si bien también hay que tomar el efecto con cautela.

Por todo lo expuesto considero necesario, interpretar estos hallazgos a la luz de diferentes factores: sólo un número pequeño de estudios aportan datos a los análisis combinados, es posible que el uso de un comparador activo, donde los participantes del grupo control, también recibieron alguna clase de educación, dé como resultado tamaños del efecto menores en comparación con grupos control que no recibieron educación. Este dato es relevante de cara a pensar sobre la idoneidad de incluir intervenciones psicoeducativas en nuestra práctica clínica, dado que en muchos ocasiones de la práctica habitual, la preparación quirúrgica hace únicamente alusión a la preparación física del campo quirúrgico.

Los estudios de este metanálisis coinciden en la importancia de abordar los miedos de los pacientes de una manera individual.

Parece un requisito considerar las necesidades individuales de los pacientes, adaptando las intervenciones a las demandas, en función del nivel de ansiedad basal. Las intervenciones psicoeducativas podrían aportar un beneficio a la situación clínica. Investigaciones futuras deberían estudiar cómo incorporar las evaluaciones de las necesidades de los pacientes en la adaptación a los programas de atención perioperatoria a esas necesidades.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Lilja Y, Ryden S, Fridlund B. Effects of extended preoperative information on perioperative stress: an anaesthetic nurse intervention

for patients with breast cancer and total hip
2. *Belleau FP, Hagan L, Masse B. Effects of an educational intervention on the anxiety of women awaiting mastectomies. Can Oncol Nurs J. 2001;11(4):172-80
3. Perks A, Chakravarti S, Manninen P. Preoperative anxiety in neurosurgical patients. J Neurosurg Anesthesiol. 2009 Apr;21(2):127-30.
4. Cunningham MF, Heath CH, Agre P. A Perioperative Nurse Liaison Program. J Nurs Care Qual. 2003;18(1):16-21
5. Devine EC, Cook CT. A meta-analytic analysis of effects of psychoeducational interventions on length of postsurgical hospital stay. Nurs Res. 1983;32:267-274
6. Shuldham C. A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. Int J Nurs Stud. 1999;36:171-7
7. Rosén S, Scensson M, Ulrica N. Calm or not calm: the question of anxiety in the perianesthesia patient. J Perianesth Nurs. 2008;23(4):237-246
8. *Ali NS, Khalil HZ. Effects of psychoeducational intervention on anxiety among Egyptian bladder cancer patients. Cancer Nurs. 1989;12(4):236-242
9. Devine EC. Effects of psychoeductional care for adult surgical patients: a meta-analysis of 191 studies. Patient Educ Couns. 1992;19:129-142
10. Hathaway D. Effect of Preoperative Instruction on Postoperative Outcomes: A Meta-Analysis. Nurs Res. 1986;35(5):269-275
11. Chaudhri S, Brown L, Hassan I, Horgan AF. Preoperative intensive, community-based vs. traditional stoma education: a randomized, controlled trial. Dis Colon Rectum. 2005;48(3):504-9
12. Cheung LH, Callaghan P, Chang AM. A controlled trial of psycho-educational interventions in preparing Chinese women for elective hysterectomy. Int J Nurs Stud. 2003;40:207-16
13. Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM, Yamamoto MU, Inagaki MM, Ogawa NY, et al. Surgery Information Reduces Anxiety in the Preoperative Period. Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo. 2004;59(2):51-6
14. Chirverches E, Arnau A, Soley M, Rosell F, Clotet G, Roura P, et al. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. Enferm Clin. 2006;16(1):3-10
15. *Heller L, Parker PA, Youssef A, Miller MJ. Interactive digital education aid in breast reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2008 Sep;122(3):717-24

AUTORES/AUTHORS:
Carla Cerqueira, Maria do Céu Barbieri

TÍTULO/TITLE:
La Teoría de las Transiciones de Meleis en el análisis de la “experiencia de cuidar un niño con cáncer

Objetivos: Con el propósito de profundizar el conocimiento de la persona que vive la experiencia de cuidar de un niño con cáncer, a partir de la estructura conceptual de la Teoría de las Transiciones de Meleis, fueron definidos los siguientes objetivos: Identificar la naturaleza de la transición sentida por la persona que cuida un hijo con cáncer; Identificar las condiciones de la transición sentida por la persona que cuida de un niño con cáncer; Identificar los padrones de respuesta presentes en la transición vivida por la persona que cuida a un niño con cáncer.
Método: Los resultados de un estudio exploratorio, sobre la experiencia de cuidar a un niño con cáncer, se volvieron a analizar a partir de la estructura propuesta por la Teoría de las Transiciones de Meleis para observar en que grado esta experiencia podría ser explicada a través de esta teoría. El estudio original tenía por objeto el estudio de las personas que estaban cuidando de un niño con cáncer. Para la selección de los participantes, se establecieron cuatro criterios de inclusión: Ser cuidador de un niño con cáncer; no estar experimentando la primera hospitalización; el niño estar en la fase activa del tratamiento; y que no tenga ocurrido ninguna recaída de la enfermedad. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas. En este estudio participaron diecisiete padres cuidadores de niños con cáncer en una fase activa del tratamiento.
La construcción de la muestra fueron orientadas por los principios de la obtención de una mejor comprensión de los fenómenos estudiados y permitir el acceso a un mayor número de realidades que compone este mismo fenómeno. El Análisis de Contenido surgió como la técnica de procesamiento de la información más adecuada. Este trabajo reveló que en la mayoría de los casos, la mujer (madre) es la persona que toma la responsabilidad de cuidar al niño con cáncer. Como cuidadora tiene la oportunidad de adquirir nuevas capacidades y desarrollar otras que ya poseían. Del mismo modo que se ve obligada a asumir nuevas responsabilidades y roles dentro de la familia y en el contexto del equipo de salud que trata al niño. Algunas de estas mujeres afirman que la experiencia de cuidar de un niño con cáncer llevó a una redefinición de la propia identidad. La amenaza de perder a su hijo y el sufrimiento experimentado por el niño son los principales impulsores de este cambio. En resumen, los resultados sugieren que la persona siente cambios definitivos en su condición y que la ruta del cambio será influenciada por factores personales, sociales y comunitarios. La pertinencia de los resultados encontrados llevó a un nuevo análisis de los mismos para aumentar el conocimiento sobre el objeto de estudio. Dada la naturaleza de los resultados, la Teoría de las Transiciones de Meleis[1] fue el marco conceptual desde el cual, y a través de un proceso deductivo, se volvió a examinar los resultados del estudio anterior. Esta teoría propone que la misión de la enfermera sea ayudar las personas que están pasando por una transición facilitando el proceso[2]. Sin embargo, según las autoras, se entiende la transición como un paso o movimiento de una etapa a otra situación o condición[3]. Aunque, a lo largo de la vida, las personas pueden experimentar varias transiciones, el enfoque de la enfermera deberá centrarse en aquellas que han sido provocadas por algún caso de enfermedad o que de alguna manera están vinculados a la salud/enfermedad. La teoría Meleis se desarrolla en cuatro ejes: la naturaleza de la transición, las condiciones de la transición; patrones de respuesta y terapéuticas de enfermaría[1]. Por la naturaleza de una transición se entiende el tipo de transición, el patrón de aparición y propiedades de una transición. Por condiciones la autora entiende circunstancias (personales, sociales y comunitarios) en las que se produce la transición y que van influir en su curso. Los padrones de respuesta de una transición son el conjunto de respuestas (comportamientos) que se espera que ocurra en el curso de una transición saludable[1]. El análisis realizado se centró en los tres primeros ejes.
Resultados: La persona que cuida a un niño con cáncer vive una experiencia capaz de provocar cambios estructurales permanentes. El análisis realizado confirma el carácter transicional de la experiencia de cuidar a un hijo con cáncer. Esta persona vive dos tipos de

transición. Una transición del tipo situacional y una otra del tipo de desarrollo. La transición situacional - convertirse en cuidador de un hijo con cáncer - surge de la vinculación afectiva, de la naturaleza y de la intensidad de los cuidados que necesita el niño y de su condición de dependencia. Cuidar de un hijo con cáncer, también hace con que la persona experimente una transición de tipo de desarrollo - convertirse en una persona con un hijo con cáncer. La enfermedad oncológica lleva al progenitor cuidador a sentir cambios definitivos en sus valores, creencias y prioridades. La persona empieza a ver el mundo de manera diferente y se sentirse diferente, redefine sus valores y reformula las prioridades. Los dos tipos de transición se producen simultáneamente y son provocados por el mismo evento: el diagnóstico de cáncer en un hijo. Sin embargo, el análisis de los datos revelo que los aspectos relacionados con la transición situacional son más visibles que los aspectos relacionados con la transición de desarrollo. Ambos comparten territorios y se encuentran en estrecha relación, pero las preocupaciones y necesidades relacionadas con el cuidado del niño dominan el día a día. Además, se observa que el nivel de dominio alcanzado como cuidador, la integración fluida de la identidad de cuidador y la creencia que la persona tiene sobre sus méritos y capacidades influyen en la transición del desarrollo.
Según lo propuesto por la Teoría de Transiciones, para entender la transición es fundamental conocer y comprender las experiencias de los clientes durante la transición e identificar las condiciones que inhiben o promueven una transición saludable[1,4]. El análisis reveló otras condiciones más allá de los propuestos por la autora. Como condicionantes de naturaleza personal fueron identificadas la auto-imagen, la percepción de la autoeficacia y la presencia de ciertos sentimientos (por ejemplo, cansancio y la culpa). Una autoimagen positiva y una percepción positiva de su eficacia en el desempeño del papel son facilitadores de la transición. Los sentimientos de culpa y la fatiga pueden afectar una transición saludable, porque son facilitadores de una auto-imagen y auto-percepción de eficacia negativas. También se identificaron condicionantes resultantes de la relación entre cuidador y persona cuidada. Es decir, la relación de parentesco entre el niño y el adulto y los lazos emocionales entre ellos, son dos circunstancias que influencian positivamente la transición y son capaces de moderar el impacto negativo de otras condiciones, tales como la fatiga o la culpa. La persona que cuida del niño y lo acompaña permanentemente en su casa o en el hospital. Esta condición hace con que tenga de vivir largas temporadas en el hospital, junto con el niño, y estará sujeto a situaciones y experiencias de índole diversa. Las experiencias positivas relacionadas con la enfermedad/tratamiento del hijo facilitan la transición.
Una transición puede seguir caminos diferentes y por lo tanto, reconocer las señales que transmiten información sobre el curso que están siguiendo la transición, tiene grande importancia. Los indicadores de proceso permiten identificar, de antemano, si el cliente está desarrollando un proceso sano o está en una situación de vulnerabilidad o riesgo, lo que permite intervenir de manera preventiva con el fin de llevar al cliente a una transición saludable[1]. Del análisis realizada fueron identificados los siguientes indicadores de proceso: establece relaciones con el objetivo de ser un recurso; busca información sobre la enfermedad y sobre el cuidado al niño; fortalece los lazos afectivos con el niño; reconoce el pasado e identifica las condiciones del presente; planifica el futuro a partir de las condiciones del presente; muestra voluntad de manejar la adversidad; desarrolla habilidades de afrontamiento; manifiesta confianza en su papel; muestra confianza en sus habilidades. En conclusión, la presencia de estos indicadores sugiere que la persona está llevando a cabo una transición saludable.
La finalización de un proceso de transición se puede observar a través de dos indicadores de resultados: maestría y integración fluida da identidad[1]. En respecto a la maestría, con base en el análisis realizado, se identificaron los siguientes indicadores: desarrolla cuidados complejos; maneja el cuidado del niño; establece una asociación con el equipo de salud en el cuidado del niño; maneja eficazmente nuevas situaciones; maneja adecuadamente situaciones adversas. De acuerdo con la Teoría de la Transición, una transición resulta en la remodelación de la identidad[1]. El análisis realizado confirma esta preposición de la teoría, porque en el proceso fueron identificados algunos eventos que pueden ser considerados como indicadores de una reformulación de la identidad: integra una nueva centralidad; integra una nueva prioridad; establece nuevas metas; reforma su camino; se reconoce en la diferencia; se identifica con la diferencia.
Discusión de los resultados: El análisis confirmó el carácter transicional de esta experiencia. La persona que cuida a un hijo con cáncer comienza su proceso de transición con la comunicación del diagnóstico en el niño y que se extenderá no siendo posible

predecir su conclusión. Los resultados alcanzados revelaron que la persona vive dos transiciones, una transición de naturaleza situacional y una otra de desarrollo. Las dos transiciones ocurren simultáneamente y se influyen mutuamente. Convertirse en un cuidador de un hijo con cáncer es la transición dominante. Lo que es consistente con los resultados reportados en otros estudios, que revelan que las madres se dan cuenta que pueden perder el hijo, toman al niño como la prioridad de sus vidas y asumen la responsabilidad del cuidado integral[5].

Este trabajo identificó algunas circunstancias que tienen el potencial de influir en el curso de la transición. Las creencias culturales, las actitudes y el significado que se le atribuye a los acontecimientos, la preparación previa y el conocimiento son aspectos que emergen del análisis como en otros estudios sobre este tema [6-9]. La imagen de sí mismo, la percepción de auto-eficacia, la relación parental, las experiencias y las relaciones con los profesionales de la salud también surgieron como circunstancias que influyen en la transición en curso. Una condición que inhibe la transición en curso debería convertirse en un área de enfoque en los cuidados de enfermería.

El conocimiento previo de los patrones de respuesta asociados a una transición saludable es una ventaja, ya que permite identificar si la persona está desarrollando una transición saludable, o si se encuentra en una situación vulnerable. Como también permite reconocer la transición se ha completado o no. Los indicadores de proceso y de resultado, que surgen de este análisis deben ser vistos sólo como dominios. Confirmando la necesidad de más investigación sobre los patrones de respuesta para que sean tomadas como indicadores del curso de una transición o como indicadores del impacto de los cuidados de enfermería dirigidos a un cliente en transición.

La Teoría de las Transiciones de Meleis ha demostrado ser útil al proporcionar un marco conceptual para analizar la "experiencia de cuidar a un hijo con cáncer", porque organizó y clasificó los fenómenos que surgen de esta experiencia, lo que se espera que facilite el proceso de concepción de la atención.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Meleis, A.I., et al., Experiencing transitions: An emerging middle range theory. Advances in Nursing Science, 2000. 23(1): p. 12-28.
2. Meleis, A.I. and P.A. Trangenstein, Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. Nursing Outlook, 1994. 42: p. 255-259.
3. Schumacher, K. and A.I. Meleis, Transitions: A central concept nursing. Journal of Nursing Scholarship, 1994. 26(2): p. 119-127.
4. Meleis, A.I., ed. Transitions Theory. 2010, Springer Publishing Company: Nova Iorque.
5. Misko, M.D. and R.S. Bousso, Manejando o câncer e as suas intercorrências: A família decidindo pela busca ao atendimento de emergências para o filho. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2007. 15(1).
6. Canam, C., Common adaptative tasks facing parents of children with chronic conditions. Journal of Advanced Nursing, 1993. 18: p. 46 - 53.
7. Silva, C.M.C., A pessoa que cuida da criança com cancro, in Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar 2009, Universidade do Porto: Porto.
8. Barrros, L., Psicologia pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista 1999, Climepsi: Lisboa. p. 192.
9. Moreira, P.L., Tornar-se mãe de criança com câncer: construindo a parentalidade, in Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2007b, Universidade de São Paulo: São Paulo. p. 155.

AUTORES/AUTHORS:
Daniela Ribeiro, Inês Cruz

TÍTULO/TITLE:
Quality of life of oncology patients in palliative care

Objectives
Despite all efforts in prevention, early detection and treatment, cancer remains an important public health problem. According with the World Health Organization (2008), cancer is a leading cause of death worldwide and accounted for 7.6 million deaths in 2008, which represent 13% of all deaths. It is believed that, in the near future, factors such as population ageing and population growth will lead to an increase in deaths due to this disease (WHO, 2008).
In Portugal, oncology disease is one of the main causes of death and morbidity (DGS, 2010). Data related to all deaths in 2010 recorded in the country (105 954) show that malignant tumors were the second leading cause of death (24 917), immediately after circulatory diseases (33 693) (INE, 2010).
In face of this reality, western countries have directed their health policies in recent years to the development of palliative care in oncology patients. Effectively, palliative care is an essential part of cancer control, which can be provided relatively simply and inexpensively.
Palliative care improves the quality of life (QoL) of patients and families who face life-threatening illness, by providing pain and symptom relief, spiritual and psychosocial support, since the diagnosis until the end of life and bereavement (DGS, 2004).
The purpose of palliative care is to provide comfort and dignity to people with chronic illness, namely cancer, offering them the best possible QoL until death. Despite many studies assess the QoL in cancer patients, aspects of QoL in palliative patients are rarely addressed (Jocham et al., 2009; Matos, 2010). Assuming the idea of Pimentel (2006), assessing the QoL in palliative care is important because it helps the diagnosis of the problem.
Research about QoL may provide a clearer understanding of the impact of certain symptoms in the life of these patients and, thereby, improve the quality of nursing interventions in these contexts. Identification of symptoms is essential to making diagnosis and therefore to prescribe interventions that produce clinical results. According with Potter et al. (2003), awareness of the prevalence of symptoms contributes to the identification of patients' needs in terms of symptom control.
In this context, we developed a study whose objectives are: evaluating the QoL of oncology patients in an advanced stage of incurable disease; and identifying which symptoms most affect the overall QoL of palliative cancer patients.
Methods
This is a descriptive, exploratory study following a quantitative approach. It was developed in the Portuguese Institute of Oncology at Porto, in a continuing care unit. It was used a non-probabilistic sampling method, a convenience sample. The inclusion criteria were: accepting to participate in the study; being at least eighteen years old; having diagnosis of cancer in palliative stage; and knowing how to read and write and understanding the questionnaire. The exclusion criteria were: having an evident and progressive deterioration of consciousness state; and being a patient in the end of life.
The sample comprises 103 patients: 53.4% are female and 46.6% are male. The average age is 61.83 years (SD=14.61), with a minimum of 27 and maximum of 89 years. The most prevalent diagnoses are gastrointestinal (30.1%) and gynecological cancer (17.47%), followed by urological (13.59%), breast (10.68%), head and neck (9.7%), sarcomas (5.83%) and other cancers (2.91%).
The instrument used was the "Quality of Life Questionnaire for Cancer" of the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC-QLQ-C30), with permission by the EORCT Quality of Life Group.This instrument was translated and validated for the Portuguese population (Ferreira, 1997; Ribeiro et al., 2008). This scale comprises 30 items divided into three sub-scales: functional scales (physical – 5 items, role - 2 items, cognitive – 2 items, emotional – 4 items, social – 2 items); physical symptom scales (fatigue

-3 items, nauseas/vomiting – 2 items, pain – 2 items, dyspnea, appetite loss, insomnia, constipation, diarrhea and financial difficulties – 1 item each); and global scales about health status and QoL (2 items).
All the items scales are scored on 4-point Likert type scales ranging from 1 “not at all” to 4 “very much”, except the two items of the global health/QoL subscale that uses a modified 7-point linear analogue scales. All of the scales and single item scales range in score from 0 to 100. A high score for functional scales and global health status/QoL represents high/healthy level of functioning and QoL. A high score for a symptom scale/item represents a high level of symptomatology or problems evidence.
Results
The evaluation of the overall QoL in these patients presents a low average score (M=37.54 SD=12.12).
Regarding items of functional sub-scale, we found that cognitive function has the highest score (M=67.64 SD=21.62). Lower scores were found in physical (M=35.47 SD=24.56) and role functioning (M=38.40 SD=24.79). The scores of emotional (M=47.01 SD=20.54) and social functioning (M=45.31 SD=18.14) also have lower scores.
Regarding items of symptoms sub-scale, we found that the most common or intense symptoms are fatigue (M=68.72 SD=19.35), pain (M=65.53 SD=21.80), loss of appetite (M=60.14 SD=27.62), financial difficulties (M=55.44 SD=24.84) and insomnia (M=48.87 SD=29.82). The less common are diarrhea (M=9.06 SD=19.91) and nausea and vomiting (M=28.9 SD=28.86).
We found a moderate negative correlation between the QoL and fatigue ($r=-0.451$ $p<0.01$) and insomnia symptoms ($r=-0.409$ $p<0.01$), and a weak negative correlation with loss appetite ($r=-0.375$ $p<0.01$), pain ($r=-0.301$ $p<0.01$), financial difficulties ($r=-0.301$ $p<0.01$), anddyspnea ($r=-0.197$ $p<0.05$).In this study, the symptoms constipation, nauseas/vomiting and diarrhea have not a significant correlation with QoL.
Discussion
The control of symptoms is extremely important to improve the QoL of patients in palliative care. According with Ribeiro (2003), the control of symptoms may cause the difference between a good and a bad QoL.
Like in other studies developed with palliative oncologic patients (Jocham et al., 2009; Matos, 2010), the average score of QoL was low, which may reflect the presence of uncontrolled symptoms.
As in other studies with cancer patients, fatigue is the most frequently reported symptom. In a Portuguese study with oncology palliative patients (Matos, 2010), fatigue was the most prevalent symptom referred by patients (M=45). According with Jocham et al. (2009), fatigue was the dominant symptom, with an average value of 72.5, followed by lack of appetite, dyspnea and pain, which had quite a similar mean value (M=64.8 vs M=60.7). Stone et al. (1999) reported that the prevalence of fatigue in palliative care inpatients was 75%. Also in Stromgren et al. (2002) and Liu et al. study (2011) fatigue was the most common and severe symptom, followed by lack of appetite. In a systematic review conducted by Teunissen et al. (2007), fatigue, pain, lack of energy, weakness, and appetite loss were the most frequent symptoms, occurring in more than 50% of patients.
We think that the lack of effective therapies for controlling fatigue may explain these results. Although the pain is a symptom of high impact on QoL of patients, the increasing attention that has been given by the health professionals and the existence of specific protocols and guidelines allow controlling them.
After fatigue, pain was the most referred symptom by participants. In a British study with 400 palliative patients, the five most prevalent symptoms were pain (64%), anorexia (34%), constipation (32%), weakness (32%) and dyspnea (31%) (Potter et al., 2003). Other authors also found pain as a frequent symptom in palliative care (Stromgren et al., 2002; Teunissen et al.,2007; Jocham et al., 2009).
Assessing QoL is a central factor in the decision-making process; therefore, nurses in palliative care settings have to evaluate their care and present outcomes of their work (Jocham et al., 2009). The QoL assessment from the patients’ point of view, and the identification of symptoms that change the QoL of the palliative cancer patient, associated with a better understanding of this problem, may assist nurses in planning the most appropriate interventions fostering the improvement of his QoL and relief symptoms.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional de Cuidados Paliativos – Circular Normativa de 13.7.2004.
FERREIRA, P. - The Portuguese Version of the EORTC QLQC30. Proceedings of the 10th International Meeting of Gynecological Oncology.Bologna, Itália Monduzzi Editore. 1997, p. 527-532.
INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA – Óbitos por local de residência e causa de morte. [Em linha], 2010. [Consult. 5 Jul. 2012] Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004280&contexto=bd&selTab=tab2
JOCHAM, H. et al. - Quality-of-life assessment in a palliative care setting in Germany: An outcome evaluation. International Journal of Palliative Nursing. Vol. 15, Nº 7 (2009), p. 1-8.
LIU, Y et al. – Association between symptoms and their severity with survival time in hospitalized patients with far advanced cancer. Palliative Medicine. Vol. 25, Nº7 (2011), p. 682-690.
MATOS, M. - Informação ao doente oncológico. Validação da versão Portuguesa do questionário EORTC QLQ-INFO26. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa. 2010.
PIMENTEL, F. – Qualidade de vida e Oncologia. Edições Almedina. Coimbra.2006.
POTTER, J. et al. - Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. Palliative Medicine. Vol. 17, Nº 4 (2003), p. 310- 314.
RIBEIRO, J.L. - Cancro da mama – um estudo sobre a qualidade de vida. Nursing. Vol. 15 (2003), p. 8-12.
RIBEIRO, J. et al. - Validation study of Portuguese version of de QLQ- C30 (V3). Psicologia, Saúde e Doenças. Vol.9, Nº 1 (2008), p.89-102.
STONE, P. et al. – Fatigue in advanced cancer: a prospective controlled a cross-sectional study. British Journal of Cancer. Vol.79, Nº 9/10 (1999), p.1479-1486.
STROMGREN, A. et al. – Self-assessment in Cancer Patients refered to palliative Care. Cancer. Vol. 94, Nº 2 (2002), p. 512-520.
TEUNISSEN, S. et al. – Symptom prevalence in patients in incurable cancer: a systematic review. Journal of Pain and Symptom Management. Vol. 34, Nº 1 (2007), p. 94-104.
WORLD HEALTH ORGANIZATION - World cancer report 2008. Lyon: WHO, 2008.

Mesa de comunicaciones 2: Profesión/Gestión

Concurrent session 2: Nursing Profession/Management

AUTORES/AUTHORS:
Inmaculada Sánchez-García, Isabel Mª López-Medina, Mª Amparo Pérez-Campos, Pedro L. Pancorbo-Hidalgo

TÍTULO/TITLE:
¿Es posible ser enfermera volante y aplicar las evidencias en la práctica?: la percepción de las enfermeras

OBJETIVO
Conocer las percepciones de las enfermeras sobre la figura de la enfermera volante o “roting” en relación a la práctica clínica basada en evidencias (PCBE). Es parte de un estudio más amplio “Práctica clínica basada en evidencias: la percepción de los profesionales de Enfermería de centros sanitarios y desarrollo de un modelo teórico explicativo”

MÉTODOS
Diseño: Investigación cualitativa, guiado por los procedimientos de Teoría Fundamentada.
Participantes y ámbito: Entrevistas a 9 profesionales de Enfermería de hospitales de las provincias de Jaén y Córdoba. Muestreo teórico(1) en base a haber experimentado o no la transición de una práctica rutinaria a una práctica basada en evidencias (PCBE), junto a la vivencia de ejercer o haber ejercido como enfermeras volantes en centros sanitarios.
Estrategia de recogida de información: mediante entrevistas semi-estructuradas con un guión previo orientativo. Fueron grabadas y transcritas por la misma investigadora para garantizar la fidelidad de la interpretación de la información.
Análisis de la información: Se hizo un análisis inductivo riguroso con el método de teoría fundamentada: codificación abierta sin categorías preestablecidas(2), y comparación constante (categoría de primer nivel); memos analíticos y agrupación en temas, de segundo nivel. Se usó el programa NVivo 8 para el análisis.
La dependencia de los códigos se garantizó mediante chequeos cruzados entre los investigadores. Mientras que para preservar el rigor metodológico de esta investigación se siguieron las recomendaciones incluidas en la guía COREQ(3).

RESULTADOS
La enfermera volante o “roting” es aquella que carece de adscripción a una unidad determinada, sin contratación estable. Ser enfermera volante es percibido por nuestros informantes como una situación que genera incertidumbre e inseguridad ante la falta de información del lugar donde desarrollarán su labor profesional: el problema es que el no saber adónde vas a ir y el no saber que te vas a encontrar…INFO.9
Esta modalidad de contrato laboral forma parte de la cotidianeidad en la gestión hospitalaria de las direcciones enfermeras, lo cual no impide que sea descrita por nuestros informantes como una “situación indeseable desde el punto de vista de la implicación profesional”, tanto para los propias enfermeras que se hallan bajo este rol itinerante, como para el resto de profesionales que se encuentra en las unidades receptoras: bueno digamos que::, puf!, con respecto a los compañeros que tienen que pasar, frecuentemente por muchas unidades, que normalmente se llaman volantes, pues:: ciertamente es una situación que, que no es deseable desde el punto de vista, de la || de la implicación que el profesional pueda hacer, en esa unidad, INFO.6
Estas circunstancias profesionales generan manifestaciones de ansiedad, miedos, impotencia, e incluso renuncias entre las enfermeras volantes, ante la incertidumbre del desarrollo de su jornada laboral, y sentimientos de frustración por la incapacidad de afrontar “lo que les ha tocado”, así es expresado por un informante (INFO.9) sujeto a estas condiciones laborales:
tu ya vas con un grado de ansiedad a trabajar… bueno, ansiedad y un miedo.
[…]lo pasaron tan mal tan mal, que por la mañana a las ocho, cogió fue a dirección de enfermería a renunciar el contrato
Yo lo peor es cuando eso, cuando has llegado a la UCI, y te han dicho, “esos tres son tuyos”, entonces tú te vas con una responsabilidad, que no te ves capaz de afrontar y tú ya eres un enfermero con todas las letras, o sea ya no eres un estudiante::, ya no eres:: además yo ya era un enfermero que tenía cinco años de experiencia, entonces, mmm, más te duele todavía, INFO.9

El “cansancio” y el malestar se instauran en las unidades destinatarias de los “roting”, por un lado los enfermeros que integran la plantilla habitual se revelan ante un desempeño recurrente como docentes “de los nuevos”, mientras que por el otro lado, los “volantes” se sienten como marionetas y nada valorados profesionalmente, viendo vulnerada su dignidad como trabajadores ante tal

inestabilidad. Así es expresado por dos informantes:
Genera malestar en esas unidades, porque siempre estás con gente nueva, y enseñando a gente, y enseñando gente, y enseñando a gente, llega un momento que, que ese personal se quema.INFO.8
Es necesario tener un poco de estabilidad, lo que no puede ser es estar un día aquí, otro día allí, porque el que llega está cabreado, porque tú no sabes y tú estás que:: que te subes por las paredes.INFO.9
El papel de estas enfermeras, en la implementación de PCBE, es descrito como ambivalente.
Por una parte supone un obstáculo hacia la PCBE ya que genera una sensación de sobrecarga entre los profesionales adscritos a la unidad por diversos motivos:
-Carecen del perfil de competencias de la unidad: no están capacitados para ejercer en unidades especializadas, puesto que no poseen los conocimientos y destrezas pertinentes que requieren dichos servicios: tú no puedes, mmm, no puedes poner en una unidad de cuidados intensivos una persona, que durante las prácticas no ha pasado nunca por cuidados intensivos, y que acaba de terminar, porque, mmm, ¡se ve muy perdido!, ni tiene:: experiencia, ni tiene::, mmm, conocimientos. INFO.8
hay muchas rotaciones ||, hoy llega una persona recién terminada y va a estar aquí tres meses con nosotros, y no sabe de qué está hablando, […]y bueno, ¡esa es una dificultad grande! INFO.1
-“Descargan o no asumen responsabilidades”: circunscribiéndose, siempre que se les permita, a realizar tareas rutinarias del servicio a las que están acostumbrados (toma de tensiones, preparar medicación) y que les hace sentirse seguros porque es “lo que saben hacer”, permaneciendo en un segundo plano frente a la toma de decisiones en cuanto a los cuidados del paciente se refiere, lo que sobrecarga aún más a los profesionales adscritos al servicio, que en numerosas ocasiones se ven obligados a asumir un ratio de pacientes inadmisible: y entonces se quedan en un segundo plano, a expensas de que, los de::, eh::, digamos los de más antigüedad, o los de, los que tienen adscripción en el en el servicio, pues sean los que, de alguna manera, tomen la voz cantante.INFO.6
aparte de que tu estés, cuidando a ese enfermero, || tú sabes, que::, que tú no puedes rendir, en una complicación tú no puedes rendir como dos personas || eso si lo sabes, igual que yo lo sé, lo sabe también:: la dirección del hospital. INFO.7
y no estás integrado en lo que es la, el llevar el llevar tú la planta, eso también te descargaba mucho, de muchas responsabilidades, realmente, "bueno yo tomo las tensiones, que lo sé hacer, preparo la medicación, que lo sé hacer, y más o menos", INFO.9

Este papel secundario hace que “los volantes” no se impliquen en las unidades, lo que ocasiona la “espiral de no ser uno más” del equipo, generando problemas de integración, jugando como elemento en contra en los procesos de implementación de evidencias. Así lo expresan varios informantes:
Hay gente que te llega y te dice: "es que yo para un día, o es que yo para un mes, como que no voy a aprender", ante eso ¿qué haces?… INFO.8
a lo mejor cuando he estado de volante y voy a una planta, tampoco me implico, digo si voy a estar hasta esta tarde, pongo mis pastillas y::, tampoco no es mi misión implantar, entonces vas un poquillo más::, tienes esa dualidad, INFO.9
y eso, pues hace que, los propios profesionales del servicio no se impliquen en | en fomentar su adaptación al servicio, y se crea un círculo vicioso,| el profesional no se integra, y los profesionales no le ayudan a que se integre INFO.6

Por otro lado, pueden ser “elementos de ayuda” cuando: presentan una “actitud abierta al aprendizaje”, colaborativa, de implicación y compromiso, integrándose en la dinámica del servicio activamente, y asumiendo responsabilidades inherentes al rol de enfermera:
Pero es cierto que, eh::, vemos, en algunas ocasiones, enfermeras volantes, que asumen su papel, en el, aunque sea sólo por un día, o por un período pequeño de tiempo, lo asumen con mucha responsabilidad, INFO.6
Bueno, había que sacarle hemocultivos, cultivos de orina, cultivos orofaríngeos, en fin, pues a mí me dicen “mira, ¿te importa::?”, pues no te importa, tú estás allí por agradar, entonces tú te adaptas a lo que haya, INFO.9

Dichas conductas encuentran su recompensa al cohesionar con el grupo receptor (equipo), produciéndose el reconocimiento de sus iguales ante el desempeño de su labor profesional, fomentando el clima óptimo para una provisión de cuidados de calidad: porque, ese esfuerzo que hace una enfermera recién llegada a un sitio, por, considerarse una más del equipo, y participar activamente, en todo el trabajo que haya que desarrollar, pues es ciertamente de mucho valor, INFO.6

No obstante, todos los participantes concluyeron, con independencia de que esta figura pudiera convertirse en agente obstaculizante o facilitador en la implementación de PCBE, que su implicación en la praxis asistencial obedecía a una cuestión personal, es decir, a las características personales y su actitud a la hora de enfrentar tales circunstancias profesionales:

Ha llegado gente que desde el primer día, ha estado dos días, nos ha enriquecido mucho, y hay gente que hemos estado siete años, y a lo mejor no me han aportado nada a la organización, no creo yo que sea tan determinante la cuestión, de estabilidad laboral, como de cada persona…INFO.10

[…]la implicación que el profesional pueda hacer, en esa unidad, ciertamente, eh::, está muy::, eh::, digamos::, eh::, determinado por el tipo de persona, como el profesional viva esa situación de volante, INFO.6

DISCUSION

En este estudio se revela la necesidad del sentido de pertenencia y adscripción a una unidad por parte de los profesionales de enfermería como pieza clave para fomentar su implicación en los procesos de innovación. Es un factor que, frecuentemente, no es considerado en las investigaciones sobre implementación de PCBE, pero que puede ejercer un efecto considerable a nivel de la calidad de la atención viéndose “altamente comprometida”, tal y como señala Müller et al.(4), en su investigación. En la misma línea, Prot et al.(5), observaron que se producían más errores en la administración de fármacos por parte de las enfermeras correturnos frente a los observados en las enfermeras titulares a tiempo completo. La capacitación, el desarrollo y el mantenimiento de competencias serian otros aspectos que podrían verse afectados, si esta rotación se convirtiese en un acto permanente(6).

Por todo ello, consideramos que es necesario profundizar en este fenómeno desde la perspectiva de estos profesionales, debido a la escasez documental y posible repercusión tal como han propuesto otros autores (Castillo Martinez, 2011; Lozano-Leon, 2010)(7)(8).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Morse JM. Sampling in grounded theory research. In: The Sage Handbook of Grounded Theory, T. Bryant and K. Charmaz, eds. London: Sage Publications.2007:229-244.

2. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1ª edición. Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería.2002.

3.Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care 2007 Dec;19(6):349-357.

4.Müller J, Larrain V, Creus A, Marrero I, Muntadas M, Hernández F, et al. Informe del Estudio de Caso Historias de Vida Profesional-Enfermeras Cataluña PT5. 2006.

5.Prot S, Fontan JE, Alberti C, Bourdon O, Farnoux C, Macher MA, et al. Los errores en la administración de medicamentos y sus determinantes en los pacientes pediátricos ingresados. International Journal for Quality in Health Care 2005;17(5).

6.Gracia R, Mendoza J, Acosta MO. Actitud del personal de Enfermería ante el proceso administrativo de rotación por los servicios hospitalarios. Rev Enferm IMSS 2003;11(1):35-42.

7.Castillo Martínez A. Percepción de competencias en enfermeras de" roting". Index de Enfermería 2011;20(1-2):26-30.

8.Lozano León T, Gómez Fernández JA, Romero Indiano EM, Peral Belchior B. Disertación sobre el Roting de Enfermería. ¿Equipo de segunda o pieza clave de benchmarking? Tesela [Rev Tesela] 2010;7.

AUTORES/AUTHORS:
Alfonso José Ruiz Sánchez, Mª José Terón Martínez, Ángeles del Rosario Sáez Soto, Javier Iniesta Sánchez, Miguel Ángel Martínez Verdú, Paola Navedo Sánchez, Esperanza Bermejo Mercader, José Luis Gea Martínez, Carmen Soler Morales

TÍTULO/TITLE:
Evolución de los pactos de Gestión de Atención Primaria en una Gerencia de Área Única.

Introducción: En el año 2010 se inician desde la Dirección de Enfermería los pactos de gestión con los coordinadores de Enfermería de los centros de salud que integran la Gerencia de Área, acordando los objetivos a conseguir y los plazos para la presentación de resultados, todo enmarcado dentro del modelo EFQM. Por ello pretendemos:
• Evaluar el nivel de consecución del pacto de gestión firmado entre los coordinadores y la Dirección de enfermería.
• Conocer el evolutivo del nivel de cumplimiento de los objetivos marcados por los pactos de gestión.
• Favorecer una política de benchmarking entre los distintos centros de salud.

Metodología: análisis descriptivo de la gestión de los coordinadores de los 10 centros de salud de la Gerencia de Área VII de Murcia, a través de los pactos firmados entre la Dirección y cada coordinador durante los años 2010 y 2011. La información se obtuvo del registro de actividades de Atención Primaria del Área, y de la entrega de los procedimientos al supervisor de área de calidad e investigación. Variables estudiadas: centros de salud, despliegue de contrato de gestión, revisión de procedimientos, sesiones de Enfermería, sesiones clínicas, acciones de mejora, comunicaciones a congresos, publicaciones. Las variables se expresan en frecuencias y porcentajes.
Resultados: el 100% desplegó el contrato gestión, y el 60% ha revisado los procedimientos que tenían asignados en 2011 frente al 70% en 2010. Aumentó del 60 en 2010 al 70% en 2011 la realización de la reunión mensual del equipo de Enfermería. Descendió del 60 al 10% la realización de sesiones clínicas. El 100% presentó acciones de mejora ambos años. En 2010 se presentaron 3 comunicaciones a congreso y una tesis doctoral. La media de cumplimiento de los pactos para los centros de salud fue del 80% en 2010 y un 70% en 2011.
Conclusiones:
1. La evaluación de los pactos de gestión permiten obtener una visión general del funcionamiento de cada centro y de la Gerencia de Área.
2. Se observa la consolidación de algunos de los objetivos, pese a la disminución de las acciones de difusión de conocimiento como son las sesiones clínicas y actividades científicas.

Implicaciones para la práctica:
La evaluación de los pactos de gestión facilita identificar debilidades y realizar benchmarking entre los distintos centros, así como la toma de decisiones para establecer mejoras en la gestión y fijar los objetivos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
Cabanes Durán, Concepció; Esteve Ortega, Margarita; Creus Virgili, Mariona; Esteve Reig, Julia; García Mantas, Ascensión; Juando Prats, Clara. Liderazgo clínico. Tesela [Rev Tesela] 2009; 6. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts6/ts7263.php>

Consultado el 20 de febrero de 2012.
Casida J, Parker J. Staff nurse perceptions of nurse manager leadership styles and outcomes. J Nurs Manag. 2011 May;19(4):478-86.
Hicks JM. Leader communication styles and organizational health. Health Care Manag (Frederick). 2011 Jan-Mar;30(1):86-91.
Sims JM. Styles and qualities of effective leaders. Dimens Crit Care Nurs. 2009 Nov-Dec;28(6):272-4.
Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, Muise M, Stafford E.
Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. Int J Nurs Stud. 2010 Mar;47(3):363-85.
Cummings G, Lee H, Macgregor T, Davey M, Wong C, Paul L, Stafford E. Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. J Health Serv Res Policy. 2008 Oct;13(4):240-8.

AUTORES/AUTHORS:
Ana Paula Macedo, Manuela Frederico Ferreira, Manuel Alberto Brás

TÍTULO/TITLE:
Compromiso organizacional de los profesionales de enfermería y apoyo organizacional percibido

Introducción
El interés por el estudio de los factores que influencian la estabilidad y intensidad de la dedicación del empleado con la organización se ha incrementado a lo largo de estos últimos años. La definición del empleo como un intercambio de esfuerzo y lealtad por bienes materiales o recompensas sociales, sugiere la importancia de desarrollar una interpretación social detallada del valor de este intercambio y de la importancia del compromiso organizacional (Eisenberger, Huntington, Hutchison & Sowa, 1986).
Varios estudios han identificado repetidamente el compromiso como una variable importante en la comprensión del comportamiento laboral de los empleados en las organizaciones. Las explicaciones realizadas relativas al compromiso con la organización han originado diversas investigaciones teóricas y empíricas con el objetivo de verificar los efectos individual y organizacional del compromiso, así como los factores que pueden contribuir al aumento de la unión de los empleados con la organización (Frederico, 2005). Los estudios sugieren que los empleados que experimentan un alto compromiso con la organización van a tener una mayor puntualidad (Mathieu & Zajac, 1990), van a participar en conductas de ciudadanía (O'Reilly & Chatman, 1986), y van a proporcionar un elevado rendimiento en el trabajo, el cual va a ser beneficioso para la organización (Mathieu & Zajac, 1990; Caetano & Tavares, 2000). Estos mismos empleados tienden a reducir los intentos de abandonar la organización, incluyendo la intención de abandonar el puesto de trabajo, así como el absentismo, variables estrechamente relacionadas con la eficacia y la productividad de la organización (Morgan y Hunt, 1994), tendiendo también a ejercer un mayor esfuerzo y se comprometen a más energía en sus asignaciones (Graddick & Farr, 1983). Según Eisenberger Huntington, Hutchison y Sowa (1986), el apoyo organizacional se refiere a la percepción del trabajador sobre la calidad de la atención que reciben por parte de la organización, a cambio del esfuerzo que emplea en el trabajo. Esto puede estar influenciado por la frecuencia y la sinceridad de elogios y aprobación, por recompensas como el incremento salarial, por la asignación de funciones más cualificadas, o por la posibilidad de influir en las políticas organizacionales, ya que estos resultados significan calificaciones positivas y un reconocimiento por parte de la organización.
La percepción del apoyo organizacional es un constructo muy importante en la área de la investigación sobre el comportamiento humano en el trabajo, por ser una de las variables que mejor explica muchas conductas relacionadas con el desempeño en el puesto de trabajo, y que puede ser un antecedente o consecuente a analizar en nuevos modelos, ya que las relaciones de apoyo experimentadas en el trabajo implican también, y no con menor importancia, las interacciones entre el empleado y el empleador y compañeros de trabajo, en términos de las creencias y expectativas de apoyo.
El apoyo por parte de la organización conduce a un mayor compromiso organizacional de los empleados, a un mayor rendimiento y a la realización de actividades innovadoras, así como a la disminución del absentismo y del recambio de profesionales (Eisenberger, Huntington, Hutchison & Sowa, 1986; Shore & Wayne, 1993). Estos resultados son consistentes en los diferentes estudios realizados, y por ello el apoyo organizacional se acepta como un factor clave y significativo en el aumento de la efectividad organizacional (Yoon & Lim, 1999).

Objetivo
Este estudio tiene como objetivo analizar el compromiso con la organización y la percepción de apoyo organizacional de los enfermeros, así como la relación existente entre ambos.

Métodos

En este estudio se realizó un análisis cuantitativo, descriptivo y correlacional. El instrumento de recogida de datos fue un cuestionario compuesto por preguntas cerradas relacionadas con variables personales, por 16 ítems relacionados con el compromiso organizacional (afectivo, normativo e instrumental, según el modelo Meyer y Allen, 1991, y que ha sido validado en Portugal) y 24 ítems relacionados con la percepción de apoyo organizacional (validado en Portugal, a partir de los elementos de Eisenberger et al, 1986).
Los ítems se suministran conforme escala de Likert de 1 (no está de acuerdo en absoluto) a 5, (completamente de acuerdo). Se empleó la tecnología Google Docs para la creación y alojamiento de los formularios on-line durante los meses de abril y mayo de 2012. El muestreo realizado fue por conveniencia mediante la técnica de snowball, a través de la lista de contactos personales de los investigadores por correo electrónico y la solicitud para reenviar el cuestionario a los contactos de cada uno de los receptores.
Los criterios de inclusión fueron: ser enfermero y aceptar voluntariamente participar en el estudio. Esta es una base de datos ciegos, a fin de no identificar a los participantes en el estudio, los resultados se analizaron cuidadosamente. El diseño y el cuestionario fueron presentadas al comité de ética de la Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud: Enfermería - Escuela de Enfermería de Coimbra, siendo el estudio considerado pertinente, tanto para la profesión de enfermería, como para los profesionales y las organizaciones sanitarias (Opinión 83-04/2012). El análisis de datos se realizó utilizando el software SPSS.

Resultados
La muestra consta de 611 enfermeros, siendo representativa con un intervalo de confianza del 95% y el error de muestreo <4% respecto al número de enfermeros registrados en “Ordem de Enfermeiros – Portugal” en diciembre de 2011. Participaron enfermeros de diferentes categorías profesionales (enfermero, enfermero graduado, especialista, jefe y profesor), de todas las regiones del país. La mayoría, 461 (75,5%) son mujeres. La edad oscila entre 22 a 60 años. El 59.7% son menores de 40 años de edad. El 59,2% trabaja en un hospital público. El compromiso organizacional muestra los valores medios de 3,06 ± 0,68, los valores de la dimensión afectiva 3,53 ± 0,91, de la dimensión normativa 2,64 ± 0,94 y de la instrumental 3,02 ± 0,57. El promedio de la percepción de apoyo organizacional es 2,65 ± 0,83. En cuanto a la relación entre las dimensiones del compromiso organizacional y la percepción de apoyo organizacional el coeficiente de correlación de Pearson, permite verificar la existencia de una relación estadísticamente significativa. El valor de la correlación entre el compromiso organizacional y la percepción de apoyo de la organización y entre cada dimensión y la percepción de apoyo organizacional, en todas las situaciones, es positivo y significativo. La correlación entre el compromiso organizacional y la percepción de apoyo de la organización fue de $r = 0,652$ ($p < 0,001$); entre la dimensión afectiva y la percepción de apoyo de la organización $r = 0,628$ ($p < 0,001$); entre la dimensión normativa y la percepción de apoyo de la organización $r = 0,620$ ($p < 0,001$); y entre la dimensión instrumental y la percepción de apoyo de la organización $r = 0,386$ ($p < 0,001$). La correlación entre la dimensión instrumental y la percepción de apoyo organizacional es moderada, y las restantes correlaciones son moderadas-altas, ya que se encuentran por encima de 0,6, y de acuerdo a diferentes autores, los valores de 0.7 o mayores representan una correlación alta o fuerte.

Discusión
La complejidad de las organizaciones de salud, la especificidad de los servicios que ofrecen, y las dificultades de recursos, entre otros factores, conducen una interacción específica de la organización con los enfermeros. Sin embargo, los empleados van a adoptar ciertas actitudes y comportamientos porque se sienten orgullosos de ser parte de la organización y por la congruencia entre sus valores y los valores de la organización (Frederico-Ferreira, 2008), por lo que es importante desarrollar estudios que contribuyan a la identificación de sus percepciones y por lo tanto nos ayuden a entender el comportamiento en el trabajo. En el presente estudio lo compromiso organizacional muestra unos valores medios de 3,06 ± 0,68. Entre las dimensiones que contribuyen a este valor, hacemos hincapié en la dimensión afectiva con las puntuaciones más elevadas (3,53 ± 0,91) y la normativa con las puntuaciones más bajas (2,64 ± 0,94). De acuerdo con la asignación de Meyer y Allen (1991), esto implica que la relación entre los empleados y la

organización se basa en una unión mucho más emocional que en un deber moral. Estos resultados están en consonancia con un estudio en 1027 enfermeros (Ferreira, 2011), en el que los valores más altos están en la dimensión afectiva y los más bajos en la dimensión normativa. Las puntuaciones medias mencionadas en este estudio son ligeramente inferiores a los obtenidos, siendo respectivamente: el compromiso organizacional 2,89 ± 0,69; dimensión afectiva 3,48±0,86 y normativa 2,61±0,88. En cuanto a el promedio de la percepción de apoyo organizacional en este estudio es 2,65 ± 0,83. Este valor es ligeramente inferior al presentado por Federico-Ferreira (2008) en el que obtuvo una puntuación media de 2,82 ± 0,66. Esta diferencia nos permite dejar abiertas algunas preguntas: ¿son estas diferencias debidas a la muestra? ¿Vivimos en una época de "menor atención" institucional hacia los empleados? Parece ser evidente que, tanto en un estudio como en el otro, los empleados perciben el apoyo organizacional como débil, ya que no alcanzó el posible valor medio en la escala (1 a 5). El valor de la correlación entre el compromiso organizacional y la percepción de apoyo organizacional y entre cada dimensión y la percepción de apoyo organizacional, en todos los casos es positivo y significativo, lo que lleva a la consideración de que el apoyo organizacional percibido por parte de los enfermeros, refleja en su compromiso, es decir, como mencionan Eisenberger, Huntington, Hutchison y Sowa (1986) las percepciones de los empleados sobre la calidad del trato que reciben de la organización, mantiene una estructura de intercambio social, donde los empleados que perciben un alto nivel de apoyo de la organización posiblemente sienten la obligación de "devolver" ese apoyo a la organización. Un estudio sobre el compromiso organizacional y las variables de contexto de trabajo en enfermeras señala, a través de análisis de regresión múltiple por el método Stepwise, que la primera variable a introducir en el modelo explicativo fue el "apoyo organizacional percibido" que contribuye a explicar 38,2 % de la varianza del compromiso organizacional (Frederico, 2005).

Conclusiones y implicaciones futuras

Adquiere una importancia creciente el estudio de cómo los profesionales de la salud, especialmente los enfermeros, establecen un compromiso con la organización en que trabajan, porque se acepta que el compromiso favorece, comportamientos positivos y de productividad (Frederico, 2005). El compromiso de la organización se muestran los valores promedio de 3,06 ± 0,68. Entre las dimensiones que contribuyen a este valor, es especialmente importante la dimensión afectiva que refleja la conexión emocional de los empleados. Los valores promedio de la percepción de apoyo organizacional son 2,65 ± 0,83. Nos permite señalar el hecho de que los empleados perciben el apoyo organizacional como débil. Se hace necesario, desde una perspectiva de intercambio social, la necesidad de que las organizaciones demuestren este apoyo o a revisar la forma en que esto se está realizando y percibiendo por parte de los profesionales. Este estudio contribuye a la discusión sobre el papel de los enfermeros en las organizaciones sanitarias, sobre la importancia de compromiso organizacional de los enfermeros y del apoyo organizacional. Sería importante dar a conocer algunas "recomendaciones" organizacionales a través de estructuras profesionales, entre ellos la Orden de los Enfermeros.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Caetano, A. & Tavares, S. (2000). Determinantes da implicação organizacional em cinco países europeus. In M. Cabral, J. Vala e J. Freire. Atitudes Sociais dos Portugueses - Trabalho e Cidadania (pp. 97-121). Lisboa: ICS.

Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. Journal of Applied Psychology, 71, 500-507.

Ferreira, M. (2011). Relação com a chefia e empenhamento organizacional: que associação? - estudo em enfermeiros. Revista Portuguesa de Management, nº 5-6, 3, 117-125.

Frederico M. (2005). Empenhamento organizacional de enfermeiros em hospitais com diferentes modelos de gestão: papel de variáveis de contexto. Referência, 1, 53-62.

Frederico M. (2008). Percepção de suporte organizacional em hospitais públicos: estudo em enfermeiros. Análise Psicológica, 4,

697-706.
Graddick, M. & Farr, J. (1983). Professionals in scientific disciplines: sex-related differences in working life commitments. Journal of Applied Psychology, 68, 641-645.
Hunt, S. & Morgan, R. (1994). Organizational Commitment: One of Many Commitments or Key Mediating Construct? Academy of Management Journal, 37 (6), 1568-1587.
Mathieu, J. & Zajac, D. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. Psychological Bulletin, 108, 171-194.
O'Reilly, C. & Chatman, J. (1986). Organizational commitment and psychological attachment: The effects of compliance, identification and internalization on prosocial behaviour. Journal of Applied Psychology, 71, 492-499.
Shore, L. & Wayne, S. (1993). Commitment and employee behavior: Comparison of affective commitment and continuance commitment with perceived organizational support. Journal of Applied Psychology, 78, 774-780.
Yoon, J. & Lim, J. (1999). Organizational support in the workplace: The case of Korean hospital employees. Human Relations, 52, 923-945.

AUTORES/AUTHORS:
Marianela Bayón Cabeza, Francisco Javier Pérez Rivas, Carmen Jiménez Gómez, Carmen Solano Villarrubia, Juana Mateos Rodilla, Ángel Martín García, José Carlos Mora Morillas, Lucía Serrano Molína, Carmen Luzdivina Sánchez Ramos

TÍTULO/TITLE:
Aplicación de una aproximación al Benchmarking (BMK) para identificar las mejores prácticas en Cuidados en Atención Prim

Objetivos

La Gerencia de Atención Primaria (GAP) de la Comunidad de Madrid, a través de la comisión de calidad de los cuidados (CCC), está realizando un análisis de situación sobre la prestación de cuidados en el primer nivel asistencial, como fase inicial de la elaboración de la estrategia de cuidados en Atención Primaria (AP). Para realizar este análisis se decide utilizar diversas herramientas de metodología de la calidad entre las que se encuentra una adaptación de un proyecto de Benchmarking (BMK) interno y externo funcional (sin competencia directa).
En este trabajo se presentan los resultados del análisis interno, cuyos objetivos son los siguientes:
• Identificar y seleccionar en el cuadro de mando e- SOAP de una Gerencia de Atención Primaria (GAP) aquellos indicadores sensibles a la práctica enfermera.
• Identificar y seleccionar los Centros de Salud (CS) con mejores resultados en dichos indicadores, como fuente de información para la detección y exploración de las mejores prácticas en la prestación de cuidados dentro de la organización, que serán valoradas para contribuir al diseño de la estrategia de cuidados.

Métodos

En abril de 2012 se constituye, en el seno de la CCC, el grupo de trabajo encargado de realizar el beachmarking interno para analizar el entorno e identificar las mejores prácticas relacionadas con la prestación de cuidados que se están llevando a cabo en los CS y que están obteniendo buenos resultados.

Se elabora un proyecto de trabajo con las siguientes fases:
· Creación del grupo de trabajo BMK.
· Identificación, selección, recopilación y clasificación de los indicadores del Contrato Programa de Centro (CPC) más fiables y sensibles y más directamente relacionados a la práctica enfermera, disponibles en el cuadro de mando de la Gerencia de Atención Primaria e- SOAP relacionados con Cartera de Servicios Estandarizados (CSE), Planes de cuidados Enfermeros (PCE) y Efectividad – Seguridad en la atención clínica enfermera.
· Elaboración de un sistema de puntuación en base a la amplitud de la distribución de frecuencias y la dispersión de los resultados, para ponderar el conjunto de indicadores seleccionados y poder identificar los centros de salud que obtienen las mejores puntuaciones:
- Indicadores de CSE: se puntúan con 10 ó 20 puntos al centro con mejor resultado en cada indicador. Al resto de los 9 ó 19 mejores centros, se les ha ido puntuado de forma consecutiva hasta llegar a 1 punto.
- Indicadores de PCE: se puntúan con 10 puntos al centro con mejor resultado en cada indicador. Al resto de los 9 mejores centros, se les ha ido puntuado de forma consecutiva hasta llegar a 1 punto.
- Indicadores de Efectividad -Seguridad: se puntúan con 25 puntos al centro con mejor resultado en cada indicador. Al resto de los

24 mejores centros, se les ha ido puntuado de forma consecutiva hasta llegar a 1 punto.
El resultado final de cada bloque se obtiene haciendo la suma de los valores alcanzados en cada uno de los indicadores pertenecientes a ese bloque.
· Evaluación de los indicadores seleccionados en los 260 centros de salud de la comunidad en el periodo referido al último año evaluado (2011)
· Identificación de los CS con los mejores resultados en estos indicadores.
· Elaboración del guión para las entrevistas incluyendo aspectos relacionados con:
- el tipo de centro y la población que atiende, el número de profesionales y la organización y desarrollo de los servicios de enfermería, así como el trabajo en equipo,
- el liderazgo del Equipo Directivo y la implicación de otros responsables del centro,
- los mecanismos de reconocimiento al trabajo de los profesionales,
- la puesta en marcha de programas formativos,
- la realización de sesiones informativas y de trabajo relacionadas con el seguimiento de los indicadores del CPC,
- el uso habitual de procesos, protocolos y guías,
- la elaboración sistemática de proyectos de mejora…, etc.

· Realización de entrevistas con el Equipo Directivo y otros responsables del centro.
· Elaboración de informes individualizados y remisión a los centros implicados para su aprobación conjunta.
· Análisis e interpretación de los informes, extracción de buenas prácticas en la prestación de cuidados de calidad y propuesta de integración en la estrategia.

Resultados

Se seleccionan un total 21 indicadores que se agruparon en tres bloques planificados:
· 9 de Cartera de Servicios: Cobertura de los Servicios: 101: Promoción en la infancia de hábitos saludables, 106: Atención a niños con obesidad; 201: Promoción de la salud en la adolescencia; 401a: Vacunación antigripal en > 60 años; 401b: Vacunación antigripal en grupos de riesgo; 304: Información de métodos anticonceptivos; 403: Promoción de estilos de vida saludables; 415: Atención al consumo de tabaco en el adulto; 417: Prevención y Detección de Problemas en Personas Mayores.
· 7 de Planes de Cuidados de Enfermería del CPC: personas con PCE documentados en la población atendida total, personas con PCE en la población atendida por tramos etarios de 0-14 años y >= 65 años, personas con PCE en procesos específicos: cardiovasculares, inmovilizados y mayor frágil, y personas con resultados en planes de cuidados.
· 5 indicadores de Efectividad - Seguridad del CPC: pacientes inmovilizados con registro en Hª clínica de prevención de úlceras, pacientes inmovilizados con úlcera por presión, pacientes diabéticos con sobreutilización de tiras reactivas de glucemia capilar, control de pacientes hipertensos y control de pacientes diabéticos en los últimos 12 meses.

Tras aplicar el sistema de puntuación definido se obtienen los CS con mejores resultados en cada uno de los bloques, seleccionándose 4 de ellos para hacer las visitas:
· “CS El Greco” de la Dirección Asistencial Sur, con el mejor resultado en los indicadores de Cartera y 62 puntos.
· “CS García Noblejas” de la Dirección Asistencial Este con el mejor resultado los indicadores de efectividad y seguridad con 73 puntos.
· “CS María Montessori” de la Dirección Asistencial Sur con el 2º mejor resultado en efectividad y seguridad (70 puntos) y el 2ª mejor en cartera (36 puntos)

· “CS Barajas” de la Dirección Asistencial Este con el mejor resultado en Planes de Cuidados y 59 puntos.

Se realizaron las visitas a lo largo del mes de junio de 2012 y se elaboraron 4 informes individualizados siguiendo la estructura del guión predefinido donde se recoge de forma exhaustiva las líneas de trabajo implementadas por estos centros, que han contribuido a obtener los buenos resultados en los indicadores monitorizados, que posteriormente fueron valorados y aprobados por el Equipo Directivo del Centro.

Discusión

La metodología empleada en el proyecto ha permitido identificar los CS con los mejores resultados en los indicadores elegidos como más fiables y sensibles a la práctica enfermera. Tras investigar las posibles causas de sus buenos resultados mediante la exploración de las buenas prácticas puestas en marcha en los CS, se ha podido proponer la inclusión de diversas líneas de trabajo en la fase de planificación de la elaboración de la Estrategia de Calidad de los Cuidados de AP de la CM, lo que contribuirá a mejorar la calidad de la atención prestada a la población que atendemos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

· Servicio Madrileño de Salud. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria. Madrid: Servicio de Programas Asistenciales Subdirección General de Atención Primaria; 2009. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142521116585&idTema=1109265603988&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pid=1109181527641&segmento=1&sm=1

· Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Papel de Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo. SERMAS; 2009.

· Asociación Española para la Calidad. Guía de Benchmarking. Teoría y práctica de esta metodología. Madrid; 2007.

AUTORES/AUTHORS:
María Jesús Pumar-Méndez, Ann Wakefield, Moira Attree

TÍTULO/TITLE:
Notificación de errores por parte de enfermería: la comprensión del concepto de error y de los sistemas de notificación

Introducción
La gran repercusión humana y económica que tienen los errores médicos ha dado lugar a un creciente interés por el desarrollo de programas de seguridad del paciente (Brady et al., 2009). Dichos programas incluyen estrategias dirigidas a identificar, clasificar y analizar los errores clínicos, con el objetivo de comprender su mecanismo causal, diseñar e implementar acciones preventivas y fomentar el aprendizaje organizacional. Entre estas estrategias la más extendida en el ámbito hospitalario es el desarrollo de sistemas de notificación de errores (Bañeres et al., 2006).

La utilidad de estos sistemas depende de la participación regular en ellos de los profesionales sanitarios. De hecho, una práctica irregular en la notificación de errores puede sesgar la información que producen los sistemas de notificación y, en consecuencia, las decisiones que se toman de cara a la mejora de la seguridad de los sistemas organizacionales (Richardson, 2006). Para poder desarrollar estrategias efectivas para el fomento de la notificación de errores entre los profesionales sanitarios es necesario conocer los factores que intervienen en la adopción de esta práctica.

En el presente estudio se identificaron las razones por las que las enfermeras en un centro médico hospitalario del norte de España no participaban regularmente en la notificación de errores clínicos.

Métodos
Se llevó a cabo un estudio exploratorio cualitativo, qué comenzó tras la obtención de las aprobaciones éticas pertinentes y el consentimiento informado de los participantes. Se realizaron 14 entrevistas personales con supervisoras de enfermería y enfermeras asistenciales (4 supervisoras y 10 enfermeras diplomadas) y 6 grupos focales con enfermeras asistenciales (en los que participaron 27 enfermeras diplomadas que desempeñaban su actividad en 5 divisiones clínicas: Consultas Externas, Hospitalización, Cuidados Críticos y Emergencias, Quirófano y Anestesia, y Servicios de apoyo sanitario) de un centro médico hospitalario del norte de España. Para la selección de participantes se utilizó un muestreo teórico, incluyendo profesionales conocedores de la organización y sus dinámicas (Krueger & Casey, 2000).

Las entrevistas se realizaron con anterioridad a los grupos focales. Éstos reunieron entre 3 y 8 participantes y fueron dirigidos por un moderador y un observador (Krueger & Casey, 2000). Para guiar tanto las entrevistas personales como los grupos focales se utilizaron protocolos con preguntas abiertas, que fueron diseñados en base a una amplia revisión bibliográfica (Schein, 1992). Todas las entrevistas (personales y grupos focales) fueron grabadas y transcritas verbatim. El análisis de los datos se realizó de acuerdo al método análisis de marco de Ritchie y Lewis (2003) y utilizando el software para análisis cualitativo Nvivo.

Resultados
Del análisis de los datos emergieron tres categorías: incertidumbre sobre el concepto de error; infravaloración de los sistemas de notificación; y consecuencias de la notificación de errores. La categoría “incertidumbre sobre el concepto de error” refleja como dudas e interpretaciones equivocadas del concepto de error disuaden a las enfermeras asistenciales de participar en los sistemas de notificación. Entre estas dudas e interpretaciones equivocadas destacaron: la identificación de errores frecuentes con “realidades del

día a día" y la incertidumbre sobre sí las violaciones de protocolos, los fallos de comunicación y los fallos que no han causado daño a los pacientes deben clasificarse como errores.

"Hay veces que no sabes (…) si debes notificar algo como un error o es un problema que forma parte de la vida diaria" FGN1/3

"Hay cosas que las ves como asumidas. ¿Cosas que se duplican en la orden médica?... ¿Qué no te comunican?... ¿Son errores?... Pues igual… no sé" N5

"Yo creo que si pasa algo gordo y realmente pasa se notifica. Si ha sido un medio error que al final se ha acabado solucionando… si de la cosa sales airosa… yo creo que no llega a error y no se notifica" FGN6/1

La categoría "infravaloración de los sistemas de notificación" alude a la falta de apreciación de los sistemas de notificación por parte de las enfermeras asistenciales y cómo esta subestimación hace que la notificación de errores pase a ser una actividad secundaria. Las supervisoras atribuyeron la infravaloración de los sistemas de notificación por parte de las enfermeras a su mal entendimiento del propósito de los mismos. Esta percepción es coherente con las explicaciones provistas por las enfermeras asistenciales, que identificaron como principal propósito de la notificación de errores el mero mantenimiento de un registro administrativo.

"Todo el mundo sabe por qué ha cometido errores en un momento dado, qué es lo que ha pasado, la situación, las circunstancias. Entonces, yo realmente no creo que en una notificación vayas a encontrar una solución (…) es más para notificarles qué ha pasado" N4

"Ellas [enfermeras asistenciales] no lo ven como error del sistema, lo ven como una cosa personal. Ese es el problema. (…) Yo creo que no tienen tanto problema en contarlo como en asumirlo… En ver el propósito, la utilidad" S3

Por último, la categoría "consecuencias de la notificación de errores" hace referencia a las suposiciones de las enfermeras asistenciales sobre las consecuencias negativas que puede conllevar la notificación de errores. El miedo a recibir penalizaciones, perder prestigio profesional, o generar conflictos interprofesionales a raíz de la notificación de un error disuade a las enfermeras asistenciales de participar en los sistemas de notificación.

"No tenemos la madurez para reconocer nuestros propios errores, pero ésto es porque me pueden (…) mover o no renovar mi contrato" N8

"Más que miedo es que los demás piensen que no eres profesional, que no has actuado bien o … ¿Qué va a pensar la gente de ti?" N3

Discusión

Los hallazgos de este estudio son congruentes con otros estudios del ámbito internacional (Elder et al., 2008; Uribe et al., 2002; Waring, 2007). Sugieren que para mejorar la participación de enfermería en la notificación de errores es necesario educar a las enfermeras sobre el concepto de error, así como sobre el rol de los sistemas de notificación en la mejora de los sistemas organizacionales y la seguridad del paciente. Así mismo, los hallazgos del estudio destacan la importancia de proporcionar feedback a las enfermeras sobre los errores notificados una vez que éstos han sido analizados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bañeres, J., Cavero, E., López, L., Orrego, C., Suñol, R. (2006). Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo

Brady, A.M., Redmond, R., Curtis, E., Fleming, S., Keenan, P., Malone, A. M. & Sheerin, F. (2009) Adverse events in health care: a literature review. Journal of Nursing Management. 17 (2), 155- 164

Elder, N. C., Brungs, S. M., Nagy, M., Kudel, I., & Render, M. L. (2008). Nurses' Perceptions of Error Communication and reporting in the Intensive Care Unit. Journal of Patient Safety, 4 (3), 162- 168

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). Focus groups: A practical guide for applied research. 3rd ed. Thousand Oak, Sage

Richardson, W. (2006). Innovations in patient safety management: Bedside nurses' assessment of near misses. Topics in Emergency Medicine, 28 (2), 154- 160

Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). Carrying out Qualitative Analysis. In: J. Ritchie, & J. Lewis, (Eds.) Qualitative Research Practice: A Guide For Social Science Students and Researchers. London, Sage Publications

Schein, E. H. (1992). Organizational Culture and Leadership. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass.

Uribe, C. L., Schweikhart, S. B., Pathak, D. S., Dow, M., & Marsh, G. B. (2002). Perceived barriers to medical-error reporting: an exploratory investigation. Journal of Healthcare Management, 47 (4), 263- 280

Waring, J. J. (2007). Doctors' thinking about 'the system' as a threat to patient safety.. Health: an Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine, 11 (1), 29- 46

Mesa de comunicaciones 3: Cuidados a pacientes críticos

Concurrent session 3: Critical Care

AUTORES/AUTHORS:
Francisca Zamora Zamora, Margarita García Poza, Isabel Redecillas Sánchez

TÍTULO/TITLE:
El día a día de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica en una UCI Médico–Quirúrgica

La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) es la desarrollada en un paciente tras intubación y constituye la primera complicación infecciosa en frecuencia en las UCIs. El 80% de los episodios de neumonía nosocomial se produce en pacientes con vía aérea artificial, suponiendo un aumento de morbilidad y mortalidad que puede alcanzar el 50% en caso de algunos gérmenes multirresistentes.
La progresión de microorganismos que colonizan la orofaringe hacia la vía aérea distal o su introducción a través del tubo orotraqueal parecen ser los mecanismos de producción .
Objetivos: Evaluar los cuidados prestados y determinar la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica .
Método:
Diseño: Observacional descriptivo prospectivo de nueve meses de duración durante 2010 en UCI del H. M.Q. Complejo Hospitalario de Jaén. Aprobado por la Comisión de Investigación y Ética, con obtención de consentimiento informado.
Selección: Pacientes sometidos a Ventilación Mecánica Invasiva más de 24 horas seguidos hasta su alta de UCI.
Variables: Demográficas, Cuidados aplicados y NAVM, definida por las directrices CDC , .
La recogida de datos se ha realizado en hoja estandarizada diaria.
Análisis de datos:
Medidas de frecuencia para las variables discretas, media, desviación estándar, máximo y mínimo para variables continuas.
Programa SPSS 15.0.
Resultados:
184 pacientes han sido ingresados durante este periodo.
66 han sido incluidos, 47(71´2%) varones, y 19 mujeres (28´8%) con una media de edad de 58´30 años, mediana de 60 años (14-86).
A 19 se les atendió por cirugía urgente, 10 pacientes por cirugía programada, 31 por patología médica, uno por traumatológica y cinco por coronaria.
6 (9´1%) pacientes sufrieron parada cardiorespiratoria previo ingreso en UCI. Media de APACHE II fue 22,08 ± 8,36s.
Durante la estancia al 45´5% se les ha trasportado al menos una vez fuera de UCI para la realización de algún procedimiento diagnóstico o terapéutico.
Cuidados aplicados para prevenir la NAVM:
· Cambios posturales en 31(47%) de los pacientes.
· Cuidados orales una vez/ día 100% ,45´5%(30) dos veces al día con clorhexidina 0´12% ,
· Se ha realizado valoración de tolerancia de nutrición enteral c/12 h en 54 pacientes (81´2%), descompresión gástrica en 64 pacientes una media de 12´05 días±11´71 s(0-52).La SNG se aplicó en el 97%(64) de los pacientes durante una media de 21.53 ±18.18 s días (0- 88).
· Cabecero elevado de 30-45º en el 100%(66) de los pacientes.
· Control de presión de neumotaponamiento 25-30mmHg en 31.5%
· Intercambiadores de calor-humedad en todos los pacientes.
· Tubo con aspiración subglótica en 42 (63´6%) pacientes.

NAVM: 28 tuvieron neumonía asociada al ventilador. I.A: 15´64%. D.I.: de 19´08 ‰.Durante la estancia han permanecido con ventilación mecánica invasiva una media de 22´23 ± 21,562s (1-100) días, precisando 14 pacientes la realización de traqueostomía (21´21%) previa retirada del ventilador. terminando en fallecimiento en 23 pacientes (34´8%).

Discusión: La Tasa NAVM es de 19´08 ‰ frente 11,44 ‰ ENVIN sin embargo encontramos diferencias apreciables como alto índice

de reintubaciones 56´1%, salidas continuas de la unidad, media VM elevada , que triplica los días de estancia media en las UCIs españolas 7,71 ± 9,17 días, el doble de ingresos por cirugía urgente 28´8% frente a 15´11%, edad avanzada, el 42´4% es >= 70 años ,APACHE II 22,08 ± 8,36s , frente a 14,37 ± 8,35 ENVIN estimándose mortalidad de 40-55%, a pesar de ello en nuestro caso es de 34´8% menor que la esperada.

Por otro lado los cuidados aplicados como elevación del cabecero, tolerancia enteral, intercambiadores de calor humedad tienen un adecuado cumplimiento, sin embargo el protocolo de cuidados orales para las 12 h, cambios posturales y el de la presión de neumotaponamiento precisan mejorar la implementación. Debemos intentar reducir el tiempo de VM y mejorar el cumplimiento de los planes de cuidados.

Implicaciones para la práctica: La evaluación continua del trabajo realizado forma parte fundamental del proceso de mejora de calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Guardiola JJ, Sarmiento X, Rello J. Neumonía asociada a ventilación mecánica: riesgos, problemas y nuevos conceptos. Med Intensiva 2001; 25: 113-123.

CDC Definitions of nosocomial infections. Reprinted from: Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections. In: Olmsted RN, ed.: APIC Infection Control and Applied Epidemiology: Principles and Practice. St. Louis: Mosby; 1996: pp. A-1--A-20

Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections. Am J Infect Control.1988;16:128-40.

Knaus WA,Draper EA,Wagner DP,Zimmerman JE.APACHE II: A severity of disease classification system. Crit Care Med.1985:13:818-29

Zamora Zamora F. Efectividad de los cuidados orales en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica. Revisión sistemática y meta-análisis de ensayos clínicos aleatorios. Enferm Clin. 2011;21(6):308-319.

Sociedad Española de Medicina Intensiva Critica y Unidades Coronarias (SEMICYUC).Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas. Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva ENVIN HELICS. Informe 2009.

AUTORES/AUTHORS:
Juan José Rodríguez Mondéjar, Ascensión Sánchez Martínez, Tania Herrera Romero, Alfredo Cano Reyes, Raul Navarro Lozano, Concepción Caja Romero, Adoración Pedreño Vera, Mª Isabel Mena Martínez, Rosa Gómez Martínez

TÍTULO/TITLE:
NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS: FOMENTANDO LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Introducción y Objetivos: La implementación de medidas que favorezcan la detección y notificación de incidentes en la asistencia sanitaria es un exponente de la cultura de sobre seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos (UCIs), y en el entorno de la mejora de la calidad asistencial. Tras dos años de formación y mentalización en nuestra UCI se puso en marcha el sistema de notificación de incidentes y efectos adversos.
La participación ha sido importante, pero no sabemos si todos los profesionales han realizado declaraciones en el sistema (ya que puede ser anónima), lo que nos hace pensar que hay que seguir informando y estimulando a los profesionales.
El objetivo es cuantificar y analizar los registros realizados y extraer información para su aplicación, y así mejorar la seguridad en la práctica clínica.
Metodo(s): Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo.
Lugar: UCI polivalente de 12 camas en un hospital general universitario.
Muestra: todos los registros de incidentes y efectos adversos realizados por el personal del servicio (se ha cogido el universo muestral).
Temporalidad: desde noviembre del año 2010 hasta febrero del 2012. (16 meses)
Desarrollo: se realizó notificación en cuestionario en papel realizado por la unidad funcional de riesgo sanitario y seguridad del paciente (inicialmente), y luego de forma informatizada en el sistema de notificación y aprendizaje para seguridad del paciente (SINASP).
La participación fue voluntaria. Se realiza estudio, análisis y seguimiento de todos los casos (análisis causa-raiz, diagrama espina de pescado, etc.) por la unidad funcional de riesgo sanitario de nuestro centro, aplicándolos según los distintos sistemas según clasificación y gravedad del incidente. Siempre participa algún miembro de la unidad funcional de forma externa, y profesionales del servicio de críticos implicados en el tema de la seguridad clínica.
Procesamiento estadístico: se realizó con programa Excel-07 y con el propio SINASP, calculando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y medias y DE para cuantitativas.
Resultados: Se realizaron un total de 44 notificaciones, 29 en papel y 15 en registro informatizado.

Por apartados declarados se relacionan:
Error de medicación 15 (34%),
Error de procedimiento 15+1 (36,4%),
Cuidados de enfermería 2 (4,5%),
Equipos/dispositivos 4 (9%),
Gestión organizativa-Recursos 3 (6,8%),
Otros 4 (9%).
Los profesionales que la cumplimentaron según descripción por categorías son: enfermera 86.6%, farmacéutico 6,6%, médico 6,6%.

Clasificación según riego: SAC 1 - Riesgo extremo 6,6%, SAC 3 - Riesgo medio 40%, SAC 4 - Riesgo bajo 33,3%.

Situación con capacidad de causar un incidente 20%, incidente que llegó al paciente 80%, con algún daño 58%, sin ningún daño 42%.
Factores contribuyentes:
Factores de la organización 53,3%,
Factores profesionales 53,3%
Entorno de trabajo /instalaciones /equipamiento 26,6%,
Factores relacionados con el paciente 13,3%.

Nº notificaciones por 100/NºCamas:4,55, y la media regional se enmarca en 5,36. Evolución en los últimos 4 cuatrimestres ha pasado de 2,73, hasta a un 0,30.

Discusión: La cultura de la seguridad en nuestra UCI ha hecho posible la inclusión del registro de notificación de incidentes y efectos adversos sin generar resistencia.
Se debe mantener el hábito de realizar la cumplimentación informática, ya que desde su inclusión y a lo largo del tiempo se ha disminuido el nº de notificaciones, aunque mantiene la tendencia regional.
El análisis del registro y su retroalimentación es una herramienta útil para la mejora de la calidad asistencial en las UCIs.

La aplicación para la práctica clínica: se centra en la declaración responsable como medida de detección de incidentes de la práctica clínica diaria, para conseguir corregir e implementar intervenciones reales que los minimicen o los eviten, así como que lleguen al paciente o causen daño, convirtiéndose en efectos adversos. También es muy útil para el aumento de la cultura de la seguridad del paciente en el área de los cuidados críticos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Aibar C, Aranaz JM. Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos (CDROM) Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos
ligados a la hospitalización. ENEAS, 2005. Disponible en
https://www.msps.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/1_Jesus_Aranaz_ppt.pdf
Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, Soares M, Rusinova K, Lafabrie A, et-al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts. Am J Resp Crit Care Med. 2009; 180:853-60.
Beckmann U, Gillies DM, Berenholtz Sm, Wu A, Pronovost P. Incidents relating to the
intra-hospital transfer of critically ill patients. An analysis of the reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care. Intensive Care Med 2004 8:1579-85.

Bion JF, Abrusci T, Hibbert P. Human factors in the management of the critically ill patients. Br J Anaesth. 2010; 105:26-33.
Garrouste M, Timsit JF, Soufir L, Tafflet M, Adrie Ch , Philippart F, et-al, OUTCAMEREA Study Group. Impact of adverse events on outcomes in intensive care unit patients. Crit Care Med. 2008; 36:2196-7.
Gutiérrez Cía I, Aibar Remón C, Beamonte San Agustín A, Obón Azuara, B, Sánchez
Polo, CM Júdez Legaristi, D. Incidencia de efectos adversos en una unidad de medicina intensiva. Rev Calidad Asistencia 2007;22(6):277-86.

Michel P, Quenon JL, de Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events an rates of preventable adverse events in acute care hospitals. BMJ 2004; 328 (7433): 199-202A.
Moreno Millán E, Villegas Del Ojo J, Prieto Valderrey F, Nieto Galeano J. Efectos adversos, intercomunicación, gestión del conocimiento y estrategias de cuidados en enfermería intensiva. Med Intensiva 2011; 35(1):3-5.
Piquette D, Reeves S, Leblanc V.R. Interprofessional intensive care unit team interactions and medical crises: a quealitative study. J Interprof Care. 2009; 23:273-85.
Stein-Parbury J, Liaschenko J. Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. Am J Crit Care. 2007; 16:470-7.
Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich R.L. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. Crit Care Med. 2003; 31:956-9.
Vandijck DM, Labeau SO, Secanell M, Rello J, Blot S.I. The role of nurses working in emergency and critical care environments in the prevention of intravascular catheters-related bloodstream infections. Int Emerg Nurs. 2009; 17:60-8.

Mesa de comunicaciones 4: Cuidadores / Dependencia

Concurrent session 4: Caregivers / Dependency

AUTORES/AUTHORS:
Sara Moreno Cámara, Pedro Ángel Palomino Moral, Rafael Del Pino Casado, Lourdes Moral Fernández, Antonio Frías Osuna

TÍTULO/TITLE:
Repercusiones del cuidado en la vida de las personas cuidadoras familiares según la encuesta EDAD 2008

1. Objetivos

• Determinar las consecuencias del cuidado en la salud de las personas cuidadoras familiares (PCF).
• Describir las consecuencias negativas del cuidado en el ocio, el tiempo libre y la vida familiar de las PCF.
• Identificar las repercusiones del cuidado en la vida laboral y economía de las PCF.

2. Metodología

Estudio descriptivo transversal sobre el Cuestionario de Cuidadores/as Principales incluido en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de dependencia (EDAD 2008).

La EDAD 2008 es una operación estadística realizada por el INe en colaboración con El Ministerio de Educación, Política Social y Deporte (a través de la Dirección General de Políticas Sectoriales sobre Discapacidad y el IMSERSO), la Fundación ONCE, CERMI y FEAPS.
La finalidad principal de la EDAD es atender la demanda de información para el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), proporcionando una base estadística que permita guiar la promoción de la autonomía personal y la prevención de las situaciones de dependencia.

El Cuestionario de Cuidadores/as Principales, incluido en la EDAD 2008, se centra en obtener información sobre las características demográficas y sociales de las personas cuidadoras; el grado de profesionalización, el tiempo dedicado y tipos de cuidados, las dificultades para prestar los cuidados, su estado de salud y aspectos profesionales, familiares o de ocio de los que han tenido que prescindir por dedicarse a prestar cuidados.

Población y muestra. Del total de personas con discapacidad de la encuesta EDAD (n= 22.795), 9.214 son dependientes, son cuidados por otras personas. De entre estas personas cuidadoras, hemos elegido a aquellas que no reciben retribución por ello y que cuidan a una persona mayor de 65 años. Dicha submuestra de personas cuidadoras familiares de mayores dependientes tiene un tamaño de 4.956 casos.

Variables. El cuestionario de Cuidadores/as Principales de la EDAD de 2008 está dividido en una sección A, donde se recoge datos de identificación del cuidador, y una sección B, con información relativa a los/las cuidadores/as principales. Esta segunda parte está dividida en bloques. El bloque 1 recoge ítems de cuidadoras no residentes en el hogar. El bloque 2, recoge información de cuidadoras empleadas en el hogar. Y el bloque 3 recoge información de todas las personas cuidadoras principales. De esta manera, el objeto de nuestros análisis ha sido el tratamiento estadístico de la información contenida en el bloque 3.
Los datos han sido sometidos a un proceso de depuración y, en algunos casos, de construcción de nuevas variables combinando las originales del bloque 3.

Muestreo. El tipo de muestreo utilizado es bietápico estratificado. Las unidades de primera etapa son las secciones censales. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares principales. Se ha extraído una muestra de aproximadamente 96.075 viviendas distribuidas en 3.843 secciones censales. La muestra se distribuye entre provincias asignando una parte uniformemente y otra proporcionalmente al tamaño de la provincia.

El análisis se ha llevado a cabo mediante la explotación del fichero de microdatos procedente del INe. Se ha procedido a un análisis estadístico mediante el programa SPSS versión 18 consistente en un análisis univariado centrado en el cálculo de medidas de tendencia central y dispersión de las variables en estudio.

3. Resultados

El cansancio crónico suele ser la afectación más común en la salud de las PCF, presente en el 54,4 %. Así mismo, hemos constatado, que el 36'8 % de las PCF afirma un deterioro de su salud desde el inicio de su labor cuidadora y, de ellas, el 15 % declara estar en tratamiento para poder sobrellevar la situación. El 30 % reconoce sentirse deprimida.

En relación a las consecuencias del cuidado familiar en las PCF en cuanto al ocio, tiempo libre y vida familiar, el 76,8 % afirma tener algún problema en estos aspectos debido a su dedicación al cuidado. El 68,8 % de las PCF afirma que su tiempo de ocio ha disminuido, el 48,4 % no puede plantearse ir de vacaciones y el 40,5 % no tiene tiempo para dedicarlo a sus amistades.
Así mismo, hemos observado que el 18,9 % de las PCF afirma no tener tiempo para cuidar de otras personas como quisieran y el 5,6 % de las PCF reconoce tener conflictos con su pareja. Además, el 2,4 % asume que el motivo por el que no ha podido formar una familia es debido a su dedicación completa al cuidado. Constatamos que la entrega a la persona cuidada supone el no tener tiempo para cuidar de sí mismas en un 28,8 %. El 20,5 % de las PCF no pueda plantearse el trabajar fuera de casa. Observamos que la vida laboral del 8,4 % se ha visto resentida debido a su dedicación al cuidado, reduciendo la jornada laboral el 6,9 % y teniendo dificultad para cumplir los horarios de trabajo en el 8,5 % de las PCF. Además, el 10 % de las mismas han tenido que dejar de trabajar por la incompatibilidad del trabajo con el cuidado familiar. Los datos aportan que el 15,5 % de las PCF reconoce tener problemas económicos.

4. Discusión

El fenómeno del envejecimiento es uno de los retos sociales más destacados de la actualidad; constituyendo una prioridad incuestionable que demanda soluciones satisfactorias a las crecientes necesidades de la población mayor y de las personas afectadas por la discapacidad y dependencia. En este escenario demográfico y epidemiológico, las enfermedades crónicas y degenerativas ocupan un lugar central por su incidencia, prevalencia y repercusiones en términos de calidad de vida para las personas afectadas, consumo de recursos, demandas de atención y cuidados para las familias y las personas cuidadoras familiares (1). Siendo el colectivo de familias cuidadoras el eje vertebral de nuestro modelo de atención y cuidados a las personas dependientes que ha sido objeto de un creciente interés en los últimos años (2).

El cuidado de otra persona dependiente es un proceso complejo que comprende una ingente cantidad de tareas dirigidas tanto a la persona cuidada, al entorno y también a la atención de las propias necesidades personales (3). En la literatura científica se han descrito tanto repercusiones positivas como negativas del cuidado. Las repercusiones personales negativas del cuidado se han denominado carga (física, psicológica, emocional y social) y suponen importantes consecuencias que afectan a la salud y bienestar de la persona cuidadora y la familia (4)(5). La percepción de carga depende de la interacción de factores físicos, psicológicos-conductuales y sociales de la persona dependiente. Para Zarit, la carga subjetiva es un estado resultante de cuidar a una persona dependiente que amenaza la salud física y mental del cuidador (6). En el binomio "PCF – cuidar" influyen diferentes

factores como el grado de dependencia de la persona dependiente, la percepción que tiene la PCF de los problemas, de la capacidad para afrontarlos (relacionada con las experiencias/vivencias, la información recibida al respecto, el aprendizaje previo, la percepción subjetiva de autoeficacia), o el apoyo social (7). Los resultados obtenidos en este estudio mediante el análisis de la EDAD corroboran, en la línea de otros trabajos (2-5)(8)(9), La gran afectación de la salud y la calidad de vida de las PCF a nivel de deterioro de la percepción de salud, presencia de cansancio y fatiga, el abandono del propio cuidado y la afectación negativa de la vida de pareja, familiar y laboral.

Conocer las necesidades de las PCF es esencial para diseñar intervenciones eficaces con el fin de disminuir los efectos negativos del cuidado y promover el bienestar tanto de las PCF como de su familiar dependiente, en definitiva, del entorno familiar en su conjunto. La literatura disponible sugiere que las PCF presentan necesidades desde un doble sentido (9-12): necesidades relacionadas con la educación (conocimiento de aspectos relacionados con la enfermedad, los cuidados que necesita la persona dependiente, los recursos disponibles en la comunidad) y necesidades psicológicas o emocionales (manejo del estrés emocional, control de sentimientos).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Ferri CP et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet 2005 Dic 17;336(9503):2112-2117.
(2) 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 Sanit 2008 Oct;22(5):443-450.
(3) Pinquart M, Sörensen S. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a metaanalysis. Psychol Sci Soc Sci 2003;58(2):28-112.
(4) Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. Psychol Aging 2003;18(2):250-267.
(5) Pinquart M, Sörensen S. Correlates of physical health of informal caregivers: A meta-analysis. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 2007;62(2):P126.
(6) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired ederly: correlates of feelings of burden Gerontologist 1980;20:649-654.
(7) Crespo M, López J. El apoyo a los cuidadores familiares de mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar”. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2007.
(8) Del-Pino-Casado R, Frías-Osuna A, Palomino-Moral PA, Pancorbo-Hidalgo PL. Coping and subjetive burden in caregivers of older relatives: a quantitative systematic review. Journal Of Advanced Nursing 2011;67(11):2311-22.
(9) Hirakawa Y, Kuzuya M, Enoki H, Uemura K. Information needs and sources of family caregivers of home elderly patients. Arch Gerontol Geriatr 2011 Mar-Apr;52(2):5-202.
(10) Rosa E, Lussignoli G, Sabbatini F, Chiappa A, Di Cesare S, Lamanna L, Zanetti O. Needs of caregivers of the patients with dementia. Arch Gerontol Geriatr 2010 Jul-Aug;51(1):8-54.
(11) Vidal-Thomàs MC, Alorda-Terrasa C, Adrover-Barceló RM, Ripoll-Amengual J, Taltavull-Aparicio JM, de Ormijana-Hernández AS. Needs of the family caregivers of stroke survivors in the home: structured review of the literature from 2000 to 2007. Enferm Clin 2009 Mar-Apr;19(2):9-83.
(12) Peeters JM, Van Beek AP, Meerveld JH, Spreeuwenberg PM, Francke AL. Informal caregivers of persons with dementia, their use of and needs for specific professional support: a survey of the National Dementia Programme. BMC Nurs 2010 Jun(9).

AUTORES/AUTHORS:
ELENA ALMEIDA SUÁREZ, DOLORES BARDAJÍ LÓPEZ GUARCH, SABINA GONZÁLEZ SILVA, FÉLIX HERRERA SANTANA, CARMEN DELIA MÉNDEZ GARCÍA, CONCEPCIÓN SIMÓN GARCÍA

TÍTULO/TITLE:
Análisis de los informes de salud de la ley de dependencia de una zona básica de salud.

Introducción:
Uno de los retos de la política social de los países desarrollados es atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.
Para la aplicación del (BVD) Baremo de la valoración de los Grados y Niveles Dependencia uno de los procedimientos más importantes es: el informe de salud y del entorno de la persona; éste constituye el punto de partida en el proceso de valoración ya que permite examinar las condiciones de salud de la persona que pueden afectar a su funcionamiento en las actividades de la vida diaria, así como el contexto (ambiental y personal) en que se desarrollan.
La revisión del informe de salud debe realizarse de forma previa a la valoración, con la finalidad de conocer y analizar las condiciones de salud que alega la persona como causa potencial del estado de dependencia. La lectura del informe debe realizarse de forma crítica, con el fin de anotar y conocer los aspectos más importantes a tener en cuenta de cara a la valoración.
Concretamente en nuestra CCAA, la principal colaboración prestada por la consejería de sanidad es la cumplimentación del Informe de Salud en modelo normalizado, para el servicio de dependencia; cuyos requisitos mínimos fueron desarrollados desde El Gobierno Central, pero cada CCAA podía añadir los datos que considerara oportuno. En Canarias se añadieron los diagnósticos de enfermería con codificación NANDA, por la riqueza de información que aportaban en cuanto a la necesidad de cuidados del usuario.
Objetivo general:
-Analizar los informes de salud de la ley de dependencia realizados en la ZBS (zona básica de salud) de Santa María de Guía, en el área de salud de Gran Canaria (ASGC), desde 1 enero de 2010 hasta 31 de diciembre de 2011.
Objetivos específicos:
- Identificar el perfil de usuarios a los que se realiza informe de salud en la zona.
- Establecer la prevalencia de los problemas de salud médicos y enfermeros que presentan los usuarios a los que se les realiza dichos informes
-Determinar la relación entre inclusión en SCCAD (servicio de continuidad de cuidados en atención domiciliaria) y uso de metodología de enfermería.
-Valorar la existencia de polimedicación en los usuarios a los que se realiza el informe.
-Consensuar los diagnósticos de enfermería y episodios médicos de los presentes en los informes que puedan orientar al Servicio de Dependencia.
-Conocer las intervenciones enfermeras que precisarían dichos usuarios.
Metodología:
Es un estudio descriptivo transversal cuyo ámbito de estudio es la ZBS de Santa María de Guía y se incluye al 100% de usuarios con informes de salud informatizados en el período a estudio. Se selecciona el último informe realizado a cada usuario durante dicho período.
Las variables a estudio son: edad, sexo, diagnósticos de enfermería, episodios médicos, intervenciones enfermeras, número de fármacos prescritos e inclusión en SCCAD.
El total de usuarios a los que se ha realizado informe es aportado por técnicos de la Gerencia de Atención Primaria del Área de

Salud de Gran Canaria y el análisis de los mismos se realiza revisando las historias de salud informatizadas.
Creación de un grupo de trabajo para el consenso de diagnósticos médicos y de enfermería, formado por los 6 autores: 1 enfermera de enlace, 1 enfermera de pediatría, la enfermera coordinadora de los valoradores del Servicio de Dependencia, el director médico de la ZBS y 2 médicos de familia respectivamente, y además Lucía Acosta Suárez (enfermera de enlace de Gran Canaria) y José Francisco Jiménez Pérez (enfermero valorador del servicio de dependencia).
Resultados:
Del total de informes 65(58%) corresponden a mujeres y 47 (42%) a hombres; la media de edad es 69 años, con una mínima de 18 y máxima de 99.
De 71 etiquetas diagnósticas, las más frecuentes son: riesgo de caídas (43,75%), déficit de autocuidados-higiene-(38,39%), trastorno de la percepción sensorial(35,71%), deterioro de la eliminación urinaria(32,14%), déficit de autocuidados-vestido-(30,35%) y con un 25% riesgo de infección y dolor crónico.
De las etiquetas diagnósticas enfermeras registradas consensuamos que 24 de ellas (33,8%), pueden servir de orientación al Servicio de Dependencia y son: aflicción crónica, déficit de autocuidados: alimentación, déficit de autocuidados: higiene, deterioro de la deglución, deterioro de la eliminación urinaria, deterioro en el mantenimiento del hogar, dolor crónico, intolerancia a la actividad, riesgo de caídas, trastorno de la percepción sensorial, déficit de autocuidados: uso del wc, déficit de autocuidados: vestido, mantenimiento ineficaz de la salud, confusión crónica, riesgo de aspiración, deterioro de la movilidad física, incontinencia fecal, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la comunicación verbal, incontinencia urinaria funcional, deterioro de la ambulación, desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, gestión ineficaz de la propia salud, patrón respiratorio ineficaz.
De 689 registros de diagnósticos enfermeros, 454 (65,89%) corresponden a mujeres y 235 (34,11%) a hombres. La media de diagnósticos por mujer es de 6,98 y de 5 para hombres. Hay mayor número de registros de diagnósticos enfermeros a mayor edad: siendo la media de 3 en menores de 65, de 5,5 en el tramo de 65 a 80 años y de 7,86 en los mayores de 80.
De 112 informes, 44 (39,28%) corresponden a usuarios que han sido valorados por el SCCAD previamente a la realización del mismo y el 100% de éstos presentan registros de diagnósticos de enfermería. En 41 informes (36,6%), no constan registros de metodología enfermera.
La media de diagnósticos enfermeros en los informes de usuarios valorados por el SCCAD previamente a la realización del mismo supera a la media de diagnósticos de los informes de los no valorados por dicho servicio y sucede en todos los tramos etarios. En la franja de 65 a 80 años la media de diagnósticos en los informes de los usuarios valorados es de 10,4 frente a 1,4 de los no valorados, en el tramo de 65 a 80 años la media de los valorados es de 10,16 frente a 1,45 de los no valorados y en los mayores de 80 la media de los valorados es de 11,9 frente a 2,8.
Hay 1836 registros de intervenciones enfermeras y 157 intervenciones diferentes, las más frecuentes son: prevención de caídas (43,75%), manejo de la nutrición (40,17%) y el manejo de líquidos (37,5%).En menores de 65 años la media de intervenciones en hombres es de 11,36 y en mujeres de 8, de 65 a 80 la media en hombres es de 13,4 y de 15,48 en mujeres y en mayores de 80 en hombres es 17 y en mujeres 22,26.A medida que aumenta el tramo etario aumenta el número de intervenciones y es mayor en el sexo femenino, excepto en el tramo etario de menos de 65 años donde se registran mayor número de intervenciones en hombres.
De 906 registros de episodios médicos, los más frecuentes son: hipertensión (69,64%), dislipemia (51,78%), persona mayor de riesgo (37,5%), la diabetes mellitus (34,82%). La media de episodios médicos es en los menores de 65 de 6,125 en mujeres y de 5,8 en hombres; en el tramo de 65 a 80 la media es en mujeres de 8,88 y en hombres de 9,13 y en los mayores de 80 la media es de 9,1 en mujeres y 7,23 en hombres. Siendo, por tanto, el tramo etario con mayor número de episodios médicos el de 65 a 80 años.
De un total de 179 episodios médicos se consensúa que 70(39,10%) pueden servir de orientación al Servicio de Dependencia y son: accidente cerebro-vascular, arritmia cardíaca, arteriopatía periférica, artritis reumatoide, artropatía serosa crónica, artrosis, asma, cáncer de boca, cáncer de vulva, capsulitis adhesiva de hombro, carcinoma de colon, carcinoma vesical, ceguera, colostomía,

coxartrosis, degeneración cerebral, demencia senil, depresión, deterioro cognitivo, distrofia muscular hereditaria, dolor crónico, encefalopatía hipertensiva, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Paget ósea, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad cardiovascular, esquizofrenia paranoide, estenosis del canal lumbar, fractura de cadera cerrada, fractura de húmero, fractura vertebral cerrada, glaucoma, gonartrosis, hemiplejia, hepatitis C crónica, hernia discal, hipertensión pulmonar, insuficiencia renal crónica, insuficiencia vascular crónica, isquemia cerebrovascular, mal perforante plantar, necrosis aséptica de cabeza de fémur, nefropatía diabética, neoplasia maligna de mama, neoplasia maligna de úvula, neuropatía autonómica, obesidad mórbida, osteoporosis, paraplejia, parkinson, polineuropatía diabética, problema psicosocial, problemas de alimentación en el anciano, prótesis de cadera, prótesis de rodilla, psicosis afectiva, psicosis no especificada, psicosis paranoide, retraso mental, síndrome de fragilidad, síndrome de inmovilidad, síndrome de la arteria vertebrobasilar, traqueostomía, trastorno bipolar, trastorno de la dependencia de la personalidad, trastorno obsesivo, tumor craneal, tumor prostático, úlcera por decúbito, vasculitis.

El mayor consumo de fármacos se da en mujeres de 65 a 80 años con una media de 11,19; en segundo lugar las mujeres mayores de 80 con una media de 10,8, le siguen los hombres mayores de 80 con 9,71, los hombres de 65 a 80 están en 9,46 y en menos de 65 los hombres están en 7,27 y las mujeres en 6,5. En la franja etaria de 65 a 80 la media es de 10,32, en la de mayores de 80 es 10,25 y en los menores de 65 es de 6,88. En todos los tramos etarios valorados prevalece en prescripción farmacológica la mujer, excepto en el tramo de 65 a 80 años.

Discusión e implicaciones para la práctica:

En los incluidos los de mayor edad y el sexo femenino presentan mayor morbilidad.

La necesidad de realizar el informe de salud ha supuesto una motivación para mejorar los registros informatizados de planes de cuidados y de episodios médicos.

La aportación de la enfermera de enlace es clave en la realización y la calidad de los informes.

Muchos de los diagnósticos enfermeros y episodios registrados no orientan en dependencia, siendo conveniente consensuar entre las consejerías de bienestar social y sanidad un listado de ambos a utilizar en los informes y que el mismo sea seleccionado por el programa informático como posibles diagnósticos para cumplimentar los informes.

Hay que avanzar en la cumplimentación de los informes por parte de enfermería, dado el porcentaje de los mismos sin el uso de la metodología enfermera.

Se plantea la necesidad de analizar e investigar para buscar alternativas posibles a la polimedicación, por las consecuencias que acarrea, sobre todo, en los grupos de mayor edad.

Es valiosa la información que aporta la enfermería a los valoradores del Servicio de Dependencia, ya que proporciona un perfil de la dependencia del usuario.

Encontramos intervenciones repetidas en un mismo informe de salud, debido a que para diferentes diagnósticos pueden estar indicadas unas mismas intervenciones, por lo que se podría plantear como sugerencia a la empresa que si una intervención ya está registrada en un informe el propio programa informático impida un nuevo registro de la misma.

Vemos necesaria una mayor coordinación entre el Servicio de Dependencia y la Gerencia de Atención Primaria en la implantación de La Ley que afecta a los dependientes y creemos que el sector salud debe tener más implicación en las decisiones, ya que en la mayoría de los dependientes priman los problemas de salud como causa de dependencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

- Atención a las personas en situación de dependencia en España. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2004.

-NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Madrid. Elsevier. España. S.A: 2009-2011.
-Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Servicio Canario de Salud. 2002.
-Gordon Marjory. Manual de diagnósticos enfermeros. Editorial Elsevier.2003.
-Puga Dolores. La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público. Rev. Esp. Salud Publica [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2012 Jul 30]; 79(3): 327-330. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000300001&lng=es.
-Gispert Magarolas Rosa, Clot-Razquin Guillem, Rivero Fernández Antoni, Freitas Ramírez Adriana, Ruíz-Ramos Miguel, Ruíz Luque Cecilia et al. El perfil de la dependencia en España: un análisis de la encuesta de discapacidades de 1999. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2012 Jul 30] ; 82(6): 653-665. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000600006&lng=es.
-Méndez Pardo Ana María. Psicología y valoración de la dependencia. Intervención Psicosocial [revista en la Internet]. 2007 [citado 2012 Jul 30] ; 16(2): 147-153. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000200002&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1132-0559200700020000
-Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
-Salazar Agulló Modesta. Las enfermeras y la Ley de Dependencia en España. Index Enferm [revista en Internet].2006 Jun [citado 2012 Ago 27]; 15 (52-53): 07-09. . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100001&Ing=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962006000100001.

AUTORES/AUTHORS:
Joaquín Salvador Lima Rodríguez, Marta Lima Serrano, Nerea Jimicónénez P, Isabel Domínguez Sánchez, Berta Cáceres Rodríguez

TÍTULO/TITLE:
ESTUDIO CORRELACIONAL ENTRE LA ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL Y LA ESCALA DE AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD FAMILIAR

OBJETIVOS:
La salud familiar se construye en la propia dinámica interna de la familia, en la toma de decisiones, en la educación y socialización de sus miembros, y en la disponibilidad y el acceso a los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades (1). No es estática, es un proceso continuo y dinámico, que se encuentra en continuo equilibrio y cambio, como respuesta a los acontecimientos propios del ciclo vital y a aquellos hechos o situaciones accidentales que les afectan (2).
Las familias son sistemas en constante transformación que atraviesan por continuos cambios, tanto internos como externos, aunque no todos los procesos de trasformación son generadores de crisis. Estas se producen cuando la familia ya no puede acceder a sus recursos y utilizarlos de manera tal que controle y contenga las fuerzas propulsoras del cambio (3).
Los agentes estresantes, también denominados demandas del contexto pueden ser identificados como cualquier suceso, situación, persona u objeto, que se percibe como estímulo que causa impacto o impresión, o situación que provoca una respuesta de estrés en la familia, pudiendo alterar la dinámica familiar y en consecuencia el desarrollo de sus funciones (4).
Los eventos vitales incluyen sucesos tanto aparentemente positivos, como negativos o neutros (los logros personales, la muerte de un ser querido, el cambio de residencia.). Distintas investigaciones se ha encontrado que la acumulación de eventos vitales está relacionada con la propensión de una persona para la adquisición de una enfermedad (5). Estos acontecimientos pueden ser de procedencia interna, como los cambios en las etapas del ciclo vital familiar, que suelen generar nuevas demandas a la unidad familia, a los que se pueden unir otros como separaciones, abandonos, pérdidas, enfermedades, accidentes etc. Otros pueden proceder de las relaciones familiares con el suprasistema, o ser de tipo económico (desempleo, deudas, impagos) laboral o escolar (jubilación, despidos, cambios de colegios), legal (pleitos, denuncias, encarcelamientos), o de otro tipo (cambios de residencia, emigraciones, catástrofes).
La acumulación de estos acontecimientos puede llegar a alterar el estado de las familias, con las consecuencias que esto puede tener no solo sobre el propio sistema familiar, sino sobre cada uno de sus miembros.
En este trabajo se ha valorado los agentes estresantes que han en los últimos doce meses afectado a las familias estudiadas y la autopercepción del estado de salud familiar de estas familias, para a continuación estudiar si existe relación entre la acumulación estos y el nivel de percepción del estado de salud familiar.
MÉTODOS:
Estudio analítico, observacional, de corte transversal, sobre 252 familias en Sevilla capital y área metropolitana. Se utilizaron las escalas AESFA y de Reajuste Social, ambas se utilizaron de forma autoadministrada y se cumplimentaron simultáneamente.
La escala AESFA está formada por 80 ítems distribuidos uniformemente en 8 subescalas, que exploran ocho dimensiones de la salud familiar, las cinco primeras, que podemos llamar generales, clima social familiar, integridad familiar, funcionamiento familiar, resistencia familiar, afrontamiento familiar, se aplicarían a familias sin miembros enfermos o dependientes. A estas dimensiones se añaden aquellas otras especificas para familias con hijos enfermos o dependiente o participantes en procesos asistenciales donde intervienen profesionales, es decir, Apoyo familiar, normalización familiar y participación familiar en el proceso asistencial. Establece para cada ítem tres opciones de respuesta (Casi nunca, A veces, Casi siempre), ha sido diseñada y validada por el equipo. En estudios previos analizó su fiabilidad, obteniendo valores a comprendidos entre 0,73 para Clima familiar y 0,89 para Integridad Familiar. En el análisis factorial, mostraron datos a favor de su unidimensionalidad, a) todos los ítems obtuvieron pesos r>0,30 en el

primer factor, b) Éste explicaba una proporción importante de la varianza con respecto a los demás, c) la varianza total explicada por los factores principales era mayor al 50%.

The Social Readjustment Rating Scale (SRRS), conocida en español como Escala de Reajuste Social, fue desarrollada por Holmes y Rahe (6). Es un instrumento que busca aportar mayor precisión a los estudios que tratan de demostrar asociación entre los acontecimientos vitales estresantes y la enfermedad. La escala original fue propuesta para adultos, aunque posteriormente se ha validado para niños y adolescentes. Igualmente ha sido validada en diferentes idiomas incluidos el español (7,8). Además numerosos autores recomienda su utilización en el estudio de sistemas familiares.

En este estudio se ha utilizado la escala adaptada a la población española por González y Morera (9). Se trata de un formulario de autoevaluación, en el que se exploran 43 acontecimientos que han podido acaecer a la familia en los últimos 12 meses. A cada uno de estos acontecimientos se le asigna un valor comprendido entre 0 y 100 puntos, denominados unidades de cambio vital. Finalmente se suman los valores asignados a cada uno de los que acontecieron a la familia. Se considera que puntuaciones con valores superiores a 150 puntos suponen riesgo de enfermedad, siendo este especialmente alto a partir de valores superiores a 300. Se estima que el riesgo de enfermedad es de un 50% para valores comprendido entre 150 y 300 puntos o unidades de cambio vital y del 80% en aquellos superiores a 300.

Se realizó un análisis correlacional mediante la prueba r de Pearson, de ambas escalas, y se determinó el tamaño de efecto para bajo 0.1, medio 0.3, alto 0,5, con un nivel de significación $p<.05$. Los análisis se apoyaron en el SPSS 18.0.

RESULTADOS:

La escala de reajuste social obtuvo una puntuación media de 136,42 + 65,54. El 62,9% de las familias estudiadas obtuvo valores inferiores a 150 puntos, el 35,2% entre 150 y 300 puntos y el 1,9% superiores a 300.

Los valores obtenidos por la escala de Autopercepción del Estado de Salud familiar en su conjunto fueron de 121,06±23,80; y para sus dimensiones, clima social familiar 13,51±3,5; integridad familiar 15,16±4,30; funcionamiento familiar 15,19±3,75; resistencia familiar 14,41±3,79; afrontamiento familiar 13,85±4,18; apoyo familiar 16,64±3,24, normalización familiar 14,66±3,32, participación familiar 17,53±3,04.

Se encontraron relaciones negativas estadísticamente significativas entre la Escala de Reajuste social, incluyendo cinco dimensiones generales (clima, integridad, funcionamiento, resistencia y afrontamiento, familiar) ($r=-0,30$, $p<.001$). Igualmente para la Escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar incluyendo todas las dimensiones ($r=-0,28$, $p<.001$). También se dio el mismo tipo de relación con las distintas subescalas, Clima Social Familiar ($r=-0,28$, $p<.001$), Integridad familiar ($r=-0,28$, $p<.001$), Funcionamiento Familiar ($r=-0,28$, $p<.001$), Resistencia Familiar ($r=-0,19$, $p=.006$), Afrontamiento Familiar ($r=-0,24$, $p<.001$), Apoyo Familiar ($r=-0,19$, $p=.006$), Normalización Familiar ($r=-0,14$, $p=.041$), Participación de la Familia en el proceso asistencial ($r=-0,22$, $p<.001$).

DISCUSIÓN:

Una familia en crisis ha perdido la capacidad de restablecer el equilibrio y padece, una necesidad constante de adaptarse cambiando las pautas de interacción entre sus miembros, desarrollando nuevas capacidades de afrontamiento y creando cambios estructurales en la familia para la supervivencia del sistema (10).

En el estudio, el 37% de las familias se ha visto sometido a una acumulación de agentes estresante alto que le ha puesto en riesgo de enfermar, siendo este medio en el 40% de las familias y alto en un 2%, lo que evidencia la necesidad de ayudar o intervenir sobre estas familias para evitar situaciones de crisis o riesgo de enfermedad (9).

Además, la presencia de agentes vitales estresantes se ha relacionado de forma negativa y con un tamaño de efecto medio con la autopercepción del estado de salud familiar, relacionándose en mayor grado con el clima social familiar, la integridad familiar, el funcionamiento familiar y el afrontamiento familiar, que serian las dimensiones de la salud familiar que más se ven afectada por estos agentes estresantes.

Los resultados de este estudio pueden tenerse en cuenta al valorar a unidades familiares afectadas por este tipo de agentes. Estos nos permiten identificar cuáles son las dimensiones de la salud familiar que se ven afectada en mayor grado, como es el caso del

clima social familiar, la integridad familiar, el funcionamiento familiar y en menor grado el afrontamiento familiar. Por otro lado conocer el nivel de acumulación de acontecimientos vitales sobre una familia nos puede ayudar a intervenir para minimizar el riesgo de que estas familias vean alterada su salud familiar.

Este tipo de trabajo contribuye a mejorar los conocimientos de la enfermería al estar fundamentado en las taxonomías enfermera y ofrecer un estudio de las unidades familiares desde un enfoque enfermero

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA

1. Mejías LD, López L. La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. Index Enferm. 2010;19(2-3):138-42.
2. Rolland JS. Familia, Enfermedad y Discapacidad. Barcelona: Gedisa; 2000.
3. Martín-Padilla E, Fajardo-Gonzáles C, Gutiérrez-Morales A, Palma-Prieto D. Estrategias de afrontamiento de crisis causadas por desempleo en familias con hijos adolescentes en Bogotá. Acta Colombiana de Psicología. 2007; 10 (2): 127-141.
4. Sandín B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2003; 3 (1): 141-157.
5. Franco, D., Striegel-Moore, R., Brown, K. M., Barton, B. A., McMahon, R. P., Schreiber, G. B., Crawford, P. B. & Daniels, S. R. (2004). Expanding our understanding of the relationship between negative life events and depressive symptoms in black and white adolescent girls. Psychological Medicine, 34, 1319-1330.
6. Holmes TH, Rahe RH (1967). "The Social Readjustment Rating Scale". J Psychosom Res 11 (2): 213–8
7. Eyes AM, Acuna L. La escala de reajuste social para niños de primaria en México. rev.latinoam.psicol. [online]. 2008, vol.40, n.2 [cited 2012-09-09], pp. 335-344 . Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342008000200010&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0120-0534.
8. Bertel AM. Riesgo a enfermar y sobrecarga del Cuidador principal del anciano dependiente Rev.cienc.biomed. 2012;3(2):77-85
9 González JL, Morera A. La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. Psiquis. 1983; 4(1): 7-11.
10 Falicov C. Transiciones de la familia, Continuidad y cambio en el ciclo de vida. Buenos Aires: Amorrortu; 1988.

AUTORES/AUTHORS:
Mª Carmen Portillo Vega, Juana Mª Senosiain García, María Arantzamendi Solabarrieta, Amparo Zaragoza Salcedo, Sara Díaz de Cerio Ayesa, Mª Eugenia Ursúa Sesma, Mario Riverol Fernández, Silvia Corchón Arreche, Gincy Eluvanthingol José

TÍTULO/TITLE:
Proyecto ReNACE. El proceso de convivencia con la enfermedad de Parkinson: Experiencias de pacientes y cuidadores.

Objetivos. Explorar el proceso de convivencia con la enfermedad de Parkinson que pacientes y cuidadores experimentan y los factores y mecanismos que favorecen o inhiben dicho proceso.
Métodos. Este proyecto multicéntrico y multidisciplinar tiene un diseño de metodología combinada (mixed-methods). Se trata de un proyecto que dura 3 años con un diseño Exploratorio Secuencial que cuenta con una fase cualitativa y otra cuantitativa. La recogida de datos ha tenido lugar en tres centros: Clínica Universidad de Navarra, el Centro de Salud de San Juan (SNS-Osasunbidea), y la Asociación Navarra de Parkinson (ANAPAR). Para este congreso se presentan los resultados de la fase I Cualitativa. En esta fase, a través de un muestreo de conveniencia se ha accedido a pacientes diagnosticados de Parkinson que acudían a los centros bajo estudio y los familiares-cuidadores que vivía con ellos y tenían más implicación en el cuidado. Varios instrumentos se han utilizado: entrevistas semiestructuradas, hojas de datos sociodemográficos y dos cuestionarios para determinar los síntomas motores y no motores del Parkinson. De este modo, se han podido determinar las siguientes variables: el estadio de la enfermedad, las características socioeconómicos, el apoyo profesional y familiar, la satisfacción con la vida y el nivel de adaptación a la enfermedad. Las entrevistas semiestructuradas se han transcrito íntegramente y estas transcripciones, se han analizado en profundidad hasta obtener la saturación teórica a través de un análisis de contenido comparativos para .identificar las categorías y los temas emergentes utilizando el programa Nvivo® de (NUD*IST (QSR)) 9.0. Para las variables cuantitativas se llevado a cabo un análisis más descriptivo, calculando las medidas de tendencia central y desviación estándar con el software SPSS 15.0.
Resultados: Un total de 15 pacientes con Parkinson y 16 familiares cuidadores participaron en el proyecto. La media de edad de pacientes y familiares era de 69,9 y 64,6 años respectivamente. La muestra estaba constituida por pacientes en todos los estadios posibles de la enfermedad. En cuanto al proceso de adaptación a la enfermedad de Parkinson dos etapas cíclicas emergieron de los datos: 1. Etapa extraordinaria, 2 Etapa de normalidad. La etapa extraordinaria tenía lugar cuando los pacientes y los familiares perdían el control y la autoestima al ser superados por el Parkinson. En cambio, la etapa de normalidad ocurría cuando vivían con el Parkinson positivamente, y según sus expectativas tenían una vida activa y normal. Estas dos etapas no siempre ocurrían a la vez en pacientes y familiares ni estaban influidos por el estadio, complicaciones o las consecuencias físicas/no físicas de la enfermedad como cabría esperar. Sin embargo, factores y mecanismos de otro tipo sí estaban relacionados como el apoyo familiar, las redes personales y sociales, recursos disponibles, la educación y la información. Además, los mecanismos de afrontamiento jugaron un papel muy importante al respecto, fomentando la etapa de normalidad cuando los participantes vivían el presente, tenías expectativas realistas o sentían empatía ante su sufrimiento.
Discusión. El logro de la convivencia con la enfermedad es un proceso complejo, influido por aspectos de la personalidad, actitudes, valores y creencias. Existen estrategias, que aportan los pacientes y familiares, que pueden ayudar a mejorar este proceso como mantener una actitud positiva ante la vida sin focalizase en el problema sino en la búsqueda de soluciones y el automanejo de la enfermedad. Aunque este estudio es multidisciplinar los profesionales de enfermería son esenciales a la hora de entender cómo pacientes y familiares viven el proceso de la enfermedad ayudándoles a convivir con este proceso. Los resultados de esta fase inicial son claves para llevar a cabo la fase II cuantitativa del proyecto en el que se determinarán cómo estos factores y mecanismos que influyen en la convivencia con la enfermedad se relacionan entre sí. Además, este proyecto forma parte de un programa de investigación más amplio llamado “programa ReNACE” que busca promover la integración de diferentes enfermedades crónicas en la vida de pacientes y cuidadores a través del diseño, implantación y evaluación de intervenciones multidisciplinares individualizadas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Creswell JW. Research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 2ª ed. London: Sage Publications Ltd; 2003.

Creswell JM, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. London: Sage Publications Ltd; 2007.

Koch T, Jenkin P, Kralik D. Chronic illness self-management: locating the “self” J Adv Nurs. 2004; 48: 484-492.

Kralik D. The quest for ordinariness: transition experienced by midlife women living with chronic illness. J Adv Nurs. 2002; 39: 146-154.

Kralik D, Koch T, Rice K, Howard N. Chronic illness self-management: taking action to create order. J Adv Nurs. 2004; 13: 259-267.

Portillo MC, Corchón S, López-Dicastillo O, Cowley S. Evaluation of a nurse-led social rehabilitation programme for neurological patients and carers: An action research study. Int J Nurs Stud. 2009; 46: 204-219.

Portillo MC, Cowley S. Working the way up in neurological rehabilitation. The holistic approach of nursing care. J Clin Nurs. 2009; 18: 234-245.

Stanton AL, Revenson TA, Tenneh H. Health Psychology. Psychological Adjustment to Chronic Disease. Annu Rev Psychol. 2007; 58: 565-592.

Telford K, Kralik D, Koch T. Acceptance and denial: implications for people adapting to chonic illness: literature review. J Adv Nurs. 2006; 55: 457-464.

Mesa de comunicaciones 5: Evaluación de Intervenciones

Concurrent Session 5: Intervention Assessment

AUTORES/AUTHORS:
Ana Sofia Ribeiro, Antonio Ramos, Emilia Bermejo, Mónica Casero, José Manuel Corrales, Sarah Jayne Grattham

TÍTULO/TITLE:
Efectos de diferentes Estímulos Musicales en las Constantes Vitales y Expresión Facial de Pacientes con Daño Cerebral.

1. Introducción y objetivos: La música ha estado presente en todas las sociedades humanas desde los albores de la cultura. El procesamiento cerebral de la música sienta bases neurobiológicas en nuestro conocimiento como un sentimiento de disfrute para los sentidos y de apoyo en algunos procesos cognoscitivos alterados como es el daño neurológico. El presente estudio tiene como objetivos: Identificar los cambios que producen diferentes estímulos musicales en la Tensión Arterial, Frecuencia Cardiaca, Frecuencia Respiratoria y Saturación de O2 y por ultimo verificar si hay alteración de la Expresión Facial durante la aplicación de esos Estímulos Musicales.
2. Métodos: Se realizó un estudio cuasiexperimental con grupo control sin asignación aleatoria, utilizando el modelo de la musicoterapia pasiva (Estímulos Musicales) y como indicadores de resultados las variaciones en las Constantes vitales y expresión facial.
La muestra fue constituida por 26 pacientes ingresados en las Unidades de Daño Cerebral del Hospital Fundación Instituto San José y que cumplían los siguientes criterios de inclusión: tener diagnostico clínico de daño cerebral permanente, no presentar diagnostico previo de deficiencias auditivas que limiten la capacidad auditiva; estar ingresado en las Unidades de Daño Cerebral con estabilidad hemodinámica.
Tras la aprobación por el Comité de Ética de la presente Institución y consentimiento de los tutores legales de cada paciente para la participación en el presente estudio se procedió a la recogida de datos.
Se crearon el grupo de control (13 pacientes) y el grupo experimental (13 pacientes), siendo este ultimo el que recibió la intervención. Los pacientes de este grupo fueron sometidos a sesiones con tres tipos de Estímulos Musicales: Música Clásica Relajante (MCR), Música Relajante con Sonidos de la Naturaleza (MRSN) y Radio (música variada, “tipo Pop”), en un total de 18 sesiones (seis con cada uno de los estímulos), dos veces a la semana a lo largo de dos meses. Durante las sesiones los pacientes estuvieron en un ambiente tranquilo evitando otro tipo de estímulos externos. La radio fue aplicada como música ambiental durante una hora y la Música Clásica Relajante y la Música Relajante con Sonidos de la Naturaleza se aplicaron individualmente a cada paciente utilizando reproductor MP3 y auriculares por un periodo de 10 minutos.
Se evaluaron las Constantes Vitales (Tensión Arterial, Frecuencia Cardiaca, Frecuencia Respiratoria y Saturación de oxigeno) de los pacientes del grupo experimental antes y después de la aplicación de los Estímulos Musicales y de los pacientes que se incluyeron en el grupo control, exento de cualquier Estimulo Musical o sonoro.
Durante la aplicación de la Música Clásica Relajante y la Música Relajante con Sonidos de la Naturaleza se observó también la expresión facial de cada paciente del grupo experimental y se registraron cuales fueron las modificaciones de los movimientos faciales, tales como: movimientos de boca (sonreír, bostezar), de cabeza, de cejas, apertura ocular, tensión y relajación facial y presencia de lágrimas. Con la aplicación de la Radio no se observó la expresión facial, así como tampoco se realizó en los pacientes del grupo control.
3. Resultados:
La muestra del presente estudio está constituida por 13 pacientes del grupo control, de los cuales, 8 del sexo femenino y 5 del sexo masculino, y 13 pacientes del grupo experimental, de los cuales, 5 del sexo femenino y 8 del sexo masculino. Los pacientes del grupo experimental tiene en media de edad de 52.3 años (±16.01) y el grupo control, 55.8 años (±12.94) y se encuentran ingresados en dichas unidades hace más de 1 año y con Diagnostico Medico de Daño Cerebral permanente desde hace más de 3 años. La etiología del Daño Cerebral Permanente en ambos grupos es de: 38.5% de origen Traumática, 61.5% de origen No Traumática (34.6% Encefalopatía anoxica; 19.2% Lesiones Vasculares Cerebrales; 3.8% Infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC) y 3.8% Tumores del SNC). Nuestros resultados demuestran que la Radio produjo cambios en las Constantes Vitales, más específicamente un ligero aumento en el TA sistólica, FC, FR y SpO2. La Música Clásica Relajante indujo una disminución de la FR y un incremento de la SpO2, también se produjeron alteraciones de la expresión facial de estos pacientes. Con la Música Relajante con sonidos de la Naturaleza se verificó un descenso en la TA, FC y FR, y un incremento de la SpO2, como también se observaron alteraciones en la

expresión facial de cada paciente.

4. Discusión: La música es un estimulo multimodal muy potente que transmite información visual, auditiva y motora a nuestro cerebro, el cual cuenta con una red específica para su procesamiento, compuesta por regiones fronto-temporoparietales (Soria-Uros et al, 2011). De este modo, la música es capaz de evocar patrones de movimiento de manera inconsciente, una vez que el cerebro se reajusta para poder responder con mayor intensidad a sonidos musicales armoniosos que potencian y modifican procesos conductuales de comportamiento y otros relacionados entre sí, como los motores y los sensoriales. Los componentes básicos de la música como ritmo, melodía y armonía son los mismos que componen nuestro organismo, como son el ritmo cardiaco, la sincronización rítmica al caminar, la melodía y volumen de nuestras voces al hablar. Además, la música modula la activación emocional, evidenciado por los cambios observados a través de la electromiografía, actividad cardiovascular y respiratoria (Bernardi et al, 2006; Gómez y Danuser, 2007). Bernardi et al (2005), realizaron un estudio con pacientes con daño cerebral reversible donde investigaron los efectos en las constantes vitales utilizando diferentes tipos de música. Cuando aplicaban música tipo “Rock”, “Rap” o “Techno” a sus sujetos en estudio, estos autores observaron un ligero aumento en la TA, FC y FR. En nuestro estudio, cuando los pacientes eran sometidos a escuchar Radio observamos un ligero incremento en la TA Sistólica, FC, FR y SpO2. Este estimulo no produjo modificaciones en la TA Diastólica. Los cambios producidos en las constantes fisiológicas se deben a la activación del Sistema Nervioso Simpático dejando el sujeto en estado de alerta con el consecuente incremento en los valores de las Constantes Vitales (Puggina et al, 2011).

Por otro lado, los efectos relajantes de Música con sonidos de la naturaleza ayudan a sincronizar los hemisferios cerebrales. Este efecto se atribuye a la sincronización del organismo del individuo con el ritmo de la música, acarreando una disminución en la actividad adrenérgica y excitación neuromuscular (Wong et al, 2001), en que se observa que el ritmo cardiaco y presión sanguínea disminuye ligeramente, que la frecuencia respiratoria se presente más profunda y lenta, y que los músculos se relajen (Marwick, 2000). La aplicación de Música Relajante a los pacientes de nuestro estudio, llevaba a una disminución en los valores de las Constantes Vitales, más específicamente en la FR y aumento en SpO2 cuando se trataba de la MCR y en todos los parámetros fisiológicos evaluados cuando se aplicaba la MRSN. En ambos tipos de música se denotaba que la FR de los pacientes se volvía más pausada y más profunda. La disminución de los valores de las Contantes Vitales cuando aplicamos un estimulo musical con MCR o MRSN nos indican una respuesta relajante. Puggina (2006), observó que pacientes en estado comatoso (de etiología traumática) a los cuales fueron aplicados música relajante, manifestaron alteraciones en relación a los parámetros basales en la TA sistólica, FR y SpO2 y en expresión facial, en la medida que se observaba un aumento de los movimientos de boca, cabeza, de cejas, apertura ocular inespecífica, presencia de lagrimas y relajamiento muscular facial. La autora sugiere que estos pacientes presentan una cierta receptividad a los sonidos que les rodean, principalmente cuando se les usaba un mensaje grabado de un familiar. Jones y col, (1994) realizaron un estudio de caso de un joven de 16 años, víctima de un accidente de tráfico, en estado comatoso, 42 días pos-trauma. El investigador aplicaba 4 tipos de estímulos auditivos (voces de familiares y amigos, música clásica, música popular de sus preferencias y sonidos de la naturaleza) y evaluaba diferentes parámetros como la frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y la resistencia cutánea del paciente frente a los diferentes estímulos. Tras el análisis de los resultados se observó que todos los estímulos producían cambios en los parámetros evaluados en relación a las medidas basales como provocó también un aumento de los movimientos corporales del paciente. El autor describe que los pacientes abrían los ojos, movían la cabeza y las manos con unos movimientos coordinados. Nuestro estudio demuestra que los pacientes, al escuchar la Música relajante manifestaban cambios en la expresión facial indicativos de que experimentaban una relajación muscular facial, en gran parte acompañada de apertura ocular, movimientos de cabeza, boca y cejas, obteniéndose también en algunos de los pacientes el acto de sonreír, bostezar y emisión de sonido ininteligible. Como podemos constatar, son múltiples las posibilidades de aplicación de la musicoterapia pasiva, y aunque no contamos con evidencia científica suficiente, la música podría ser útil para la rehabilitación y estimulación en diversas enfermedades y cuadros clínicos, además de resultar una excelente herramienta para desarrollar diversas habilidades, ya que activa procesos cognitivos, afectivos y sensorio motores transferibles a otras funciones cognitivas (Thaut et al,

2009). Con el presente estudio, ya que fue realizado en una muestra significativa de pacientes, podemos afirmar que la musicoterapia pasiva es una terapia de apoyo que puede aportarle a la Enfermería conocimiento y otra técnica como medida no farmacológica. Teniendo en cuenta que esta terapia es una intervención simple, de bajo coste, sin efectos perjudiciales para el paciente y que no requiere mucho tiempo, se podrá poner en práctica fácilmente para garantizar el bien estar del paciente ingresado y proporcionándole un ambiente agradable en el día-a-día.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

•Bernardi L, Porta C, Sleight P. Cardiovascular, cerebrovascular, and respiratory changes induced by different types of music in musicians and non-musicians: the importance of silence. Heart 2006; 92:445-52.
•Gomez P, Danuser B. Relationships between musical structure and psychophysiological measures of emotion. Emotion 2007; 7:377-87.
•Jones R, Hux K, Morton-Anderson A, Knepper L. Auditory stimulation effect on a comatose survivor of traumatic brain injury. Arch Phys Med Rehabil 1994; 75: 164-71.
•Marwick C. Leaving concert hall for clinic: therapists now test music charms. JAMA 1996; 271: 275-87.
•Marwick CH, Music Hath charms for care of preemies. JAMA, 2000;283:468-9.
•Puggina ACG, Silva MJP da, Gatti MFZ, Graziano KU, Kimura M. A percepção auditiva nos pacientes em estado de coma: uma revisão bibliográfica. Acta Paul Enferm. 2005;18(3):313-9.
•Puggina, A. C. G., Silva, M. J. P., & Araújo, M. M. T.. Messages from relatives of patients in coma: Hope as common element. Acta Paulista de Enfermagem, 2008; 21(2),249-255.
•Soria-Uros G, Duque P, García-Moreno JM. Música y cerebro (II): evidencias cerebrales del entrenamiento musical. Rev Neurol, 2011;53: 739-46.
•Thaut MH, Gardiner JC, Holmberg D, Horwithz J, Kent L, Andrews G et al. Neurologic music therapy improves executive function and emotional adjustment in traumatic brain injury rehabilitation. Ann N Y Acad Sci,2009;1169:406-16.
•Thaut MH, Kenyon GP, Schauer ML, McIntosh GC, The connection between rhythmicity and brain function; implications for therapy of movement disorders. IEEE Eng Med Biol Mag, 1999; 18:101-208.
•Wong HLC, GradDip MN, López-Nahas V, Molassiotis A, Effects of music therapy on anxiety in ventilator-dependent patients, Heart Lung, 2001;30:376-87.

AUTORES/AUTHORS:
Mª Carme Sansalvador Comas, Olga Isern Farrés, Joan Carles Casas Baroy, Montserrat Faro Basco

TÍTULO/TITLE:
Efecto de la filmación en los errores cometidos por los estudiantes de enfermería al evaluar un caso simulado.

1.OBJETIVOS
General: Evaluar los efectos de la filmación durante la realización de las técnicas enfermeras en relación a los errores que los estudiantes de segundo curso de enfermería realizan en el contexto de evaluación de un caso clínico simulado.
Específicos:
•Identificar los errores realizados en las técnicas de preparación de la profilaxis antibiótica, canalización de un catéter venoso periférico, curas preoperatorias y postoperatorias del paciente entre el grupo intervención y el grupo control según la Taxonomía NIC(Clasificación de Intervenciones Enfermeras).
•Comparar los errores cometidos entre el grupo intervención y el grupo control.

2.MÉTODOS
Se planteó un estudio cuasi-experimental, comunitario (aleatorización de grupos, no de individuos),que se llevó a cabo con los alumnos de segundo curso de la Diplomatura en Enfermería en la evaluación de un caso simulado en los laboratorios de simulación, durante el segundo semestre del curso académico 2009-2010.La población de estudio estuvo formada por la totalidad de los estudiantes de segundo curso de Enfermería matriculados en la asignatura Medicoquirúrgica Adulto I que tenían que ser evaluados del caso simulado. Los criterios de inclusión fueron que hubiesen aceptado participar en el estudio, haber asistido a la sesión formativa del mismo y firmado el consentimiento informado. Como criterio de exclusión todos aquellos estudiantes que no hubieran firmado el consentimiento informado aunque no se presentó ningún caso.
Se planteó un caso clínico que los estudiantes trabajaron previamente en grupo; los integrantes del mismo los escogen los propios estudiantes. El caso clínico que resolvieron estaba basado en un paciente programado para realizarle una intervención quirúrgica de prótesis de rodilla.
La intervención educativa se preparó en tres fases:

FASE 1: Análisis y planificación del caso organizando los datos según el modelo de Virginia Henderson. Identificaron los problemas del rol autónomo y de colaboración. Formularon objetivos y planificaron actividades que corresponden a las curas del período preoperatorio y postoperatorio. También trabajaron el uso terapéutico de los fármacos prescritos por el médico y repartieron una pauta de medicación según los horarios habituales de un centro hospitalario.
FASE 2: Conocimiento científico y práctica profesional. Esta fase consiste en aplicar la evidencia científica e integrar la investigación a la práctica clínica. Para realizarlo tuvieron que hacer una lectura guiada de artículos relacionados con el caso en cuestión, analizar el texto y resolver unos ejercicios en relación a estas lecturas.
FASE 3: Simulación con maniquí. En el laboratorio de simulación se realizaron las curas planificadas en la fase 1 del preoperatorio y postoperatorio aplicando la mejor evidencia científica que se trabajó en la fase 2.
Es a partir de esta fase que se planteó el trabajo de investigación.
Los estudiantes formaron 28 grupos por afinidad o por coincidencia y se aleatorizaron en dos ramas: los asignados al grupo control que realizaron la simulación sin filmación y los asignados al grupo intervención que realizaron la simulación filmada.
La intervención consistió en la filmación de la simulación en el grupo intervención para comprobar el impacto de esta en el desarrollo y en los resultados de la evaluación al realizar las técnicas de Enfermería en el contexto de simulación.

Se examinaron las intervenciones de Enfermería directamente relacionadas con el caso clínico planteado(prótesis total de rodilla) y que los distintos grupos de las dos ramas (grupo intervención y grupo control) escenificaron cogiendo como referencia la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) donde constan 514 intervenciones codificadas.
Se examinaron las siguientes intervenciones de Enfermería NIC:
Intervención 2314: Preparación i administración de medicación vía I.V.
Intervención 4190: Punción intravenosa.
Intervención 2930: Preparación quirúrgica.
Intervención 2870: Curas postanestésicas.
Para identificar quien realizó cada una de las intervenciones, se creó una hoja para cada una de las intervenciones que el estudiante tuvo que escenificar, que incluyó los siguientes datos sociodemográficos: edad, sexo, lugar de procedencia, país de origen, si trabajaban en el ámbito sanitario, en que turno, y si pertenecían al grupo control o al grupo intervención. No había ningún dato que pudiese identificar personalmente al estudiante.
La ejecución de las técnicas de Enfermería fueron evaluadas con la Escala de Likert de acuerdo con los siguientes códigos: para cada componente de las intervenciones NIC se le asignó una puntuación del 1 al 5. Se consideró que las puntuaciones de 1 a 3 la intervención no fue realizada correctamente y en la puntuaciones 4 y 5 que la intervención se realizó correctamente.
Se prepararon dos laboratorios de simulación con las mismas características, con dos escenarios bien definidos, el control de enfermería y la habitación del paciente.
La única diferencia entre los dos laboratorios fue la presencia de la cámara para filmar el grupo intervención.
Los estudiantes estaban citados previamente para la realización de la simulación pero no era hasta el momento de su llegada al laboratorio que se les comunicaba si pertenecían al grupo intervención o al grupo control.
Las variables del estudio fueron las siguientes:
Variables dependientes: el número de errores en cada una de las intervenciones NIC evaluadas y que el estudiante realizaba durante el ejercicio de simulación.
Variables independientes:
•Pertenecer al grupo intervención (filmación) o al grupo control.
•De naturaleza socio-demográfica: edad, sexo y lugar de procedencia.
•De naturaleza profesional: si trabaja en el ámbito sanitario y en que turno.
•De naturaleza académica: Si se han realizado prácticas antes de la simulación y experiencia en simulación.
•De naturaleza psicológica: cuestionario Spielberger de ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

La recogida de datos se realizó de la siguiente forma: Los grupos de estudiantes se presentaron en el laboratorio de simulación el día y la hora indicada y se les comunicó a que rama del estudio pertenecían (grupo control o intervención). Seguidamente rellenó el cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo de STAI. L'ESTAI Estado evalúa la ansiedad situacional i el Rasgo evalúa la ansiedad basal.
Seguidamente se situó a los estudiantes en los escenarios correspondientes i a partir de este momento empezaron su actuación que tenia una duración de treinta minutos i durante este tiempo dos profesores rellenaban la plantilla de evaluación del caso. Una vez finalizada la simulación, los estudiantes cumplimentaban la hoja con los datos anteriormente comentados en función de la técnica que habían llevado a cabo.
Para el análisis estadístico descriptivo de las variables se utilizaron medias y proporciones. El contraste de las proporciones entre los dos grupos se realizó mediante las pruebas del Xi cuadrado. El contraste de medias con la prueba Td'Student o "U" de Mann-Whitney según el patrón de normalidad en la distribución.
No se pudo calcular el tamaño de la muestra puesto que la "n" estaba prefijada por el número de estudiantes matriculados en la

asignatura de Medicoquirúrgica Adulto I.

3.RESULTADOS
Comparando las características de los integrantes del grupo control y del grupo intervención, no se han apreciado diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables, por lo cual las dos muestras, se pueden considerar homogéneas, no existiendo diferencias entre el grupo intervención y el control.

En la técnica 2314:Administración de medicación intravenosa, los resultados fueron los siguientes para cada una de las acciones:

2314.1:Preparar correctamente el equipo para administrar la medicación , 4 de 14 estudiantes del grupo control (28,5%) no llegaron a la puntuación mínima a diferencia del grupo intervención en que todos los integrantes la consiguieron. El test del Xi cuadrado muestra grado de significancia de p= 0,034 siendo el grupo intervención el que obtiene mejor puntuación.

2314.2:Preparar la concentración adecuada de medicación i.v,3 de 14 estudiantes del grupo control (21,4%) no llegaron a la puntuación mínima, mientras que todos los integrantes del grupo intervención la lograron. No obstante, una prueba estadística del Xi cuadrado no identifica diferencias significativas entre los dos grupos.

2314.3:Mezclar suavemente la solución si se añade medicación al recipiente de líquido i.v. en este tercer apartado, 3 de 14 estudiantes de grupo control realizaron la técnica de manera insuficiente (21,4%), mientras que en el grupo intervención 2 de 15 sujetos (13,3%)tampoco llegaron a la puntuación mínima prevista. Igual que en el caso anterior, la prueba del Xi cuadrado no da diferencias significativas entre los dos grupos.

2314.4:Realizar una técnica aséptica estricta. Se observa que 2 de 14 estudiantes de grupo control (14,2%) en relación a 3 de 15 del grupo intervención (13,3%), no llegan a la puntuación mínima, con un resultado del Xi cuadrado sin diferencias significativas entre los dos grupos.

En la técnica 4190:Punción intravenosa, (i.v.) el nivel de error fue el siguiente:
4190.1:Instruir el paciente en relación al procedimiento, 6 de 14 estudiantes del grupo control (42,8%) en comparación a 5 de 13 del grupo intervención (38,46%) no llegaron a la puntuación mínima, no habiendo diferencias significativas con la prueba del Xi cuadrado.

4190.2:Limpiar la zona con una solución antiséptica adecuada, todos los integrantes de los dos grupos llegaron a la puntuación mínima.

4190.3:Seleccionar una vena apropiada y aplicar el torniquete, se observó un único estudiante que lo realizó de manera insuficiente del grupo intervención, no dando el Xi cuadrado diferencias significativas.

En la técnica 2930:Preparación quirúrgica, el nivel de error fue el siguiente:
2930.1 verificar consentimiento informado, resultado de pruebas preoperatorias, administrar medicamentos preoperatorios y retirar joyas si procede, 12 de 23 del grupo control (52,1%) y 9 de 28 del grupo intervención (32,1%) no llegaron a la puntuación mínima, no dando el Xi cuadrado diferencias significativas.

2930.2:Realizar el afeitado quirúrgico si procede, sólo un integrante del grupo intervención no obtuvo la puntuación mínima, dando el Xi cuadrado un grado de significancia de p= 0,013

En la técnica 2870 curas postanestésicas, únicamente dos sujetos de 29 del grupo control (6'9%) lo realizaron de manera insuficiente no dando el Xi cuadrado diferencias significativas.

En el impacto del test de ansiedad STAI: Un contraste de las puntuaciones de STAI Estado y Rasgo (que siguen una distribución normal: prueba de Kolmogorov-Smirnov p>=0,05) con una T d'Student no identifican diferencias estadísticamente significativas cuando se contrastan los dos grupos (control y intervención).

4.Discusión

La evaluación de los resultados muestra que una actuación con filmación, en general, tiene un escaso o nulo impacto en los resultados. Existen tres subapartados donde se observan diferencias significativas (2314.1,4190.2 y 2930.2) menor número de errores en el grupo filmación y existe un subapartado en el que se observa un menor número de errores en el grupo control (4190.2).

En vistas de los resultados se puede afirmar que el número de errores que los alumnos realizan durante el ejercicio de simulación no son superiores debidos a la filmación que se realiza durante el mismo. La filmación no comporta más errores, aspecto que no confirma la hipótesis planteada.

Este resultado nos aporta evidencias sobre la práctica docente, nos permite seguir realizando las filmaciones con la certeza que no produce efectos negativos en la evaluación del estudiante. Con ello se pretende mejorar la enseñanza global dirigida a los futuros profesionales de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Gutierrez de la Horra I.La simulación clínica como herramienta de evaluación de competencias en la formación de enfermería. Reduca(Enfermeria, Fisioteràpia y Podología) Serie Trabajos fin de Master. 2(1):549-580, 2010 ISSN:1989-530.

Wilford A, Doyle TJ. la simulación en la enseñanza de la Enfermería. Metas de Enfermeria,oct 2009; 12(8):14-18.

Griffin-Sobel J. The ENTREE Model for Integrating Technologically Rich Learning Strategies in a School of Nursing.Clinical Simulation in Nursing March 2009;5(2):e73-e78.

Prion S. A Practical Framework for Evaluating the Impact of Clinical simulation Experiences in prelicensure nursing Education. Clinical Simulation in Nursing October 2008;4(3):e69-e78.

Alinier G, Hunt B, Gordon R, Harwood C. ISSUES AND INNOVATIONS IN NURSING EDUCATION. Journal of Advanced Nursing May 2006;54(3):359-369.

Baker C, Pulling C, McGraw R, Dagnone JD, Hopkins Rosseel, D M, J. Simulation in interprofessional education for patient-centred

collaborative care. Journal of Advanced Nursing November 2008;64(4):372-379.

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

Leighton K, Scholl K. Simulated Codes: Understanding the Response of Undergraduate Nursing Students. Clinical Simulation in Nursing September 2009;5(5):e187-e194.

Abdo A, Ravert P. Student Satisfaction with Simulation Experiences. Clinical Simulation in Nursing January 2006;2(1):e13-e16.

Paul F. An exploration of student nurses' thoughts and experiences of using a video-recording to assess their performance of cardiopulmonary resuscitation (CPR) during a mock objective structured clinical examination (OSCE). Nurse Educ Pract February 2010;10(5):285-290.

Henneman EA, Roche JP, Fisher DL, Cunningham H, Reilly CA, Nathanson BH, et al. Error identification and recovery by student nurses using human patient simulation: Opportunity to improve patient safety. Applied Nursing Research February 2010;23(1):11-21.

Faro M, Isern O, Sansalvador C, Casas JC. L'aprenentatge basat en problemes a través de casos clínics simulats. Una proposta metodològica de disseny i avaluació docent. Document de recerca 2008. Disponible a Recercat.

Bulechek,GM, Butcher HK, Mccloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermeria (NIC). 5ª Edición.Barcelona.Elsevier 2009.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lusherne RE. Cuestionario de ansiedad Estado/Rasgo. Madrid: TEA; 1982.

Mesa de comunicaciones 6: Cuidadores / Dependencia

Concurrent session 6: Caregivers / Dependency

AUTORES/AUTHORS:
Ana Canga, Cristina Vivar, Concepción Naval

TÍTULO/TITLE:
“Dependencia del Dependiente”: Experiencias de la familia cuidadora en el fenómeno de la dependencia

Objetivo. Generar una teoría sustantiva que explique la experiencia de la familia cuidadora de personas mayores en el fenómeno de la dependencia.
Metodología. Estudio cualitativo de teoría fundamentada. La muestra consistió en personas mayores evaluados por la Ley de Dependencia en Navarra y sus familias que les cuidan (hijos, esposo/a, otros). El acceso a la muestra fue a través de un centro de día psicogeriátrico de la Comunidad Foral de Navarra y por medio de la Agencia Navarra para la Dependencia del Gobierno de Navarra. Se realizaron entrevistas en profundidad en los domicilios de las familias y en el centro de día participante. Por medio del muestreo teórico, se seleccionaron participantes con diversidad de circunstancias para fomentar la transferencia de los datos a diferentes contextos (dependencia física-cognitiva; zona urbana-rural). El análisis de datos se basó en el método comparativo constante de Glaser y Strauss, utilizando el programa informático NVivo 8.
Resultados. La categoría central denominada “Dependencia del Dependiente”, emerge como una teoría sustantiva que explica la experiencia de las familias cuidadoras en el fenómeno de la dependencia. Los datos muestran que estas familias cuidadoras no son capaces de encontrar un equilibrio entre las necesidades del dependiente y las del resto del sistema familiar. Para ellas, la persona dependiente y la situación de dependencia se convierten en el centro y el eje de la vida familiar, conduciéndoles a una dependencia de ese mismo estado. El problema principal con el que están luchando estas familias es poder “seguir con la propia vida”. A su vez, los propios dependientes sienten que su realidad conlleva un gran sufrimiento a su familia y esto hace aflorar en ellos sentimientos de culpabilidad y un profundo sufrimiento. En consecuencia, el sufrimiento es recíproco, de unos hacia los otros, en el sistema familiar. Por otro lado, el contexto de las políticas sociales plantea diferentes retos. Si la Ley de Dependencia resulta insuficiente o tiende a ignorar las necesidades de las familias cuidadoras, amparándose en la solidaridad familiar, éstas se sienten desamparadas ante la Administración. Si no se sienten apoyadas, el contexto contribuye a empeorar, aún más, su situación.
Discusión. Estos hallazgos indican la necesidad de promover una “Familia Cuidadora Sostenible”, que sea capaz de “seguir con la propia vida” al mismo tiempo que presta los mejores cuidados, y que éstos, se constituyan en un refuerzo positivo familiar. Familias que reconozcan sus fortalezas y que se sirvan de ellas para seguir desempeñando su tarea de cuidado. Si se quiere dar respuesta a esta necesidad, se requieren profesionales capacitados que puedan llevar a cabo esta tarea. Enfermeras formadas que intervengan, que apoyen a la unidad familiar y les ayuden a hacer frente a la situación de dependencia. Para ello, los profesionales deberán estar sensibilizados y formados en marcos holísticos que abarquen los parámetros esenciales de la valoración e intervención familiar, como es el marco de la enfermería de familia, conocido en el ámbito internacional como family nursing. (Proyecto PI09/90320 financiado por el Instituto de Salud Carlos III)
Palabras clave: familia, dependencia, anciano, teoría fundamentada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bell, J.M. (2010). Family nursing education: faster, higher, stronger. Journal of Family Nursing 16 (2), 135-144.
Canga, A., Vivar, C.G., Naval, C. (2011). Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 34(3), 463-469.
Duhamel, F. (2010). Implementing family nursing: how do we translate knowledge into clinical practice? Part II: The evolution of 20 years of teaching, research, and practice to a Center of Excellence in Family Nursing. Journal of Family Nursing 16(1), 8-25.
Feinberg, L.F. (2008). Recognizing the work of family and informal caregivers: The case for caregiver assessment. United Hospital Fundation, New York.
Leahey, M., Svavarsdottir, E.K. (2009). Implementing family nursing: How do we translate knowledge into clinical practice? Journal of Family Nursing 15(4), 445-460.
Wright, L.M., Leahey, J.M. (2009). Nurses and families: A guide to family assessment and intervention (5nd ed.). FA Davis Company,

Philadelphia.

AUTORES/AUTHORS:
Lourdes Moral Fernández, Antonio Frías Osuna, Rafael Del Pino Casado, Sara Moreno Cámara, Pedro Ángel Palomino Moral

TÍTULO/TITLE:
Percepción sobre las habilidades para el cuidado de las personas cuidadoras familiares de mayores dependientes

Objetivos:

- Explorar las percepciones sobre las habilidades para el cuidado de las personas cuidadoras familiares.
- Identificar las estrategias personales que las personas cuidadoras familiares desarrollan para el cuidado.
- Conocer la opinión y satisfacción de las personas cuidadoras familiares sobre el apoyo formal que reciben por parte de las enfermeras.

Metodología:

Se trata de una investigación realizada desde la perspectiva cualitativa a través del análisis de once entrevistas en profundidad y un grupo de discusión a personas cuidadoras familiares de mayores con dependencia.

La recogida de datos tuvo lugar en la provincia de Jaén en el año 2010. Tanto para las entrevistas en profundidad como para el grupo de discusión, consideramos como criterios de inclusión que las personas cuidadoras familiares tuvieran entre 30 y 70 años, llevaran ejerciendo como cuidadoras al menos un año y cuidaran a personas mayores dependientes. Tras la grabación en audio de las entrevistas y grupo de discusión, con previo consentimiento informado firmado de cada una de las personas cuidadoras familiares, se realizó la trascripción de la información y posteriormente se analizó con ayuda del programa informático N-Vivo mediante análisis del discurso.

Resultados:

Las tareas y actividades de la personas cuidadoras son múltiples, exigen tiempo y energía y no siempre son cómodas o agradables. Incluso no son bien aceptadas, y como generalmente no se han previsto, la persona cuidadora no siempre está preparada con antelación; de hecho, en los primeros momentos como cuidadores, pocas personas están realmente preparadas para afrontar las responsabilidades y dificultades asociadas a la situación de cuidar a una persona mayor dependiente, ni para afrontar la diversidad de situaciones que los cuidados conllevan y que hace que cada experiencia de cuidado sea única y distinta a las demás. Es frecuente que muchas personas cuidadoras sientan impotencia durante su labor cuidadora, agudizándose estos sentimientos en el inicio de la asunción de su rol cuidador.

Las personas cuidadoras familiares reconocen que no se encuentran preparadas para asumir el cuidado de un mayor dependiente “No, preparada yo creo que no” Entrevista 5; “Yo no puedo hacerlo to sola” Cuidadora 3, grupo de discusión. No obstante, manifiestan que no les queda otra alternativa y que la experiencia es su mejor aliada a la hora de aprender “Tendría que estar preparada” Entrevista 7; “Al principio te cuesta muchísimo trabajo y yo lo he pasado muy mal” Entrevista 8.

Barrera L. et al (2006) afirma que la responsabilidad y las tareas de cuidado requieren el desarrollo de estas habilidades de quien las asume, y el reconocimiento de la misma es importante para promover los apoyos necesarios en su desarrollo.

Gracias a la experiencia que tienen desarrollan estas estrategias de cuidado basadas en sus necesidades y en las de la persona dependiente para cubrirlas de la mejor manera posible “Al bidet tuve que poner un cartón (…) y poner un cubito así de alto que tuviera un culo así de ancho y así de largo” Entrevista 1; “Yo por la terraza, corro las cortinas, me asomo y la estoy viendo” Cuidadora 6; grupo de discusión; “Yo a mi madre la lavo en la cama por zonas” Cuidadora 2, grupo de discusión; “Me acosté, esos años con mi madre, porque tenía la cabeza malamente” Cuidadora 4, grupo de discusión; “Si querías ducharte, yo me tenía que meter a mi madre en el cuarto de baño conmigo, cerrabas la puerta y que en el cuarto de baño hiciera lo que quisiera (…) Si tenía que subir a tender la ropa, muchas veces tenía… o lo hacía a las 7 de la mañana cuando ella estaba durmiendo por la mañana, que era cuando podía dormir… o si no, llamar a la vecina” Cuidadora 2, grupo de discusión; “Yo la dejo con mi niña haciendo los deberes” Cuidadora 4, grupo de discusión; “Me meto un poquillo en la cama y le digo: Estate quieta no te muevas que voy a comer, eh?. Y entonces ya…” Cuidadora 6, grupo de discusión.

Las personas cuidadoras familiares que han sido atendidas por profesionales enfermeros, se encuentran satisfechas con su labor y reconocen la utilidad de sus prestaciones, además reconocen la utilidad de los cursos ofertados para desarrollar de la mejor manera posible sus habilidades para el cuidado, ya que aumentan su conocimiento y fomentan el autoaprendizaje gracias a las experiencias que van teniendo“Yo nunca había visto un curso de estos, ni había hecho nunca y hasta ahora que estamos haciendo, para mí creo que es una cosa fuera de serie” Entrevista 1; “Yo hice tres o cuatro cursos ya” Entrevista 3.

Para las personas cuidadoras familiares que han optado por la contratación de ayuda formal en los cuidados de su familiar, se encuentran satisfechas con ella: “Por lo menos de 4 a 8 que después de comer podamos descansar un rato pa después seguir por la tarde… porque es que era… nos llegó a superar ya… ya es que no podíamos” Cuidadora 9, grupo de discusión. O para momentos ocasionales porque no tienen otra opción: “Necesito 2 días por lo menos, el sábado que es la boda y el domingo, y he buscao también a dos personas de confianza pa que se queden con ella” Cuidadora 6, grupo de discusión.

Discusión:

Usualmente, el papel del cuidado es asumido por las mujeres, como consecuencia del modelo patriarcal y en cumplimiento del rol que se les ha asignado culturalmente a lo largo del tiempo. A través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se ha favorecido la concepción de que las mujeres están mejor preparadas que los hombres para el cuidado, ya que se les adjudica más capacidad de abnegación y de sufrimiento, así como habilidades características.

Las habilidades que las personas cuidadoras desarrollan en el cuidado pueden definirse como el potencial de cuidado que tiene la persona adulta, que asume el rol de cuidador principal de un familiar que se encuentra en situación de dependencia.

Son numerosos los estudios que abarcan el conocimiento de la habilidad del cuidado de los cuidadores familiares de manera cuantitativa, midiendo componentes como el conocimiento, el valor, y la paciencia, recogidos en la definición de Nkongho Ngozi, en la cual define habilidad como la capacidad de ayudar a otros a crecer y a actualizarse a sí mismo, es un proceso de relación con alguien que involucra desarrollo, y los tres elementos críticos identificados en el cuidados son: conocimiento, paciencia y valor. El conocimiento incluye el autoconocimiento, el conocimiento del otro y las fuerzas y debilidades del bienestar de la persona cuidada; el valor es la habilidad para enfrentar lo desconocido, y la paciencia es lo que le permite al cuidador tolerar ciertas situaciones de desorganización o confusión. A partir de estos elementos, existen varios estudios que abarcan cuantitativamente la habilidad de la persona cuidadora familiar, pero son realmente pocos la que la abarcan específicamente respaldando con sus testimonios reales,

habiendo sido este por lo tanto uno de los objetivos principales de esta investigación.

En esta investigación, todas las personas cuidadoras familiares tienen experiencias o conocimientos previos básicos de cuidados y a partir de éstos pueden establecerse las estrategias que faciliten la relación y adquisición de nuevos conocimientos, siempre con la ayuda de los profesionales sanitarios y en especial de la enfermería. Así podemos decir que el cuidado familiar se realiza a través de un proceso de autoaprendizaje, no obstante aprender a cuidar no sólo implica habilidades técnicas, sino que también se debe comprender la naturaleza humana, y mantener las relaciones interpersonales entre la persona cuidada y el cuidador es algo indispensable. Para todo ello, el personal sanitario en general y los profesionales de enfermería particularmente, somos los responsables de que este proceso de autoaprendizaje se forme de una manera adecuada.

Los resultados de estudios como García M.M, Mateo I. y Gutierrez P. (1999), Baine (1995) o King (1996) muestran que las cuidadoras principales de personas con algún tipo de dependencia suelen conocer bien la problemática de la persona a la que cuidan y las posibles soluciones a sus necesidades. Lo que necesitan no es tanto más información acerca de cómo cuidar sino una formación que cubra esta dificultad manifestada por las personas cuidadoras.

Algunas investigaciones como la de Texeira M. (2008) o Ferrer M.E. (2008), han concluido que la falta de conocimiento y de orientación en el cuidado está presente en muchas personas cuidadoras familiares, y que intervenciones como los cursos y enseñanzas individuales son positivas, ya que la indagación de estos saberes y prácticas les permitirá diseñar estrategias para la construcción del su rol de cuidadores.

En conclusión podemos afirmar como resultado de la investigación que las personas cuidadoras familiares no se encuentran preparadas ni creen encontrarse preparadas para hacerse cargo de un familiar en situación de dependencia en los primeros momentos. No obstante desarrollan estrategias basadas en sus conocimientos previos, en la experiencia y en los cursos que las ayudan a ejercer el rol de cuidadoras de una manera aceptable. Las ayudas formales, ya sean por personal sanitario, proporcionando ayuda y fomentando la educación y los conocimientos sobre el cuidado son altamente reconocidas por las personas cuidadoras, así como las ayudas proporcionadas por cuidadores formales como servicio de respiro.

Los resultados y hallazgos encontrados y el estado de la situación, demuestran una necesidad de capacitación a los cuidadores, fortaleciendo sus habilidades para desarrollar estrategias de cuidado y reconociendo su labor individual y su esfuerzo en el desempeño del rol del cuidador, ello contribuirá a mejorar su salud y el bienestar de la persona cuidada.

Se pone en evidencia pues, la importancia de que los profesionales sanitarios de manera interdisciplinaria, apoyen al cuidador familiar en el cuidado cotidiano de la persona enferma, participando activamente en la formación oportuna de las personas cuidadoras familiares según las necesidades que presentan.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Barrera L, Blanco L, Figueroa P, Pinto N, Sánchez B. 2006. Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Mirada Internancional. 001 (6): 22-23.

- Barrera L, Galvis CR, Moreno ME, Pinto N, Pinzón ML, Romero E, Sánchez B. 2006. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. 24 (1): 36-46.

- Berdejo L. 2008. Nivel de habilidad del cuidado de los cuidadores informales de pacientes con alteración neurológica.

- Cossio I, Cotiello Y, Gonzalez M, Menchaca J, Rodriguez MJ, Unanue S, Uria M. Guía de atención a las personas cuidadoras. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

- Ferrer M.E. 2008. El aprendizaje de cuidadores familiares a personas con Alzheimer. El ingenio desarrollado sobre la marcha en una compleja realidad.

- García M.M, Mateo I, Gutierrez P. 1999. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Escuela Andaluza de Salud Pública, 27.

- Martin-Cook K, Davis A, Hynan L, Weyner M. 2005. A randomized, controlled study of an Alzheimer's caregiver skills training program. 20: 204.

- Stover B. 2009. Resource Review: Home Health Care Provider: A Guide to Essential Skills. 22: 75.

- Texeira M. 2008. Cuidadores familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer. 19 (2): 13-22.

- Van der Kooij CH, Dröes RM, De Lange J, Ettema TP, Cools HJM, Van Tilburg W. 2012. The implementation of integrated emotion-oriented care: Did it actually change the attitude, skills and time spent of trained caregivers? 0 (0): 1-15.

Mesa de comunicaciones 7: Práctica Clínica

Concurrent session 7: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:
Donatella D'Accolti, Grazia Tafuni, Francesco Germini

TÍTULO/TITLE:
QUALITY OF LIVE IN THE OUTPATIENT WITH MULTIPLE MYELOMA

OBJECTIVES

To evaluate the influence of pain on quality of life of outpatients with multiple myeloma

The International Association for the Study of Pain defines pain an unpleasant sensory and emotional experience associated with potential or actual tissue damage. 70% of patients with cancer presents with pain, a pain overall, a real personal suffering. Cancer pain is a pain basic chronic or persistent lasting> 12h/die and is treated with analgesics. A frequent occurrence in cancer patients is the breakthrough pain, a pain episodes that is defined as a transient exacerbation of pain that occurs in a patient with pain basic otherwise stable, which requires adequate treatment with extra doses of analgesics in addition to therapy base.

METHODS

Descriptive-correlational Study. Setting: patients treated at the outpatient department of internal medicine "G. Baccelli"of "Policlinico" General Hospital in Bari.
Inclusion criteria: patients diagnosed with multiple myeloma by at least 4 weeks, positive pain assessed by a NRS scale. Sample of 40 patients recruited during the period October 2011 - January 2012. For data collection was used the evaluation of pain NRS indicating pain intensity, location, number of pain episodes per day, any changes during treatment, the presence of other symptoms; the GIVIO questionnaire, developed by the Interdisciplinary Group for the Evaluation of Interventions in Oncology. The questionnaire consists of 70 items that include: life satisfaction (1 item), health satisfaction (1 item), emotional state (7 items), cognitive status (3 items), functional level (10 items), social activities (5 items), symptoms and their impact on quality of life (12 items), health care (13 items), job (8 items), sociodemographic data (5 items), business data (3 items), clinical data (3 items).

RESULTS

55% of subjects were men, and the average age was equal to 61 years The perceived pain intensity recorded by the NRS has gone from 2 to 10 (Avg=6.58 - St.Dev.= 2.01), the pain was localized to the spine (45%), chest (15%), even (15%) knees (15%). 58% of patients stated that they have great difficulty in performing daily activities like a little physical activity, lifting small weights, climbing stairs, bending, etc.. The patients also said they did not feel gratified by their lives, and do not feel useful in society and their families. About the emotional consequences are anxiety, nervousness, irritability and depression. The value of the NRS has been correlated with the scores obtained in the dimensions of the GIVIO questionnaire, considering R Pearson. The results are: life satisfaction, R = -0.64; Emotional state, R = -0.55; functional status, R = .0,83, social status, R = -0.48.

DISCUSSION

The results obtained show how the pain affects the various dimensions of life of patients, especially on the physical and life satisfaction. In contrast, patients reported being satisfied with care received, with greater satisfaction with the figure of the physician, and this seems to depend on the possibility, for the physician to act with the drug treatments that give immediate relief to the patient. It 's very important to collect information on acute and chronic pain patients, as well as the communication is very important. According to the Johnson Behavioral System Model nurses have two forms of responsibility: the best known, to collaborate with physicians in the diagnosis and treatment of diseases of man and the other, much more important for the nurse, taking care of the person in its entirety according to holistic principles, without which the patient is forced to live the experience of illness alone, without

support.
Greater knowledge is required in pain assessment and management of non-pharmacological strategies, where you can express the power and autonomy of the nurse.
The assessment of pain may change the behavior of patients who do not feel taken into account by the nursing staff (manifestations of anxiety, anger, agitation) and wait that they can communicate with the symptom of pain is wrong because by patients in some cases is avoided as not to distract the attention of serious disease.
It is of great importance to collect data on the acute and chronic pain patients, because it becomes part of their lives since the beginning of the disease.
We can not neglect these "feelings" clinics because accidents are in the care and development of the disease.
It is also important not to neglect the aspect of communication between patients and nurses is important, because it affects the Quality of Life.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Coleman EA, Goodwin JA, Coon SK, Richards K, Enderlin C, Kennedy R, Stewart CB, McNatt P, Lockhart K, Anaissie EJ, Barlogie B., "Fatigue, sleep, pain, mood, and performance status in patients with multiple myeloma". Cancer Nursing, 2011 May-Jun;34(3):219-27
- Molassiotis A, Wilson B, Blair S, Howe T, Cavet J., "Unmet supportive care needs, psychological well-being and quality of life in patients living with multiple myeloma and their partners". Psychooncology, 2011 Jan;20(1):88-97
- Reich CD, "Advances in the treatment of bone metastases". Clinical Journal of Oncology Nursing, 2003 Nov-Dec;7(6):641-6
- Sherman AC, Coleman EA, Griffith K, Simonton S, Hine RJ, Cromer J, Latif U, Farley H, Garcia R, Anaissie EJ, "Use of a supportive care team for screening and preemptive intervention among multiple myeloma patients receiving stem cell transplantation". Support Care Cancer, 2003 Sep;11(9):568-74
- Poulos AR, Gertz MA, Pankratz VS, Post-White J., "Pain, mood disturbance, and quality of life in patients with multiple myeloma". Oncology Nursing Forum, 2001 Aug;28(7):1163-71

AUTORES/AUTHORS:
Thomas Schwarze, Sabine Hahn, Matthias Riedel, Jonathan Bennett, Robert Fluder

TÍTULO/TITLE:
Who cares? Home Care and Support of Elderly People in Switzerland

Introduction
The European population is growing continuously older. The Swiss Federal Statistical Office (2010) (1) assumes for Switzerland that the percentage of people at the age of 65 and older will increase from 15.4% in 2000 to 28.3% in 2060. Therefore, the number of older adults living at home in need of care will increase. To secure their ambulatory care, support is a future challenge, as older adults prefer to live at home autonomously as long as possible. This desire is often fulfilled by family care support. However, the increasing employment level of women (1), an increase in the number of one-person households (2) and an enhanced geographic mobility of the population(2) reduce the possibilities for family care.
Until recently, no statement was available regarding the amount of care and support at home provided by relatives, volunteers, and professional caregivers. Also, support gaps as identified by older adults have hardly been described so far. Consequently, an interdisciplinary research team of the Bern University of Applied Sciences, Sections Social Work and Health took up this subject and conducted a study to answer the following questions:
• In which areas and to what extent do older adults living at home require ambulatory care and support?
• How efficient are existing care and support systems?
• Which gaps and limits do existing care and support concepts show?
Methods
712 older adults (70+) living at home were interviewed at home regarding their care needs and support requirements using a partially newly created and pre-tested questionnaire, exploring care dependency, functional limitations, activities of daily living, the extent and amount of the care received, support networks and personal information. The recruitment was organized by a large Swiss health insurer. In addition, 23 single and focus group interviews were carried out with persons involved in the care and support of older adults (e.g. family members, volunteers, nurses, physicians etc.).
Results
Who participated in the study? Of the 712 participants, 70.8% were women. The mean age was 81.2 years. While the majority of the participants under the age of 80 were married, most participants above 85 years of age were widowed. Overall, 43.9% of the participants were widowed, 40.3% married, 8.3% single and 7.5% were divorced or living separated. Almost all participants were of Swiss nationality (92%). Nearly half of the participants (47.8%) lived in suburbs. Around a quarter each lived in the city or in the countryside.
What support is needed? During the past months before the survey, half of the participants used home health care service (hereafter referred to as Spitex) and 73% of the respondents were supported by family members, relatives, friends or neighbors.
Depending on the area where support needs exist, more or less intensive support services are required. Services required due to restrictions in mobility and personal hygiene are specifically intensive – usually support or care is required daily or at least a couple of times per week. Housekeeping support (e.g. cleaning, shopping) on the other hand is required by a large number of people, but is not requested on a daily basis.
Using statistical analyses, three different care and support arrangements could be differentiated:
• Those 58 people (8%), who showed intensive care needs and high support needs were allocated to care and support arrangement no. 1. Persons in this care and support arrangement are no longer able to manage many basis activities of daily life on their own and therefore strongly require support. A typical attribute of this group is restriction in mobility. These persons often need help to get up in

the morning and cannot move around in their apartment. This is also valid for daily personal hygiene and for getting dressed.
• 180 people with medium level support needs and a medium use of support were allocated to care and support arrangement no. 2. The respective persons are only slightly limited in their personal mobility, or not at all. Support is mostly required for housekeeping, for example for shopping or exhausting work like washing and cleaning.
• People with a lower support need and use were allocated to care and support arrangement no. 3. The 474 people in this group need support on average only for one activity of daily life. Also, the respondents in this group managed their household most often without help. Most frequently, support was required for cleaning.

In our sample only a relatively small group of older adults (around 8%) showed high support needs. This could be an indication that people in high need of care and support usually live in a nursing home or that the relatively small percentage of older adults with high care needs in our sample is due to problems in recruiting these persons. However, the ratio of older adult participants who had been using informal support services for health reasons in the last seven days before the survey is much higher than in a comparable age group in the Swiss Health Survey 2007.
It can therefore be assumed that the average support need of the sample is higher than in the Swiss residential population of the same age.
During the interviews with professional caregivers and social workers in hospitals the prerequisites, which are important for somebody with a high support need to be able to live at home became evident. As soon as assistance around the clock is needed, the person is not able to use the toilet at night alone anymore, or is in high danger to fall, or has prominent cognitive restrictions, a transfer to stationary care is necessary.
Who cares and provides support? Of all support services reported, 42% were provided by the spouse, 21% by Spitex and 13% by other service organizations. The most important supporter besides the spouse is the first daughter (8%). Especially for people living alone (often widowed), daughters are the most important supporters.
Looking at the support per week, it is obvious also that the partner takes care of the largest part of the support. With around 12 support instances they are on rank 1 followed by Spitex with around 5 instances per week.
Among the people with high support needs, the number of men and also of married people is disproportionally high. This reveals that specifically female spouses have a central role as support providers. The reasons for the male spouses´ relatively worse state of health could be their often higher age and/or the consequences of a more “risky” lifestyle during many years.
Married people more often have children who are engaged in care and support for their parents. The fact that the group of people who only need little support and care comprises a higher average amount of single households or divorced or apart-living people indicates that singles with a higher support need, can no longer be cared for by ambulatory care. Professional care givers and social workers realize that it is increasingly difficult for children to engage in the care and support for their parents. A strong professional engagement and the geographic distance to their parents´ home are mentioned as reasons.
The analysis of the different forms of service provision shows the key status specifically of female spouses. They give a lot of support in housekeeping as well as in favor of basic activities like mobility and personal hygiene. The Spitex displays a clear role profile. It provides active services in basic activities such as mobility and personal hygiene and in the provision of medical care. Other professional service providers are mainly called for catering (meal delivery) and cleaning of flats.
The respondents describe their relationship with the most important supporters as very positive. However, if relatives outside the core family are active in intensive and often intimate support services, the relationship can deteriorate. According to the respondent relatives, no deterioration of the relationship with the people supported can be observed. Nevertheless, a few comments indicate potential areas of conflict: some older adults expect more of their relatives than they are able to provide. Reversely, a blunt denial of support offered can equally be stressful for the relatives
What support services are missing? Almost 30% of the respondents mentioned that they would require more support in certain areas,

by far most frequently in housekeeping. However, mainly people with relatively little restrictions in their activities of daily life desire more support in housekeeping. People with higher support needs are rather bound to observe gaps with respect to support in their mobility. Not to be underestimated is the often reported desire for more social contacts.
Who coordinates the support? Three quarters of the respondents state that there is no consultation between support providers and organizations. Such coordination most frequently takes place for people with high care and support needs. Spitex is aware of the significance of collaboration between all parties involved. According to the professional caregivers, who have been interviewed, it is a problem that this coordination is not for free but requires financial resources, which often are not available. In complex cases, however, Spitex does take care of the coordination as otherwise home-based care would not be possible. Professional caregivers and social workers in hospitals mention home health care and relatives as their most important partners. In general, care and support are coordinated by relatives or the persons concerned
During the group interview, relatives confirm the scenario of an adequate provision. In almost all cases of higher care and support needs this is only possible due to the contribution of relatives.
This care and support setting can be seen as being in a relative fragile balance. Upon a sudden deterioration of the health status of the person to be cared for or by shortfall of a caring relative the admission into a stationary care and support setting will become necessary. This clearly indicates that, despite the large offering for professional ambulatory care and assistance, the possibility to remain in one´s own flat is highly dependent on the availability of support by relatives.
Conclusion
The results of this study indicate that the coordination of the different service providers for ambulatory home care can be improved. The significance of this topic becomes evident in the context of the continuously decreasing average length of stay in a hospital. This is only possible without any negative impact on older adults in need of care, if the collaboration between stationary and ambulatory service providers works smoothly.
According to the interviewed professional care givers and social workers in hospital organizations, there is not enough time for consulting and prevention. The relatives involved in ambulatory care as well as the organization of home care require more attention. The burden of the relatives involved should increasingly become a focal point of ambulatory care, in order to avoid situations of overload and a sudden referral to a stationary setting.
Relatives as the main support providers need to be involved in the care and support planning of ambulatory services. Their competences and know-how about the care of their older relatives should be appreciated and used for the benefit of the older adults concerned. Although the differentiated offering of ambulatory care and support services has increased in the last years without any doubt, several of the professional caregivers interviewed were convinced that the specific requirements of older adults need to be targeted in more detail.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1 Federal Statistical Office (2010). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010-2060. (Scenarios on population growth in Switzerland), Bern.
2 Federal Statistical Office (1996). Herausforderung Bevölkerungswandel, Perspektiven für die Schweiz. (Challenge of demographic changes, perspective for Switzerland), Bern.

AUTORES/AUTHORS:
MELTEM YILDIRIM, SEVDA OZGE KURT, SEVIM DURSUN

TÍTULO/TITLE:
THE EFFECT OF TOYS ON PAIN BEHAVIOURS DURING VACCINATION IN INFANTS

Objectives: Because of pain is a response of some events that go wrong in the body; pain assessment is more important in infants and little children depending on their inability to express their pain. Pain can appear due to medical interventions, trauma and diseases. This situation complicates the medical examinations and procedures. In hospitalized children; pain assessment and its management are generally insufficient. Minimizing the pain to a tolerable level or taking it away is one of the responsibilities of healthcare providers. However insufficient knowledge of health professionals in pain management or insufficient usage of the knowledge inhibits effective pain treatment in children (Emir and Cin 2004).

In the children in intensive care unit and the children between the ages of 0 and 7; pain assessment is much more difficult. There are certain scales to assess pain in children and related symptoms. In some scales; the patient scores the pain level by himself/herself. However; the children ages between 0 and 7 are not able to assess their own pain. Therefore; pain assessment in a patient population like this is the main responsibility of the caregiver (Emir and Cin 2004).

Playing games help children to relax emotionally (Arslan 2000). In hospitalized children, except the pain; unfamiliar properties of the hospital environment, invasive procedure's itself are important sources of fear in infants. To reduce their fear and relax the children during invasive procedures, usage of toys may be an effective method and may decrease the level of fear and the severity of perceived pain. Therefore the aim of this study was to investigate the effects of toys on pain behaviours during vaccination in infants.

Methods: A controlled experimental study design was used with 60 infants in the vaccination department of an education and research hospital in Istanbul, Turkey between 01-20-2012 and 05-25-2012. Written permission was obtained from the Directorate of Health. Informed consent was obtained from the parents. There were one experimental group and one control group. Experimental group contained 29 infants, while the control group contained 31 infants. There was a cot mobile above the infants in the experimental group during vaccination. There were no toys for the infants who were in the control group. The pain behaviours were evaluated with FLACC Pain Scale. FLACC has 5 sub-dimensions which are Face, Legs, Activity, Cry, and Consolability. Every sub-dimension can be scored from 0 to 2 and the total score can change between ranges of 0–10 with 0 representing no pain. The observations have been done by one researcher to ensure inter-observer consistency. The observer also recorded the vaccination time, infant's crying time and some other variables which may affect the FLACC score. Besides, demographic characteristics, past hospital and vaccination experiences of the infant were asked to parents. The data were evaluated by descriptive statistics, Independent Sample t-test, One Way ANOVA and Pearson's Correlation Analysis.

Results: The average FLACC score was 6.52±1.71. The average vaccination time was 5.70±3.21 minutes. The average crying time was found 11.65±4.46 minutes. Fifty-three point three percent of the infants were girl. Thirty-six point seven percent of the infants started to cry after the needle penetration is performed. Forty-eight point three percent of the parents stated that their child always carry a toy with himself/herself. All of the parents stated that their child also cried in the last vaccination. The FLACC score of the experimental group was found significantly lower than the FLACC score of the control group ($p<0.001$). The vaccination time was found significantly shorter in experimental group in comparison with the control group ($p<0.01$). Crying time in the experimental group was found significantly shorter than the control group ($p<0.001$). There was a positive and strong correlation between crying time and

FLACC score (r=0.649, p<0.001).

Discussion: Twenty percent of the sample was hospitalized before, while 33% generally feel anxious in hospital and the entire sample cried during their last vaccination. In a study which investigated the reflection of past hospital experiences on invasive procedures; it was reported that the children who have hospital experience gave more reaction to the invasive procedure (Yildirim et al, 2011). Every infant in the study cried during vaccination and they also cried during their last vaccination. This result is compatible with the result of Yildirim and colleagues.

The FLACC score of the experimental group was found significantly lower than the FLACC score of the control group. The positive and strong correlation between the FLACC score and crying time can be described as crying is the most common reaction to pain among infants. In parallel with this idea; the crying time in experimental group was found significantly shorter than the control group. Using of toys as a distraction method increases the attention of the infant to the procedure and also lowers the perceived pain level and related crying time.

There are certain studies in the literature which investigate the effect on distraction on pain in children who have invasive procedures. In the study of Vessey et al (1994); the distraction effect of kaleidoscope during blood drawing among children between 3-12 ages investigated and it was found that the children in the experimental group reported less pain and less behavioral stress symptoms in comparison with the control group. Gold et al (2006) investigated 20 children during IV replacement and reported that distraction with virtual reality game decreased the level of pain and anxiety in experimental group.

Consequently; children younger than 2 years old live their lives depend on their mothers and they can easily have fears related with hospital experiences and painful procedures. In this context; with using of distraction methods, the possible negative hospital experiences can be prevented and a comfortable and safe hospital environment can be provided.

According to the results of this study, it can be said that distraction in infants during vaccination with using toys is an effective method. In addition; usage of toys during vaccination reduces crying time and vaccination time. Therefore; using of cot mobiles in vaccination rooms, informing parents to bring the favorite toy of the infant may reduce the infant's fear related to vaccination and provides a better hospital experience for the infant.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Emir S, Cin S (2004) Çocuklarda Agri: Degerlendirme ve Yaklasim, Ankara Universitesi Tip Fakültesi Mecmuasi, 57(3): 153-160.

Arslan F (2000), 1-3 Yas Dönemindeki Çocugun Oyun ve Oyuncak Ozelliklerinin Gelisim Kuramlari ile Aciklanmasi, C.U. Hemsirelik Yuksek Okulu Dergisi, 4(2): 40-43.

Vessey JA, Carlson KL, McGill J (1994) Use of Distraction with Children During an Acute Pain Experience, Nursing Research, 43(6):369-372.

Gold JI, Kim SH, Kant AJ, Joseph MH, Rizzo AS (2006) Effectiveness of Virtual Reality for Pediatric Pain Distraction During IV Placement, Cyberpsychology and Behavior, 9(2):207-212.

Yildirim M, Batmaz M, Türk SS (2011) The Reflection of Past Hospital Experiences on Invasive Procedures in Children between 2-6

Ages. 15th International Nursing Research Conference Book, November 15-18, 2011 - Madrid, Spain.

Mesa de comunicaciones 8: Cuidados a pacientes crónicos y críticos

Concurrent session 8: Chronic and critical care

AUTORES/AUTHORS:
Ana Maria Cayuela García, Raquel Ballesteros Pérez, Maria del Mar García López, Miguel Sánchez Pérez, Maria de los Angeles Rubio Gambin, Ana Belen López Perez, Almudena Navarro Hernández, Javier Rodriguez Tello, Maria Isabel Pedreño Belchi

TÍTULO/TITLE:
"Efectividad de la intervención grupal en pacientes candidatos a cirugía bariátrica"

OBJETIVOS
- Medir el nivel de conocimientos sobre dieta, ejercicio y hábitos alimenticios adecuados a los requerimientos nutricionales.
- Valorar las conductas alimentarias presentes al inicio de la intervención, y las posibles modificaciones al final de la intervención grupal.
- Valoración del estado de nutrición pre y post-intervención.

MÉTODOS

Estudio clínico piloto, cuasiexperimental, antes-después, con intervención grupal multidisciplinar en pacientes obesos en espera de cirugía bariátrica, de Consultas Externas de Psicología Clínica y Nutrición del Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena).
10 sujetos cumplieron los criterios de inclusión: edad entre 18 y 65 años, en lista de espera para cirugía bariátrica, compromiso con la asistencia a las sesiones, con alteraciones conductuales en la ingesta alimentaria e IMC>=40.
El equipo, formado por una psicóloga clínica y una enfermera especializada en nutrición inició, en diciembre de 2011, 8 talleres con una periodicidad quincenal y de 1 hora de duración, durante 2 meses, valorándose IMC, masa grasa y masa magra (a través de impedanciometría), así como 2 resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): "1628 Conducta de mantenimiento de peso" y "1802 Conocimiento: dieta", medidos mediante moda de indicadores seleccionados ad hoc y escala tipo Likert de 1 a 5 (1: nunca demostrado/ningún conocimiento; 5: siempre demostrado/conocimiento extenso).

RESULTADOS
De las 10 personas incluidas en la pre-intervención, finalizaron los talleres 5 (datos de post-intervención).
Los parámetros nutricionales tuvieron medias en la pre-intervención de: IMC= 44,62, masa grasa 49.86%, masa magra 61,06%. En la post-intervención las medidas fueron: IMC= 43, masa grasa 48.3%, masa magra 62.74%.
En una primera valoración el NOC "Conducta de mantenimiento de peso" era de de 1 en un 80% de los casos, y entre 2 y 3 en un 20% restante. En una segunda valoración post-intervención, el NOC fue de 4 en el 60% de los casos y de 5 en el 40%.
Respecto al NOC "Conocimiento: dieta", la puntuación pre-intervención fue de 2 en el 70% de los casos, 3 en el 20% y 1 en el 10%. En una segunda valoración, se obtuvieron puntuaciones de 3 en el 40% de los casos y de 4 en el 60% de ellos.

DISCUSIÓN
Dada la alta prevalencia de la obesidad mórbida en nuestro área asistencial, resulta fundamental realizar un abordaje multifactorial y multidisciplinar.
Es la primera experiencia de este tipo de la institución, consideramos que el reducido tamaño del grupo y el abandono de la terapia, supone una limitación, y por tanto, que este pilotaje es susceptible de ser ampliado con grupos posteriores. También sería adecuado realizar un seguimiento posterior, para comprobar si los cambios se consolidan en el tiempo.
Todos los participantes que concluyeron los talleres, consiguieron cierto grado de mejoría, tanto en los parámetros nutricionales, como en los resultados de salud valorados en el estudio, debiendo resaltar, que 2 pacientes dejan de ser candidatos a cirugía bariátrica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Calañas-Continente A, Moreno-Fernández J. Soporte nutricional en el paciente con cirugía de estómago y/o esófago. En: Bellido Guerrero D, De Luis-Román DA, editores-coordinadores. Manual de nutrición y metabolismo. Madrid: Díaz de Santos; 2006. p.402-21
2. García-Lorda P, Hernández-González M, Blanco-Blasco JS, Figueredo R, Sabench-Pereferrer F, Balanzà-Roure R, et al. Seguimiento postoperatorio de la obesidad morbida: aspectos quirúrgicos y nutricionales.Cir Esp 2004;75(5):305-11
3. Mesa-García C, Muñoz-Del Castillo MD. Plan de Cuidados estandarizado en cirugía bariátrica. NURE Inv [revista electrónica]. 2006 [consultado 1 oct 2011];(20):[aprox 13 pant]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.com/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/Protocolo%2020_definitivo.pdf
4. Moorhead S, JohnsonM, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier, 2009
5. Campo-Osaba MA, Del Val JL, Lapena C, Laguna V, García A, Lozano O, et al. The effectiveness of a health promotion with group intervention by clinical trial. Study protocol. BMC Public Health [revista electrónica]. 2012 [consultado 9 jun 2012];(12):209[aprox 9 pant]. Disponible en: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/209/
6. Pérez-Blanco V, Morant C, García-Caballero J, Vesperinas G, Cos-Blanco AI, Royo C, et al. Desarrollo e implantación de una vía clínica para la cirugía bariátrica. Rev Calidad Asistencial 2004;19(4):250-60
7. Rodríguez-Doñate B, García-Llana H, De Cos-Blanco AI. Presentación de una estrategia interdisciplinaria y de carácter grupal para el tratamiento integral de la obesidad (Programa EGO). Actividad Dietética. 2010;14(2):90-5.
8. Rodríguez-Montes JA, Jonquera-Plaza F, Morán-Penco JM. Nutrición en patologías del esófago y estómago. En: Gil-Hernández A, editor. Tratado de nutrición, tomo IV; Sevilla: Grupo Acción Médica; 2005. p.755-59
9. Sharma L. Resumen de Evidencia: Cirugía para la obesidad mórbida. The Joanna Briggs Institute [base de datos en Internet]. Adelaida: Joanna Briggs Institute; 2012, [consulltado 1 sep 2012]. Disponible en: http://www.jbiconnectplus.org/ViewDocument.aspx?0=6904
10. Van-der Hofstadt Román CJ, Pérez-Martínez E, Abad-González AL, Berenguer Grau R, Moncho-Doménech E, Picó-Alfonso AM. Programa multidisciplinar de intervención grupal pre cirugía bariátrica. C Med Psicosom. 2010;93-94:34-44

AUTORES/AUTHORS:
Mª Teresa García Rodríguez, Mª del Carmen Piñón Villar, Beatriz López Calviño, Salvador Pita Fernandez, Laura Lema Verdía

TÍTULO/TITLE:
Valoración de la ansiedad, estado nutritivo y dependencia en pacientes en lista de trasplante hepático.

OBJETIVOS
Determinar, en pacientes en lista de trasplante hepático:
- El estado nutritivo y su concordancia con la disfunción hepática
- La ansiedad estado-rasgo, y variables asociadas.
- La dependencia para actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria, y variables asociadas.

MÉTODOS
-Ámbito: Complexo Hospitalario Universitario A Coruña
-Periodo: 2010-2012
-Tipo de estudio: Observacional.
-Criterios inclusión: >=18 años, en lista de pretrasplante, con consentimiento informado.
-Criterios exclusión: Deterioro del paciente.
-Tamaño muestral: n=60 (Precisión=±12,6%; seguridad=95%)
-Mediciones: Índice de masa corporal (IMC), score de comorbilidad de Charlson, escala Child-Pugh, MELD, criterios SENPE, test de Valoración Global Subjetiva (TVGS), Sistema de Control Nutricional (CONUT), Índice de Riesgo Nutricional (IRN), cuestionarios STAI y LDQOL1.0, escalas Barthel y Lawton-Brody.
-Análisis estadístico: Regresión lineal y logística.

RESULTADOS
La edad media es 54,9±8,8 años (66,7% varones, 6,7% retrasplantados). El IMC es 26,6±5,1 y el score de Charlson ajustado por edad 5,7±1,8, siendo la etiología del trasplante más frecuente la etílica (56,7%) y la descompensación más habitual la ascitis (81,3%). La disfunción hepática según escala Child-Pugh es A (20%), B (48,3%) y C (31,7%), y la puntuación MELD 15,0±6,8.
La desnutrición según el método utilizado es: TVGS (55%), criterios SENPE (60%), IRN (88,3%) y sistema CONUT (91,7%). Se observa mayor concordancia entre IRN y CONUT (Kappa=0,631; p<0,001) y entre criterios SENPE y TVGS (Kappa=0,405; p=0,001).
La puntuación ansiedad-estado es 22,8±13,0 y ansiedad-rasgo 21,5±11,2, observándose mayor ansiedad estado y rasgo en: pacientes con mayor disfunción hepática (tanto con la escala Child-Pugh como con el MELD), y en pacientes desnutridos (tanto con criterios SENPE como con TVGS).
Realizando diferentes modelos de regresión lineal múltiple ajustando por sexo, disfunción hepática (MELD o Child-Pugh, dos modelos separados) y estar desnutrido (criterios SENPE y/o TVGS), la única variable que modifica la ansiedad-estado es el grado de disfunción hepática (MELD) y las variables que modifican la ansiedad-rasgo son: ser mujer, estar desnutrido y tener peor disfunción hepática (MELD).
Las dimensiones de calidad de vida más afectadas son: percepción de salud general (35,2±17,8) y rol físico (40,2±34,5) en la parte genérica y efectos de la hepatopatía (39,0±30,9) y funcionamiento sexual (40,0±22,9) en la parte específica.
El 26,7% de los pacientes son dependientes para ABVD y el 81,7% para AIVD. Tras análisis de regresión logística se observa que: una peor disfunción hepática (MELD), y estar más afectado por los efectos de la hepatopatía y la memoria (cuestionario LDQOL1.0) se asocian a mayor dependencia en ABVD, siendo los efectos de la hepatopatía la única variable asociada a mayor dependencia en

AIVD.

DISCUSIÓN

La mayoría de pacientes están desnutridos y son dependientes para AIVD.

Una peor disfunción hepática y estado nutritivo aumentan la ansiedad. Los efectos de la hepatopatía aumentan la dependencia.

Este trabajo permite cuantificar la afectación de los pacientes en lista de trasplante más allá de la disfunción hepática, e identificar la interrelación entre variables para iniciar actividades preventivas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.McGregor J.C., Kim P.W. Perencevich E.N.,Bradham D.D., Furuno J.P., Kaye K.S., et al.Utility of chronic disease score and Chaslson comorbidity index as comorbidity measures for use in epidemiologic satudies of antibiotic.resistan organisms. Am J. Epidemiol.2005; 161(5): 483-493.

2.Lucey MR, Brown KA, Everson GT, Fung JJ, Gish R, Keeffe EB, Kneteman NM, Lake JR, Martin P, McDiarmid SV, Rakela J, Shiffman ML, So SK, Wiesner RH. Minimal criteria for placement of adults on the liver transplant waiting list: a report of a national conference organized by the American Society of Transplant Physicians and the American Association for the Study of Liver Diseases. Liver Transpl Surg. 1997 Nov;3(6):628-37

3.Talking about transplantation. Questions and Answers for Transplant Candidates about MELD and PELD. United Network for Organ Sharing. [acceso 15/1/2010]. Disponible en: http://www.unos.org/SharedContentDocuments/MELD_PELD(1).pdf.

4.García de Lorenzo A, Álvarez J, Calvo MV, Ulibarri JI, Río J, Galbán C y cols. Conclusiones del II Foro de Debate de la SENPE sobre desnutrición hospitalaria. Nutr Hosp 2005; 20:82-87.

5.Detsky AS, McLaughin JR, Baker JP, Johnston N, Whittarker S, Mendelson RA et al. What is subjective global assessment of nutritional status. J. Parenter Enterol Nutr 1987; 11:8

6.J. Ignacio de Ulíbarri, A. González-Madroño, N. GP de Villar, P. González, B. González, A. Mancha, F. Rodríguez, G. Fernández. CONUT: A tool for Controlling Nutritional Status. First validation in a hospital population. Nutr. Hosp. (2005) 20 (1) 38-45

7.Elsy Victoria Rueda P, Hernando Yepes H. , Camila Stefany Mora V., Greis Ailin Botello Q. comportamiento de las formulas índice de pronóstico nutricional adaptado (IPNa) de la original de Mullen y el índice de riesgo nutricional (IRN) en pacientes de cirugías electivas. Rev Chil Nutr Vol. 36, Nº1, Marzo 2009 :75-83

8.C.D Spielberger, R.L Gorsuch, R.E Lushene. STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo Manual 7ª ed.revisada. TEA ediciones 2008.

9.Casanovas Taltavull T., Jané Cabré L., Herdman M., Casado Collado A., Prat Pubill B., Fabregat Prous J. Validation of the Spanish Version of the Liver Disease Quality of Life Instrument Among Candidates for Liver Trasplant. Transplantation Proceedings. 2007;39: 2274-2277.

10.Buzzini M., Secundini R., Gazzotti A., Lia Giradles R., Arbildo Castro R.A., Druetta S.et al. Validación del Indice de Barthel. Boletín del departamento de docencia de investigación IREP

Mesa de comunicaciones 9: Profesión / Gestión

Concurrent session 9: Nursing Profession / Management

AUTORES/AUTHORS:
Maria Jesus Medialdea, Anna Bocchino, Isabel Lourdes Lepiani, Maria Dueñas

TÍTULO/TITLE:
Diseño y validación de una escala de satisfacción a estudiantes universitarios: resultados preliminares.

Objetivos: Diseñar y validar un instrumento que mida de forma valida y fiable el nivel de satisfacción de los estudiantes en varias áreas del sistema educativo en estudiantes universitarios de Enfermería.
Método.
Procedimiento.
Construcción del instrumento.
a) Tras la traducción al español de las escalas originales Community College Student Satisfaction Survey (Zhai L., 2003) y Student Satisfaction Inventory (Elliot, 2002) y la incorporación de algunos ítems del cuestionario, resultantes de una categorización basada en opiniones de profesorado, se seleccionaron 9 jueces expertos (5 profesores investigadores, 2 psicólogos y 2 estadísticos) para comenzar en la validación del cuestionario. Por medio de un formulario y a partir del marco teórico de referencia, se les solicitó la valoración de cada ítem utilizando como guía los criterios de Moriyam, el examen de la estructura básica del instrumento, el número y alcance de las preguntas; y adicionar cualquier otro aspecto que en su experiencia fuera importante.
Inicialmente se obtuvieron 45 ítems que fueron revisados y discutidos por expertos. Las sugerencias aportadas se dirigieron principalmente a cuestiones de “contenido” que incluían cambios en la terminología, clarificación de conceptos, formulación de algún ítem, también se aclararon algunos aspectos de similitud entre varios indicadores que podrían causar confusión en la población a estudiar eliminando o cambiando los que tenían problemas de comprensión, ajustando su redacción a los criterios de investigadores como Edward (1957). Finalmente, los 39 ítems resultantes se redactaron para ser respondidos mediante una escala de tipo Likert de 5 niveles, que indicaban el grado de acuerdo: 1 Nada satisfecho; 2 Insatisfecho; 3 Ni satisfecho ni insatisfecho; 4 Satisfecho; 5 Muy Satisfecho.
b) Con el propósito de colaborar en el diseño del cuestionario y verificar la comprensión de los ítems, se aplicó la escala a una muestra piloto de 20 estudiantes de la Escuela de Enfermería “Salus Infirmorum” de Cádiz (a los que no se les aplicó el cuestionario posteriormente).
Una vez concluida la revisión del instrumento por el panel de expertos y efectuada la prueba piloto, se hicieron modificaciones en la redacción de nueve ítems, se eliminaron tres y se agregaron dos más. El instrumento final para su aplicación a la muestra de sujetos contenía 36 ítems agrupados en cinco factores: 1) relación con el profesorado; 2) infraestructuras; 3) docencia y aprendizaje; 4) alumnado y relaciones sociales; 5) expectativas.
La versión final del cuestionario, además de la escala de medición de satisfacción, solicitaba información demográfica (edad y género) y académica (año de escolaridad en curso) de los informantes.
El cuestionario se aplicó de forma anónima en las aulas del centro, después de leer y clarificar las instrucciones por parte de un investigador, así como de insistir en la confidencialidad y la sinceridad de las respuestas, con el objeto de maximizar la validez de la información obtenida. El tiempo necesario para contestar el cuestionario fue en promedio de 20 minutos (amplitud de 10 a 15 minutos).
Contexto y participantes.
La investigación se ha llevado a cabo en la escuela de Enfermería Salus Infirmorum adscrita a la Universidad de Cádiz. El tipo de muestreo utilizado fue de tipo intencional, así todos los elementos de la población fueron seleccionados bajo estricto juicio personal del investigador. Se utilizó una muestra de 120 jóvenes estudiantes de 1, 2 y 3 grados, con edades comprendidas entre los 17 y los 30 años. El 70,5% de los participantes fueron mujeres. La participación fue voluntaria y los estudiantes se identificaron mediante un código, manteniendo una estricta confidencialidad en el tratamiento y uso de los datos obtenidos, tal y como proponen algunos investigadores (Ruíz, Torrente, Navarro y Rodríguez, 2005).
Análisis de datos: El procesamiento de los datos para la validación se realizo mediante técnicas cualitativas y cuantitativas. Para analizar las propiedades psicométricas de la escala se han calculado estadísticos descriptivos, fiabilidad (a de Cronbach) y análisis factorial exploratorio con rotación VARIMAX mediante el programa estadístico SPSS 17.0.

Resultados:
Valoración cualitativa: los expertos muestran una alta valoración de la información inicial. En relación a las sugerencias aportadas acerca de la primera versión del cuestionario, estas nos sirvieron para realizar modificaciones con respecto a: la comprensión e importancia de los ítems y al establecimiento de nuevas áreas. Los resultados obtenidos fueron sometidos a la confrontación, a la luz del marco teórico y de la triangulación de juicios.
Valoración cuantitativa: Dado que se trata de un estudio preliminar, para evaluar la dimensionalidad de la escala, las respuestas a los ítems se sometieron a un análisis factorial exploratorio. El análisis exploratorio del instrumento inicial (41 ítems) identificó 5 componentes principales con autovalores mayores a 1, que explicaban 47.6% de la varianza de la calificación total. Después de las rotaciones VARIMAX se eliminaron algunos ítems. Las dimensiones subyacentes que componen la escala de satisfacción alcanzada por los estudiantes fueron:
El primer factor que explica el 22,5% de la varianza y posee cuatro ítems relacionados con la relación con el profesorado.
El segundo factor agrupa 20 ítems que explican el 18,7% de la varianza. Dado su contenido, que incluye aspectos como los recursos, la planificación y el personal/servicio, se le ha denominado Infraestructura.
Calidad del profesorado es el tercer factor identificado, y explica el 14,3% de la varianza. Dicho factor consta de siete ítems relacionados con el nivel de conocimientos teóricos y prácticos del profesorado, la metodología docente utilizada, los contenidos de las pruebas de evaluación etc.
El factor alumnado y relaciones sociales explica el 10,2% de la varianza y posee cuatro preguntas ítems relacionados con la libertad de expresión, las oportunidades para relacionarse con sus compañeros de curso, etc. El último factor expectativas explica el 15,2 % de la varianza. Consta de 6 items relacionados a las expectativas predictivas, normativas o ideales (Sanders et al., 2000) relacionadas no solo a la universidad en general sino relativas al proceso de enseñanza-aprendizaje.
La consistencia interna de la escala se comprobó utilizando el coeficiente de Cronbach, considerado el más adecuado para instrumentos de investigación cuya puntuación final se obtiene mediante el procedimiento de acumulación de puntos (Nunnally, 1978).
La consistencia interna de la escala fue de 0.80. Los valores de correlación ítem-total oscilaron entre 0,61 y 0,75. Todas las preguntas fueron contestadas por más del 85% de los estudiantes. El valor alfa de Cronbach para el factor Relación con el profesorado fue de 0,81; el valor Alfa de
Cronbach para el factor infraestructuras fue de 0,83. El factor relativo a la calidad del profesorado tuvo un alfa de 0.78 y el factor relativo al alumnado y relaciones sociales un 0.85.El alfa de Cronbach relativo al último factor expectativas fue de 0.67.
Los ítems que tenían una correlación con el total de la escala inferior a 0,40 fueron eliminados.

Discusión y conclusión.
Con la convergencia europea, son muchos los cambios que han de operarse para conseguir una cultura universitaria en la que el profesorado y el estudiante desempeñen roles que hasta ahora no se contemplaban de forma explícita (García, R., Fernández, R., Sales, M. A., & Moliner, M. O. 2006). Los futuros trabajos de investigación intentarán a través del cuestionario construido y validado en el presente estudio, contribuir al mejoramiento del proceso de enseñanza-aprendizaje a través de la detección y estudio de aquellos aspectos de la vida escolar que proporcionan satisfacción o insatisfacción a los estudiantes. El objetivo del presente estudio fue la construcción de un cuestionario para la evaluación de la satisfacción del estudiante universitario. Partimos del objetivo de que sería posible diseñar un cuestionario escala tipo Likert con una aceptada validez y fiabilidad que nos permitiera medir varios aspectos relacionados con la satisfacción: 1) relación con el profesorado; 2) infraestructuras; 3) calidad del profesorado; 4) alumnado y relaciones sociales; 5) expectativas. Los resultados obtenidos permiten señalar que la presente escala posee una adecuada consistencia interna en la muestra de estudiantes de Enfermería, es decir, mide de modo homogéneo un constructo subyacente a todos los ítems.

Se considera que este instrumento puede servir de apoyo a educadores e investigadores que deseen medir la satisfacción del alumnado no solo por lo que concierne la relación con el profesorado o la docencia sino por las infraestructuras y las relaciones sociales con la finalidad de producir cambios a nivel individual, colectivo y organizacional.

Así mismo, se estima que el cuestionario de satisfacción permitiría realizar mediciones pre-post del curso académico dirigidas además a evaluar la relación con el rendimiento académico y la calidad de la Escuela constituyendo así una herramienta de investigación útil en el ámbito de los E.E.E.S. Todos estos datos podrán ser de utilidad para gestionar con más acierto el diseño y la implementación de los procesos de enseñanza y aprendizaje en la Universidad. A partir de los resultados podrán realizarse propuestas de intervención y de mejora para lograr mejores desempeños en la institución.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Edward, A. L. (1957). Techniques of attitude scale construction. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.

Elliot KM, Shin D. Student Satisfaction: An Alternative Approach to Assessing this Important Concept. Journal of Higher Education Policy and Management 2002; 24(2): 197-209.

Garcia, R., Fernandez, R., Sales, M. A., y Moliner, M. O. (2006). Elaboración de instrumentos de medida de las actitudes y opiniones del profesorado universitario hacia la ética profesional docente y su papel como tranamisor de valores [Electronic Version]. www.uv.es/RELIEVE/v12n1/RELIEVEv12nl_8.htm, 12, 129-149. Recuperado 11/9/2008,

Moriyama IM. Indicators of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Rusell Sage Foundation; 1968.

Nunnally. J.C. (1978). Psychometric Theory. N.Y.: MacGraw-Hill.

Ruiz, J. A., Navarro, J. Mª, Torrente, G. y Rodríguez, Á. (2005). Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCS-18. Psicothema, 17(4), 684-690.

Sander, P., Stevenson, K., King, M. y Coates, D. (2000). University Students' Expectations of Teaching. Studies in Higher Education, 25 (3), 309-323.

Zhai L. Initial Validation of an Instrument to Measure Community College Student Satisfaction 2003. www.ocair.org/files/presentations/Paper2003_04/LizhuanZhai.pdf Accessed 12.20.2010.

AUTORES/AUTHORS:
ANA ISABEL COBO-CUENCA, ROSA Mª CASTELLANOS RAINERO, ASUNCIÓN SÁNCHEZ DONAIRE, INMACULADA VIVO ORTEGA, Mª CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ AGUILERA, RAQUEL CARBONELL GÓMEZ DE ZAMORA

TÍTULO/TITLE:
EVOLUCIÓN DEL ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DURANTE TODAS LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS.

El estrés siempre ha estado presente en la percepción de todos los estudiantes universitarios, los cuales están sometidos a situaciones tales como exámenes, dificultades económicas, necesidad de trabajar, presiones por parte de la familia frente al fracaso o al éxito,… (1,2). Existen distintos estudios que relacionan niveles altos de ansiedad y estrés con bajo rendimiento académico (3,4).
Los estudiantes de enfermería además deben realizar prácticas clínicas en el medio sanitario en las que se van a enfrentar a una gran cantidad de situaciones potencialmente estresoras: el contacto con la enfermedad, el dolor, el sufrimiento, la invalidez y la muerte entre otras. En diversos estudios se han descrito las principales fuentes de estrés en los estudiantes de enfermería, asociándolos con el área clínica y académica, sin olvidar otras áreas presentes como son lo social e interpersonal. (5, 6,7)
Hasta el 2003 no existía ningún cuestionario para identificar y/o medir las fuentes de estrés percibidas por los estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas. Zupiría et al construyeron y más tarde validaron el KEZKAK (8).
Este cuestionario ha sido utilizado en diferentes escuelas de Enfermería: en Jaén, Vigo, San Sebastián, Murcia, Chile, Méjico y Castilla la Mancha. En éstos se refleja una percepción elevada de estrés durante las prácticas clínicas, siendo los ítems más destacados aquellos que hacen referencia a “la falta de competencia”, “impotencia e incertidumbre”, “contacto con el sufrimiento” y “dañarse en la relación con el enfermo” (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15).
Los objetivos de nuestro estudio son 1) Conocer los estresores percibidos por los estudiantes de Enfermería antes y después de las prácticas clínicas; 2) Conocer la evolución de los estresores percibidos a lo largo de la titulación y 3)Medir los niveles de ansiedad de los estudiantes de Enfermería.
Método:
Estudio observacional, longitudinal, prospectivo y multicéntrico realizado el las cuatro Escuelas Universitarias de Enfermería de la Universidad de Castilla la Mancha (UCLM), con los estudiantes de enfermería que realizaron las prácticas clínicas durante los cursos académicos 2009-2010 y 2010-2011. Las variables estudiadas son: Edad, sexo, estudios previos, experiencia laboral, estresores percibidos, ansiedad estado y ansiedad rasgo. Instrumentos: Cuestionario sociodemográfico, STAI para medir la ansiedad y KEZKAK para identificar estresores percibidos. Previo consentimiento informado, se realizaron tres tomas a los mismos estudiantes, la primera antes del inicio de las primeras prácticas y la segunda tras finalizarlas (estudiantes de 2º curso año 2009-2010) y la tercera al terminar todas las prácticas clínicas de 3º (último curso de la diplomatura, año 2010-2011).
Análisis estadístico de datos con SPSS19, mediante frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión, T de Student para medidas repetidas, ANOVA y coeficiente de Correlación de Pearson.
Resultados:
De 398 estudiantes , contestaron en la primera recogida de datos 331 alumnos (83.17 %), a la segunda 315 (79.15%) y a la tercera 299 (75.13%). Contestaron las tres ocasiones 206 alumnos (51.76%).
La edad media fue de 21.9 años (18-48) y el 89.9% (322) eran mujeres. La media de AR fue de 39.53 (DT= 28.11).
Las medias de puntuaciones obtenidas en el KEZKAK fueron: antes del inicio de las prácticas (K1) 69.43 (DT= 18.38), después de las primeras prácticas clínicas (K2) 59.48 (DT= 20.32) y al finalizar la diplomatura (K3) 62.43 (DT= 18.80). Encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las tres tomas de datos.
Destacan “confundirme de medicación”, “hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente”, “meter la pata” y “pincharme con una aguja

infectada".

Discusión e implicaciones para la práctica clínica:

La percepción de estrés durante las prácticas clínicas (KEZKAK) fue evolucionando según las realizaban, de forma que antes de iniciar las prácticas, las calificaron como generadores de muchísimo estrés, para luego disminuir tras el primer periodo práctico y volver a aumentar al finalizar la diplomatura, aunque sin llegar a los niveles de antes realizar sus primeras prácticas. Este fenómeno podría deberse a que ya están terminando la titulación y en un mes ya van a trabajar como enfermeros.

Se aconseja implantar programas dirigidos a los estudiantes de enfermería, que les doten de estrategias de afrontamiento del estrés, habilidades de comunicación y solución de problemas. Esto ayudará a reducir la ansiedad y el estrés generados por las nuevas situaciones a las que se enfrenten, favorecerá el aprendizaje y el currículum del alumnado y conllevará a una mejor salud del estudiante y del futuro profesional y en consecuencia a una mejora en los cuidados enfermeros.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Polo A, Hernández J y Poza C. Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. Ansiedad y Estrés, 1996; 2(3): 159-172.

2. Mendoza L, Cabrera EM, González D, Martínez D, Pérez E, Sancedo R. Factores que ocasionan estrés en estudiantes universitarios. ENE Revista de Enfermería, 2010; 4(3): 35-45. Disponible en http://enfermeros.org/revista.

3. Gutiérrez Calvo, M. Ansiedad y deterioro Cognitivo: Incidencia en el rendimiento académico. Ansiedad y Estrés, 1996; 2(3): 173-194.

7. Sánchez M. Estrés de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Enferm Cient. 1992; 127: 43-6.

8. 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.

9. López Medina I, Sánchez Criado V, Percepción de estrés en estudiantes de enfermería en las practicas clínicas. Enferm Clin. 2005; 15(6): 307-13.

10. Antolin Rodríguez R, Puialto Duran MJ, Moure Fernandez ML. Situaciones de las prácticas clínicas que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. Enfermería Global. 2007; 10: 1-12.

11. Zupiria X, Uranga MJ, Alberti MJ, Barandiaran MT, Hutizi X, Sanz X. Fuentes de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería. Evolución a lo largo de la Diplomatura. Enferm. Clin. 2006; 16(5): 231-7.

12. Basso Musso L et al. Factores derivados de los laboratorios intrahospitalarios que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. Rev.Latino-Am.Enfermagem. 2008;16(5): 805-811.

13. López VF, López MJ. Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de Enfermería en las prácticas clínicas. Cienc enferm [revista en internet] 2011 [acceso 14 de enero de 2011]; XVII(2): 47-54. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n2/art_06.pdf

14. Cobo-Cuenca AI, Rodríguez-Aguilera C, Sánchez Donaire A, Vivo Ortega I, Carbonell Zamora R, Castellanos Rainero R. Estresores y ansiedad de los estudiantes de enfermería en sus primeras prácticas clínicas. Ansiedad y Estrés 2012; 18 (2-3).

15. Cobo-Cuenca AI, Carbonell Zamora R, Rodríguez Aguilera C, Vivo Ortega I, Castellanos Rainero R, Sánchez Donaire A. Estresores percibidos y ansiedad de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Nure Investigación 2010; 49.

AUTORES/AUTHORS:
José Tomás Manzanera Saura, Marzena Mikla, Maria José López Montesinos, Noemí Manzanera Jiménez, Cristina Orenes Villaplana

TÍTULO/TITLE:
Evolución nivel de estrés en los alumnos de la última promoción de Diplomado en Enfermería de una universidad española

Introducción
Las prácticas clínicas son un elemento fundamental en la formación de los/las estudiantes de enfermería, ya que les permiten aplicar los conocimientos teóricos y desarrollar habilidades para la prestación de cuidados a los pacientes. Además, los/las alumnos/as suelen salir satisfechos tras estos períodos prácticos. Sin embargo, son sujetos expuestos con frecuencia a estresores porque, además de enfrentarse a situaciones similares a otros grupos de estudiantes, tales como exámenes, exceso de información o dificultades financieras, entre otras, tienen un estrés añadido al estar inmersos en situaciones potencialmente estresantes durante las prácticas clínicas. El entorno sanitario suele proporcionar muchos estímulos generadores de estrés debido al contacto con las enfermedades, el dolor, el sufrimiento, la invalidez y la muerte de los pacientes, la necesidad de establecer relaciones con diversos profesionales sanitarios y pacientes, así como el hecho de tener que desempeñar un nuevo rol para el que aún no están completamente preparados.
En el trabajo de enfermería hay diferentes fuentes de estrés: unas relacionadas con el rol y otras relacionadas con la organización laboral. En la formación de los estudiantes de enfermería, es fundamental conocer las fuentes de estrés relacionadas con el rol para determinar qué habilidades potenciar y así contribuir a la salud laboral de los futuros profesionales e, indirecta-mente, a un mejor cuidado de las personas atendidas. Además, interesa conocer la evolución de esas fuentes de estrés a medida que el alumno se forma y va adquiriendo experiencia.
Entre las situaciones vividas con más intensidad por los/las estudiantes de enfermería durante las prácticas asistenciales se encuentran: la muerte del paciente, el sufrimiento, el contacto con enfermos terminales y el afrontamiento de la muerte, las situaciones de patología crítica, el paro cardiorrespiratorio, la relación con el enfermo y su familia, y la diferencia entre la teoría y la práctica. Las relaciones con los profesionales, los sentimientos de impotencia y la falta de conocimientos y destreza en las técnicas son los aspectos que más preocupan a los/las alumnos/as de enfermería.
Es importante conocer las situaciones percibidas como más estresantes por los/las estudiantes de enfermería en el desarrollo de sus prácticas clínicas para poder intervenir con actividades educativas de entrenamiento en estrategias de afrontamiento específicas, para la reducción de los estresores más comunes. Con ello se pretende que reaccionen de una forma adaptativa a dichos estímulos estresantes para evitar que puedan afectar negativamente a su formación práctica y a su propia salud.

Objetivos
- Conocer los factores desencadenantes de estrés en los alumnos de enfermería a lo largo de la diplomatura.
- Identificar la asociación entre el estrés y las variables género y curso académico del alumno.
- Analizar la evolución del nivel de estrés y sus desencadenantes a través de la diplomatura.

Metodología
Estudio descriptivo, transversal, sobre factores desencadenantes de estrés en alumnos de enfermería durante prácticas clínicas a lo largo de la diplomatura.
Muestra: Alumnos última promoción de Diplomado en Enfermería, que cursaron su estudios en la Universidad de Murcia durante los cursos 2008/09; 2009/10 y 2010/2011.

Instrumento medición: Cuestionario consta de 12 ítems, con 4 respuestas posibles según escala tipo Likert: nada (1); algo (2); bastante (3) y mucho (4). Este cuestionario abarca 12 ítems que resumen el cuestionario KEZKAK, (este instrumento tiene una alta consistencia interna (a de Cronbach=95) y una considerable fiabilidad (0,72 a los 2 meses y 0,68 a los 6 meses). Se ha considerado estrés en aquellos ítems que obtuvieran una puntuación media igual o superior a 2,5.

Los 12 ítems del cuestionario son los siguientes: 1) Manejo de nuevas tecnologías; 2) Desconocimiento ante una situación clínica; 3) Contacto con el sufrimiento; 4) Relaciones con los profesionales en las prácticas; 5) Impotencia e incertidumbre ante situaciones determinadas; 6) No saber controlar las relaciones con el paciente; 7) Implicaciones emocionales con el enfermo; 8) Riesgo a sufrir contagio, daños o lesiones en la relación con el paciente; 9) Riesgo a dañar al paciente; 10) Relaciones con los familiares del paciente; 11) Exceso-sobrecarga de trabajo y 12) Evaluación de las prácticas clínicas.

Temporalidad: Mayo de 2009, 2010 y 2011. Se les pasó el cuestionario a los alumnos coincidiendo con la asistencia obligatoria a seminarios en aula, con el fin de aumentar el índice de respuesta. Se eligió esta fecha para que los alumnos de 2º curso y hubiesen cursado su ciclo práctico de 6 semanas en los centros hospitalarios correspondientes. Los alumnos de 1º curso no realizar prácticas en centros hospitalarios, solo las prácticas de sala en las aulas de prácticas de la universidad. El cuestionario se realizaba de forma anónima y voluntaria, previa explicación del estudio, como rellenarlo y la confidencialidad de los datos.

Análisis datos: Base de datos Excell y paquete estadístico SPSS, 15.0.

Se ha realizado un análisis descriptivo de los 12 factores que componen el cuestionario y su asociación con las variables género y curso académico del alumno.

Resultados

De los 801 cuestionarios repartidos, se consideraron válidos 752 (93.28%). De ellos: 545 (72,47%) mujeres y 207 (27,43%) varones. Por curso obtuvimos 231 (30.71%) cuestionarios de primer curso; 261 (34.70%) de segundo y 260 (34.57%) de tercero. Edad media, 22,08 años (rango 18 -49 años). En relación a la edad observamos la siguientes puntuación: hasta 22 años 2.57 y los mayores de 22 años 2.43 pts. De 12 factores estresantes, 6 presentan nivel alto de estrés puntuación igual o superior a 2.5, (considerado alto estrés más de 2.5 puntos) y ningún factor puntuación igual o superior a 3 en las medias de cada factor de la promoción estudiada. Se presenta más estrés en mujeres (2.56) que en hombres (2.51). Los 3 factores con mayor puntuación de la promoción son: desconocimiento ante situaciones clínicas (x: 2.99), Impotencia e incertidumbre ante situaciones determinadas (x: 2.90) y Riesgo a dañar al paciente (x: 2.90).

Estos tres factores son coincidentes por sexos, variando su orden: varones 1º riesgo a dañar al paciente (x: 3.00), y mujeres: 1º desconocimiento ante una situación clínica (x: 3.02). En la media de puntuación global por curso observamos como esta disminuye de más a menos estrés conforme avanzan por la diplomatura. (1º: 2.72; 2º: 2.57 y 3º: 2.36)

Discusión

Hemos obtenido una alta participación, 752 cuestionarios de 801 repartidos (93.28%). Se observa que al inicio de la carrera hay 7 factores con puntuación mayor de 2.5, 4 de ellos por encima de 3 puntos, que van disminuyendo conforme avanza la titulación, siendo 4 con más de 2.5 puntos en 3º curso. Al igual que en otros estudios se aprecia una disminución del nivel de estrés conforme avanza la diplomatura. De igual manera obtuvimos un mayor nivel de estrés entre las mujeres que los varones y en los menores de 23 años de edad.

Entendemos que la inexperiencia, miedo al riesgo físico, desconocimiento del medio, y escasa o mediana formación académica del alumno, lo que genera más estrés. El hecho de tratarse de una población en formación y no tener aún la habilidad y seguridad suficientes para la prestación de cuidados puede explicar que el miedo a realizar un trabajo incorrecto y perjudicar al paciente, pincharse con una aguja infectada y contagiarse a través del paciente sean los aspectos que les produzcan más estrés. Por el contrario, la relación con los distintos estudiantes, profesionales, tutores y pacientes es lo que menos estrés les produce, quizá porque esto no pone en peligro la seguridad del paciente ni la suya propia y porque están más formados y capacitados para establecer relaciones sociales. Implicación práctica: consideramos necesario seminarios previos a las prácticas clínicas que formen e

informen, al alumno en aspectos relacionados con el trato con el enfermo, medidas preventivas y autocuidado ante riesgo de salud, toma de decisiones, afrontamiento de problemas y trabajo en equipo, como oportunidad de mejora del proceso enseñanza aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.- Zupira Gorostidi, X et al. KEZKAK. Cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Gaceta Sanitaria, enero 2003; 17(01): 37-51.
2.- Zupiria-Gorostidi, Xabier et al. Fuentes de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería. Evolución a lo largo de la diplomatura. Rev. Enfermería Clínica. 2006; 16(5):231-237
3.- Antolín Rodríguez, R. et al. Situaciones de las prácticas clínicas que provocan estrés en los estudiantes de Enfermería. Rev. Enfermería Global. Mayo 2007; secc. Clínica 6 (10) 1-12. Disponible en: www.um.es/eglobal.html (Consultada el 12 de mayo de 2012)
4.- López-Medina, Isabel M. y Sánchez-Criado, V. Percepción del estrés en estudiantes de Enfermería en las prácticas clínicas.. Rev. Enfermería Clínica. 2005; 15(6):307-313.
5.- Sanjuán Quiles, Angela y Ferrer Hernández, Mª Elena. Perfil emocional de los estudiantes en prácticas clínicas. Acción tutorial en enfermería para apoyo, formación, desarrollo y control de las emociones. Rev. Invest. Educ. Enferm. 2008; 26(2):226-235.
6.- Alves Apóstolo JL. et al.Evaluación de los estados emocionales de estudiantes de enfermería.. Index Enfermería. 2007 Jun; 16(56): 26-29.Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100006&lng=es&nrm=iso
7.- Benbunan-Bentata, B et al. Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención. International Journal of clinical and Health Psychology, 2007. Vol. 7 (1): 197-205.
8.- Cobo Cuenca, AI et al. Estresores y ansiedad de los estudiantes de enfermería en sus primeras prácticas clínicas. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010 Nov-Dic.; 7(49). Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/NURE49_proyecto_estresoresp.pdf
9.- Ticona Benavente BS, et al. Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la Facultad de Enfermería UNAS Arequipa. Rev. Enfermería Global vol 9 nº19 Junio 2010.
10.- Fernández Martínez, ME et al. Nivel de estrés de los estudiantes de enfermería. Un estudio comparativo con otras titulaciones. Presencia 2005 jul-dic;1(2). Disponible en: http://www.index-f.com/presencia/n2/24articulo.php

Mesa de comunicaciones 10: Nuevas tecnologías

Concurrent session 10: New technologies

AUTORES/AUTHORS:
SERAFÍN FERNÁNDEZ SALAZAR, ANTONIO JESÚS RAMOS MORCILLO, RAÚL FERRER PEÑA, MIGUAL ANGEL MAÑEZ ORTIZ, EMMA PEREZ ROMERA, OLGA NAVARRO MARTÍNEZ, CARLOS NÚÑEZ ORTIZ

TÍTULO/TITLE:
Análisis de la iniciativa colaborativa “Mírame, Diferénciate”: mejorando la asistencia sanitaria a través de Internet.

OBJETIVOS

Describir el alcance de los contenidos de la Web “Diferenciate.org”

Analizar la difusión de la iniciativa a través de las redes sociales.

MÉTODO

Ámbito: Web de la iniciativa colaborativa “Mírame, Diferénciate” (Sitio Web: www.diferenciate.org).

Diseño: Estudio descriptivo y observacional de la Web de la iniciativa desde su publicación en Internet el 12 de Diciembre de 2011 hasta el 31 de Mayo de 2012.

Variables: Las variables estudiadas se han agrupado en cuatro bloques: contenidos, visitas, tráfico, adhesiones.

Análisis: Descriptivo mediante frecuencias y porcentajes. Los datos han sido recogidos mediante dos aplicaciones para estadísticas Web. Una de ellas incluida en el servidor de la propia `página (1&1) y la segunda, mediante una aplicación (JetPack para Wordpress) propia del Software con el que se diseña y organiza la Web.

RESULTADOS

Contenidos: Hasta la fecha de observación, la Web contiene 40 post publicados, 19 páginas, 6 categorías, 64 etiquetas y 400 comentarios. La página más visitada ha sido la principal (56493 visitas – 15.02%) lugar desde el que se da acceso al resto de recursos de la misma.

Visitas: En el periodo evaluado se han registrado 185657 visitas (1073.16 visitas/día) y 389287 páginas vistas (2.09 páginas/visita). El tiempo medio de estancia por visita es de 50 segundos.

Tráfico: Se ha accedido a la Web a través de 29627 páginas de referencia, siendo las principales: Facebook (6590 / 22.24%), Twitter 4969 (16.77%) y Google 3039 (10.20 %). El principal buscador ha sido Google, utilizándose en el 96% de los casos. La palabra clave más utilizada ha sido “diferénciate” (18.47%) y “comunicación” (2.73%).

Adhesiones: La iniciativa ha contado con 282 adhesiones de blogs y Webs, las cuales han realizado difusión de la iniciativa a través de diferentes recursos y enlaces. Además, también se han sumado 41 Organizaciones Sanitarias y Científicas, 1908 personas a través de Facebook, 1254 en Twitter y 223 a través del formulario Web de adhesión para profesionales.

DISCUSIÓN

La utilización de herramientas 2.0 para la realización de iniciativas colaborativas a través de Internet, con el fin de mejorar la asistencia sanitaria, es cada vez más frecuente (1). “Mi vida sin ti” (2), el “Manifiesto de Salud 2.0”(3) o la iniciativa “24 horas, 24

post, por la visibilidad de los cuidados de enfermería" (4) son algunos ejemplos de iniciativas colaborativas que han contando con un seguimiento importante en Internet en nuestro país.
En este sentido, y tal y como nos dice Calvo Calvo MA (5), las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) pueden y deben ser aprovechados por las enfermeras y nos ofrecen la posibilidad de comunicar nuestra identidad masivamente y llegar a toda la sociedad.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Las herramientas 2.0 nos permiten realizar un trabajo colaborativo en el que personas con diferentes perfiles profesionales pueden trabajar en pro de un objetivo común. De igual manera, la realización de iniciativas de este tipo puede constituir un gran avance en lo que respecta a la visibilidad de los cuidados de enfermería ante la comunidad científica y ante la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ramos Morcillo, Antonio Jesús; Fernández Salazar, Serafín. El blog: una herramienta para visibilizar y mejorar los Cuidados de Enfermería. Evidentia [Internet]. 2011 abr-jun [citado 8 Sep 2012]; 8(34). Disponible en: http://www.indexf.com/evidentia/n34/ev3400.php

2. Mi vida sin ti [Internet] España: autores varios. 2011. [Consultado el 8 de Septiembre de 2012] Disponible en: http://mividasinti.drupalgardens.com/

3. Manifiesto Salud 2.0 [Internet]: autores varios. 2010. España. [Consultado el 8 de Septiembre de 2011] Disponible en: http://www.salud20.es/manifiesto/

4. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo AJ. Cuidando.es [Internet] España 2010. 24h-24p. [Consultado 8 Sep 2012] Disponible en: http://www.cuidando.es/24h24p-2012

5. Calvo Calvo, Manuel Ángel. Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. Index de Enfermería [Internet]. 2011; 20(3) [citado 8 Sep 2012]. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/v20n3/0184.php

AUTORES/AUTHORS:
Javier Iniesta Sánchez, David Armero Barranco, Concepción Corbalán Dólera, Mª José Terón Martínez, Ángeles del Rosario Sáez Soto, Juan José Rodriguez Mondéjar, Ana Mª Muñoz Navarrete, Gloria Muñoz Pérez, Jésus Megías

TÍTULO/TITLE:
ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS DEL REGISTRO ELECTRÓNICO DE GUARDIAS DE ENFERMERÍA

Introducción
El intercambio de información entre los mandos y las unidades de Enfermería es imprescindible para el correcto funcionamiento de los mismos, así como para la organización.
La herramienta utilizada para este fin había sido hasta ahora el libro de registro de incidencias de la guardia en soporte papel, que permitía recoger las incidencias surgidas y actuaciones llevadas a cabo, con todas las connotaciones y dificultades que ello suponía, como: problemas de legibilidad, posibles pérdidas de información o del soporte escrito en el que se registraban las incidencias, así como, la limitación para la difusión y accesibilidad de la información.
Se decidió diseñar un registro en soporte electrónico al que tuvieran acceso todos los supervisores y la Dirección de Enfermería, tanto para el registro de incidencias durante las guardias, como para el intercambio de información de los supervisores de unidades y dirección hacia el supervisor de guardia, algo que era muy dificultoso anteriormente.
El libro de guardia creado se denominó “MAKTUB” y fue instalado en la intranet del centro, siendo necesaria la identificación con el login personal y contraseña para el acceso. Este aplicativo permite la creación de registros de incidencias o notas consideradas de interés para la organización y funcionamiento de la División de Enfermería, permitiendo su clasificación en distintas categorías y subcategorías, así como la asignación a la unidad relacionada con la incidencia.
Las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TICs) han supuesto la posibilidad de compartir, a tiempo real, la información que se genera en nuestro entorno entre diversos individuos o grupos, independientemente de las distancias. Las TICs han ganado un importante peso en nuestras vidas, conformando lo que se denomina la sociedad de la información, principalmente derivada del impacto que ha supuesto Internet. Constituyendo de este modo un elemento que agiliza la gestión de las organizaciones complejas, como son las sanitarias, (Gagnon 2009).
Siguiendo las premisas de Wei (1999), el uso eficiente de la información facilita a una organización convertirse en una “organización inteligente”, capaz de evolucionar y adaptarse a los cambios del entorno, ir adquiriendo nuevos conocimientos y procesar la información para llevar a cabo una adecuada toma de decisiones. En esta línea, los sistemas de información que se desarrollan en la actualidad, van más allá de la automatización de procesos. Su misión persigue la transformación de los datos en conocimiento y éste en un valor añadido para la empresa tal como afirmaba Davenport et al., 2001).
Las TICs no sólo procesan información sino que, en combinación con otros recursos y capacidades, gestionan conocimiento. El enfoque del “Knowledge Management” representa la base que integra otros sistemas y tecnologías para facilitar el desarrollo, almacenamiento y flujo de conocimiento a lo largo de toda la organización.
Desde una aproximación a la gestión en Enfermería, diversos estudios como el de Tejeda y Ruiz (2010), apuntan a las aplicaciones que las TICs tendrían en la génesis de nuevos modelos de gestión, por lo que el staff de líderes enfermeros debe adquirir competencias tecnológicas e informáticas.
El sistema sanitario español aboga por la implementación de las nuevas tecnologías, como desarrollo de los distintos proyectos europeos existentes tales como el “European projecton health ICT implementation”, “epSOS” Proyecto Europeo de Salud Electrónica, la iniciativa “Europeane Health Governance”, o el plan e-Health para lo que se puso en marcha el Plan Avanza, que establece las distintas áreas susceptibles de mejora a través de herramientas TICs, como la historia clínica, tarjeta sanitaria, etc.,.
Objetivos

Una vez implantada dicha herramienta ha sido necesario conocer su utilidad, nivel de implantación, explotación de información y posibles mejoras en su operatividad, por lo que se plantearon los siguientes objetivos:

• Cuantificar las incidencias registradas y su categorización por áreas.

• Conocer la distribución de las incidencias notificadas por centros y unidades.

• Comparar el número de notificaciones entre las diferentes unidades.

Metodología

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo de las incidencias notificadas en el registro electrónico por los supervisores de Enfermería y la Dirección durante el año 2011, en el Área de Salud VII Murcia-Este, formada por el hospital general universitario reina Sofía de nivel II, 10 centros de salud, 2 Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) y un Punto de Atención Continuada (PAC). La fuente de datos fue el registro electrónico “MAKTUB”. La recogida de datos se realizó en enero de 2012, estudiando todas las incidencias producidas en 2011.

Variables estudiadas:

• Incidencia en el área de recursos humanos y materiales, farmacia, bajas, ausencias, mantenimiento, traslados, unidades y centros de notificación, entre otras.

• La variable “unidades” engloba a todas las unidades, departamentos y servicios del Área. Creándose “Fac Varios” para aquella información de carácter general no imputable a ninguna unidad en concreto.

• Se agruparon las 5 unidades de hospitalización médica bajo la denominación de “bloque médico” y las 3 de hospitalización quirúrgica, junto a reanimación y quirófano como “bloque quirúrgico”. Para la comparación de ambos bloques.

• El Área de Salud 7 de Murcia cuenta con dos turnos de noche fijas, denominados “Noches A” y “Noches B”, que se contrastaron entre ellos y respecto a la media de las incidencias (unidad/mes).

Los datos se analizaron con el pack SPSS v17, expresando los resultados mediante frecuencias y porcentajes, se hallaron medidas de tendencia central y se realizó el test de t de student para la comparación de medias.

Resultados

Se analizaron un total de 3367 incidencias, de las cuales, el 58% se encontraban categorizadas, y el 84% estaban asociadas a una unidad fueron. Sobresalen por número incidencias “recursos humanos” con un 42.6% que presentó una media de 69,16 DE 16.1 y “otras incidencias” con el 27,7%. La evolución de las subcategorías que conforman recursos humanos a lo largo del año, se mostraron estables para “sustituciones” y “otras ausencias”, con una media 11.5 DE 5.3 y 18.6 DE 4.5. La subcategoría “bajas”, presentó una media anual de 39.5 DE 14.5, un rango 18-70, y mediana de 27. El 89.1% de los traslados correspondieron a pacientes, con una media de 13.6 DE 4, siendo el valor de la moda 18. Las incidencias relacionadas con recursos materiales supusieron un 11% y presentaron una media mensual de 17.9 DE 7, con un máximo de 33 que correspondió al mes de diciembre. Para la categoría “farmacia” la media de incidencias mensuales en el año se situó en 4.9 DE 3.8., constituyendo un 3% del total de incidencias categorizadas. Se analizaron un total de 33 unidades, presentándose una media de 7.1 ± 7.1 por unidad/mes, 7 unidades presentaron medias de incidencias registradas por mes significativamente superiores, al igual que los bloques médico y quirúrgico, mientras que 14 referían valores medios significativamente inferiores, como habrán podido comprobar en la tabla IV del documento. Al comparar los bloques médico y quirúrgico se obtuvo una media de 49.5 ± 15 y 35,5 ± 11,4 incidencias para cada bloque respectivamente, con una diferencia significativa $p=0.018$. Para las noches fijas no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos, respecto al global de registros, excepto al contrastar la categoría de recursos humanos, en la que se hay una diferencia significativa con $p<0.001$, al igual que ambos turnos de noches presentaron un valor superior a la media de incidencias unidad/mes con $p<0.001$ con respecto al resto de unidades en la categoría recursos humanos.

Discusión

El desarrollo de la herramienta MAKTUB y su implementación, para la creación, almacenamiento y difusión de la información, permite el intercambio de la misma entre los distintos miembros que componen el equipo de dirección y los mandos intermedios, en

concordancia con los resultados obtenidos por Revilla (1991).
MAKTUB posibilita el uso de la información de una forma eficiente, de manera que se progrese hacia una “organización inteligente”, que evoluciona y se adapta a los cambios y necesidades que se van produciendo en el entorno, debido a los conocimientos que se adquieren por el procesamiento de la información, facilitando la toma de decisiones, como sostiene Wei (1999).
Favorece la transformación de la información en conocimiento compartido, a través del uso correcto de la misma y su distribución entre los componentes de la organización, de forma que se instaura una cultura del “Knowledge Management”, en la que este sistema de información actúa como catalizador en los procesos comunicativos tanto internos como externos, rompiendo las barreras de la organización, tanto temporales como espaciales, y proporcionando la explicación necesaria para que los distintos agentes puedan desempeñar sus actividades. Así se vence una de las barreras identificadas por Prieto, Suess y March (2005) para el desempeño de las funciones de la supervisión de Enfermería, que se centraba en los problemas derivados de la comunicación interna.
MAKTUB es un registro electrónico y los profesionales de Enfermería tienen como asignatura pendiente la adquisición de competencias tecnológicas e informáticas, (Omike et al 2011), lo que explicaría el déficit de cumplimentación correcto de este registro.
La categoría “Recursos humanos” es la que ha presentado la tasa más elevada de registros, comportándose las subcategorías de “sustituciones” y “otras ausencias” de forma estable durante todo el año, en cambio la subcategoría “bajas” ha mostrado una alta variabilidad en la distribución de incidencias para cada mes. Al ser este un estudio descriptivo no se han buscado las causas que pueden explicar estas variaciones, lo que abre una nueva línea de investigación. Respecto al resto de categorías, se presenta una distribución similar para cada mes, a excepción de “mantenimiento” que obtiene valores máximos en los meses de noviembre y junio, coincidiendo con la puesta en marcha de los sistemas de calefacción y aire acondicionado respectivamente.
Respecto a la aplicación práctica de este estudio, debe destacarse que el conocimiento de las incidencias según las unidades de origen y la categoría a la que pertenecen, permiten desarrollar líneas de investigación para establecer la causalidad de dichas incidencias, y por tanto desarrollar políticas y estrategias que faciliten la toma de decisiones, anticipándose a los principales problemas que se plantean durante las guardias o en la gestión habitual en la División de Enfermería, optimizando así la utilización de los recursos existentes, e incrementando la participación de los mandos intermedios.
Conclusiones
1. Las TICs facilitan la explotación de la información, generando el conocimiento de la situación real, lo que permite a la Dirección de Enfermería elaborar estrategias para la solución de las incidencias que se producen durante los periodos de guardia en los que no está presente, anticipándose de esta manera a las mismas.
2. Las unidades del bloque médico generan un mayor número de incidencias en comparación con las del bloque quirúrgico, al igual que los turnos de noches fijas respecto a la media del resto de unidades.
3. Establecer la relación entre cada unidad y el número de incidencias que se producen, genera un conocimiento que facilita la toma de decisiones por parte de los supervisores y la Dirección de Enfermería.
4. Existe una gran variabilidad entre el número de incidencias notificadas por unidad, lo que nos abre nuevos campos para investigar los motivos y si estas diferencias se deben al azar, se produce una infranotificación, u otras posibles causas derivadas de la gestión.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Clancy TR, Effken JA, PesutD.Applications of complex systems theory in nursing education, research, and practice.Nurs Outlook. 2008 Sep-Oct;56(5):248-256.e3. Review.
Fernández Martín, Myriam; Cibanal Juan, Luis. Los sistemas de Información Guiados por el Conocimiento. El futuro de los Registros

Enfermeros.Rev Tesela.2009 ene-jun.
Gagnon MP, Légaré F, Labrecque M, Frémont P, Pluye P, Gagnon J, Car J, Pagliari C, Desmartis M, Turcot L, Gravel K. Interventions for promoting information and communication technologies adoption in healthcareprofessionals. Cochrane DatabaseSyst Rev. 2009 Jan 21;(1):CD006093.
March, J. M. (2000). Profesionales y gestores ante la comunicación interna en el programa de Salud Maternoinfantil de Andalucía. AtenciónPrimaria , 25, 16-21.
Marie-Pierre Gagnon, France Légaré, Michel Labrecque, Pierre Frémont, Pierre Pluye, Johanne Gagnon, Josip Car, Claudia Pagliari, Marie Desmartis, Lucile Turcot, Karine Gravel. Intervenciones para la promoción del uso de tecnologías de la información y la comunicación entre profesionales sanitarios (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. CD006093. Chichester, UK: John Wiley& Sons, Ltd.).
Omoike O, Stratton KM, Brooks BA, Ohlson S, Storfjell JL. Advancing nursing leadership: a model for program implementation and measurement.NursAdm Q. 2011 Oct-Dec;35(4):323-32.
Phillips J. Knowledge is power: using nursing information management and leadership interventions to improve services to patients, clients and users. J KnursManag. 2005 Nov;13(6):524-36.
Prieto, M. S. (2005). De gestoras de recursos a gestoras de cuidados: opiniones y expectativas de las supervisoras sobre su nuevo rol profesional. Enfermería Clínica , 15 (6), 315-322.
Román López, P.La comunicación en los gestores de enfermería: un papel fundamental RevEspCom Sal. 2011;2(1): 46-54.
Schleyer RH, Burch CK, Schoessler MT. Defining and integrating informatics competencies into a hospital nursing department. ComputInformNurs. 2011 Mar;29(3):167-73.
Silva, IzaSherolize Américo da; Marques, Isaac Rosa. Expertise and barriers in the use of resources of information and communication technology by nursing faculties / Journal of health informatics 3(1), mar. 2011.

AUTORES/AUTHORS:
Beatriz Rivas Eguía, Patricia Gallardo García, Sara Gil Useros, María Montealegre Sanz, Araceli Faraldo Cabana, Juliana González Martín

TÍTULO/TITLE:
Experiencia con el uso del catéter reservorio subcutáneo en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos de

INTRODUCCIÓN:
Los accesos vasculares centrales son utilizados para la administración de toda clase de tratamientos intravenosos: quimioterapia1, nutrición parenteral, transfusiones, medicación hiperosmolar e irritante, etc. Además se pueden emplear para extraer muestras sanguíneas .
El reservorio subcutáneo es un catéter venoso central totalmente implantado y de larga duración2,3. El portacath®, en concreto, consta de un portal subcutáneo (unicameral) de titanio, con una membrana autosellante de silicona comprimida a alta presión y conectada a un catéter de silicona radio-opaco cuyo extremo proximal se inserta en la unión de la vena cava superior y de la aurícula derecha4.
Para asegurar un correcto acceso al reservorio se debe realizar mediante técnica estéril y percutánea, accediendo a la membrana mediante una aguja especial tipo Hubber®5 y llegando hasta la cámara que va unida al catéter. El calibre de la aguja Gripper® determinará la mayor duración del catéter reservorio, la duración aproximada se estima alrededor de 2000 punciones.
El reservorio subcutáneo es un acceso venoso rápido, seguro y eficaz6. La técnica de punción requiere un sencillo aprendizaje y nos permite evitar múltiples punciones que pueden llegar a afectar a la calidad de vida del paciente7 y aumentar el gasto económico, tanto en recursos materiales como en personales.
Existen numerosos antecedentes bibliográficos referentes al manejo del reservorio8, así como a las complicaciones asociadas a la manipulación9,10 y otros aspectos del uso11. Sin embargo no hemos encontrado bibliografía, ni a nivel nacional ni a nivel internacional, en la que se haya estudiado su utilización fuera de las unidades habituales de oncohematología.

OBJETIVO:
El objetivo del estudio es conocer el uso del reservorio subcutáneo en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

MATERIAL Y METÓDOS:
Se trata de un estudio descriptivo transversal.
Los sujetos de estudio fueron todos los pacientes, mayores de 18 años, que ingresaron en la Unidad de Oncología Médica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid durante un período de 10 meses consecutivos. Se excluyeron aquellos pacientes que ingresaron de forma programada, debido a que no pasaron por el Servicio de Urgencias.
Se registraron las variables sociodemográficas del paciente, edad y sexo, y el diagnóstico principal. También se investigó si el paciente era o no portador de algún tipo de acceso venoso central, y de ser así, qué tipo de acceso venoso era y si se había utiliza en el Servicio de Urgencias.
El análisis de los resultados se realizó mediante el programa SPSS 17.0 para Windows. Los resultados de las variables cuantitativas se expresan con su media y desviación típica y las variables cualitativas en porcentajes.

RESULTADOS:
Durante el periodo de estudio (desde noviembre de 2010 y durante 10 meses consecutivos) ingresaron en la Unidad de

Oncología Médica del Hospital Clínico San Carlos 251 pacientes de los cuales, se excluyeron 23 por no haber pasado por el Servicio de Urgencias para su ingreso, quedando una muestra final de 228 pacientes.

La edad media (±desviación típica) era de 64.78 ± 15,16. Un 51,4% eran hombres frente al 48,6% de mujeres. En casi la mitad de los pacientes, el diagnóstico principal era cáncer de pulmón (18%) o colorrectal (13.2%)

De los pacientes ingresados durante el periodo de estudio en la Unidad de Oncología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, y que habían pasado por el Servicio de Urgencias al ingreso, un 32% era portador de algún tipo de acceso venoso central, de ellos un 86,3% era portador de catéter central con reservorio subcutáneo, tipo portacath®.

Observamos que en la mayoría de estos casos, el catéter reservorio portacath® se usó en el Servicio de Urgencias (Gráfica 2), sin embargo, encontramos que en un 14,1% de los casos no se usó y del 85,9% en los que sí se usó un 20,8% portaba además una vía periférica.

DISCUSIÓN:

Al no existir estudios previos sobre el uso del catéter reservorio portacath® fuera de los servicios oncohematológicos, el nuestro se convierte en un primer acercamiento a la materia, abriéndonos camino para realizar investigaciones posteriores.

Además, tras conocer los resultados de nuestro estudio, observamos que hay un porcentaje de pacientes en los que, a pesar de disponer de un acceso venoso central, éste no se utiliza, o se hace en combinación con vías venosas de acceso periférico. Por ello hemos planteado una segunda fase que describa las causas por las que no se ha usado el catéter reservorio como primera opción. De esta manera podremos plantear soluciones que permitan optimizar su utilización.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1 Souters, R, et al. Port-a-Cath, a totally skin-covered venous access system for long-term cytotoxic treatment. South African medical journal=Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde, 1989, Vol. 75 (3): 146-7.
2 Ku, Yee-Huang, et al. Port-A-Cath implantation using percutaneous puncture without guidance. Annals of surgical oncology. 2009, Vol. 16 (3): 729-34.
3 Orsi, F, et al. Ultrasound guided versus direct vein puncture in central venous port placement.
4 Mª Carmen Carrero Caballero, Tratado de administración parenteral.
5 Loutfi, A, et al. The need to use the Huber-point needle in the Port-A-Cath implantable device. Canadian journal of surgery. Journal canadien de chirurgie, 1997, Vol. 30 (2): 75, 99.
6 Laffer, U, et al. Surgycal experiences with 191 implanted venous Port-a-Cath systems. Recent results in cancer research. FORTSCHRITTE DER Krebsforschung. Progrès dans les recherché sur le cancer. 1991, Vol. 121
7 Borst, CG, et al. Totally implantable venous access ports, the patient's point of view. A quality control study. Cancer nursing 1992, Vol. 15 (5): 378-81.
8 Vescia, S.; Baumgärtner A.K; Jacobs, V.R.; Kiechle- Bahat, M.; Rody, A; Loibl, S. et al. Management of venous port systems in oncology: a review of current evidence. Annals of Oncology 2008, 19:9-15
9 Mismetti, P.; Mille, D.; Laporte, S.; Charlet, V.; Buchmuller-Cordier, A.; Jacquin, J.P. et al. CIP Study Group. Low-molecular-weight (nadroparin) and very low doses of warfarin in the prevention of upper extremity thrombosis in cancer patients with indwelling long-term central venous catheters: a pilot randomized trial. Haematologica 2003, 88: 67-73.
10 Ruiz Martínez, MJ.; Castillo de la Rosa, E. Manipulación y cuidados de un reservorio venoso. Revista Metas de Enferm. 2002, 48: 15-18.
11 Gallieni, M; Pittiruti, M; Biffi, R. Vascular Access in oncology patients. CA Cancer J Clin 2008; 58:323-346.

AUTORES/AUTHORS:
SERAFÍN FERNÁNDEZ SALAZAR, ANTONIO JESÚS RAMOS MORCILLO, BENITO LUIS PÉREZ PÉREZ, EVA MARÍA CARRANZA MIRANDA, JUANA MARÍA GRANERO MOYA, JOSÉ CARLOS BELLIDO VALLEJO, FRANCISCO RODRÍGUEZ CASTILLA, MARÍA EVA MORENO PINEL, MARÍA AUXILIADORA MARÍN GÓMEZ

TÍTULO/TITLE:
Visibilizar los Cuidados de Enfermería a través de un blog: el caso de Cuidando.es

OBJETIVOS

Describir la difusión de los contenidos del Blog “Cuidando.es” en Internet.

MÉTODO

Ámbito: Blog “Cuidando.es” con presencia en Internet desde el 20 de febrero de 2010. (Sitio Web: www.cuidando.es).

Diseño: Estudio descriptivo, observacional de los resultados analíticos del Blog “Cuidando.es” desde el 22 de marzo de 2012 hasta el 31 de Mayo de 2012.

Variables: Las variables estudiadas se han agrupado en tres bloques: Contenidos (publicaciones realizadas en el blog), Visitas (número de accesos realizados) y Tráfico (páginas de procedencia de los accesos).

Análisis: Descriptivo mediante frecuencias y porcentajes. Los datos han sido recogidos mediante la aplicación estadística incluida en el servidor de la propia Web (AWStats).

RESULTADOS

Contenidos: En el tiempo descrito, el blog ha publicado 34 publicaciones de los cuales el 29,41% (10) están relacionados con E-Salud y el uso de herramientas 2.0, el 26.47% (9) con aspectos de la práctica clínica enfermera y el 23,52% (8) con materiales audiovisuales y recursos de interés para la profesión.

Visitas: En el periodo evaluado se han registrado 78372 visitas, con 26798 usuarios distintos (2.92 visitas por usuario). Además, se ha visitado 297895 páginas (3.8 páginas por visita). La media de duración de las visitas es de 246 segundos. La página más visitada ha sido la principal, 67760 accesos, lugar donde pueden leerse las 8 últimas publicaciones del Blog.
Para el análisis no se ha tenido en cuenta las visitas generadas por robots o respuestas de código especial, que alcanzaron las 225037 páginas.

Tráfico:
El 46,48% de los usuarios proceden de España (138490 páginas), seguido de Estados Unidos con un 25,02% (76212 páginas). El 76% (110875 páginas) de los usuarios acceden de manera directa o desde sus Favoritos, el 14,1% (20690) desde algún buscador, siendo Google el más utilizado, y el 7,3% (10724) desde enlaces externos (siendo Facebook y Twitter la principales vías de acceso). Respecto a los buscadores, el acceso al blog se ha producido por 6877 frases clave diferentes, siendo “cuidando.es” la más utilizada

(2,2%) seguida de “como se hace un póster” (1,2%).

DISCUSIÓN
El análisis de las estadísticas del blog permite a los autores configurar y publicar contenidos que giren en torno a los intereses de los usuarios.
Existe una coincidencia entre las preferencias de búsqueda por parte de los usuarios y las publicaciones más visitadas en el blog. El que la mayor parte de los usuarios accedan de manera directa o desde los Favoritos y el tiempo medio de estancia en el blog, así como la cantidad de accesos podrían indicar que es un lugar de interés visitado con frecuencia por los usuarios.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.

La presencia de enfermeras en las Redes sociales e Internet es cada vez mayor (1). Muchas de ellas, utilizan los blogs como una forma de compartir y generar conocimiento (2). En este sentido, las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) pueden ser aprovechados por las enfermeras y nos ofrecen la posibilidad, de comunicar nuestra identidad masivamente, llegar a toda la sociedad y a la comunidad científica (3). Consideramos que la evaluación del impacto de los blogs sobre la formación y el conocimiento de las enfermeras debería ser tenida en cuenta en futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Health Care Social Media Europe capítulo España (HcsmeuES) Wikisanidad [Internet] Enfemería española (blogs). España 2011. [Consultado el 8 de Septiembre de 2012] Disponible en: http://wikisanidad.wikispaces.com/Enfermer%C3%ADa+Espa%C3%B1ola+%28blogs%29.
2. Ramos Morcillo, Antonio Jesús; Fernández Salazar, Serafín. El blog: una herramienta para visibilizar y mejorar los Cuidados de Enfermería. Evidentia [Internet]. 2011 abr-jun [citado 8 Sep 2012]; [8(34). Disponible en: http://www.indexf.com/evidentia/n34/ev3400.php
3. Calvo Calvo, Manuel Ángel. Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. Index de Enfermería [Internet]. 2011; 20(3) [citado 8 Sep 2012]. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/v20n3/0184.php

Mesa de comunicaciones 11: Envejecimiento

Concurrent session 11: Aging

AUTORES/AUTHORS:
Hannele Laaksonen

TÍTULO/TITLE:
Motivating and encouraging guidance is beneficial for the over 70-year-olds in interval gym training

Objectives: The number of elderly people will increase rapidly in Finland over the next few decades. The Finnish inpatient service system will gradually be terminated over the coming years and services will be offered for the elderly more and more at their homes. The elderly who are living at home may encounter some risk factors, such as loneliness, decreased physical abilities and quality of life, as well as depression. The aim of this study is to analyse the influence of interval gym training on the physical skills, quality of life, depression and social relationships of seniors over 70 years of age, as well as the ways in which staff can motivate participants.

Methods: The study was carried out in Finland during 2010 and 2011 and it stretched over a period of 15 months. Structured questionnaires were used as a data collection method in group interviews. Study group participants were collected from seniors living at home, who volunteered (N=97) to participate two times a week in guided gym training. Control group (N=75) participants were selected by systematic sampling from seniors living at home. The data were analysed statistically by using SPSS software. All the staff motivated and encouraged participants during every training session without a personal programme for weights. The most important target was to create an atmosphere where all the participants can feel joy and become inspired and where they can start new social relationships.

Results:
The findings for the Study group: During a six month follow-up time, the participants' physical abilities (p= .034*) and the ability to sleep (p= .006**) improved. During the one year follow-up time, urination and evacuation (p= .004**) and daily body functions (p= .013*) improved. At the same time, depression (p= .000***) and anxiety (p= .001***) decreased significantly. The grip strength of the right and left hands (p= .000***) improved during the six month follow-up time, and the seniors were able to get up from their chairs better during the six month (p= .000***) and the one year (p= .000***) follow-up times. The findings for the Control group: None of the above mentioned changes occurred. Instead the results were almost statistically significant in the depression test, where three variables got worse during the one year follow-up time. Two variables of the social activity test also deteriorated.

Discussion: Guided, interval gym training without a personal programme for weights, taking place two times a week, can increase the physical skills, quality of life and social relationships of seniors over 70 years of age, as well as prevent their depression. In this study we have shown that a personal programme for weights is not as important as a motivating and encouraging atmosphere where the elderly can build new social relationships.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
Combie, I. K & H.T.O. Davies (1997). Research in Health Care. Design, Conduct and Interpretation of Health Services Research. New York: Wiley & Sons.

Dick, BD, RAshiq, S, Verrier, MJ, Ohinmaa, A & Zhang, J. (2011). Symptom Burden, Medication Detriment, and Support for the Use of the 15D Health-Related Quality of Life Instrument in a Chronic Pain Clinic Population. Pain Rest Treat 2011.

Kamiya, A, Kibayashi, T, Noguchi, M, Yamamoto, T, Kimura, T, Okayama, K, Moribe, T & Matsuda H. (2011). Improvement of the Health of Senior Citizens by a Program organized by the Kinjo University in cooperation with Hakusan City. In the book: Work among the Elderly, (ed.) Olavi Manninen, 125-131. Tampere: Korpijyvä.

Metsämuuronen, J. (2005). Research criteria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino OY.

Saarni, SI, Vieriö, S, Perälä, J, Koskinen, S, Lönnqvist, J & Suvisaari, J. (2010). Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. Br. J Psychiatry, 2010, 197(5): 386-394.

Sintonen H. (2001). The 15D instrument of health related quality of life: Properties and applications. Ann Med 2001; 33: 328-336.

Vainiola, T, Penttilä, V, Roine, RP, Räsänen, P, Rissanen, AM & Sintonen, H. (2010). Comparison of two utility instruments, the EQ-5D and the 15D in the critical care setting. Intensive Care Med. 1010 36(12): 2090-2093.

Vilkka, H. (2007). To Study and Measure. Helsinki: Tammi.

AUTORES/AUTHORS:
Nilza Nogueira, Mªa arminda Costa, Paulo Teles, Pedro Moradas Ferreira

TÍTULO/TITLE:
Validity of the Hendrich II Fall Risk Model in Portuguese setting

Background: The frequency of falls increases with age and the level of frailty (WHO, 2007). Patients over 80 years of age have a mortality rate because of falls that is six times higher than that of people between 65 and 79 years of age (EUNESSE, 2006). The fall is a multi - factorial event, therefore the intervention strategies to prevent this event and its resulting injuries settle in the identification of the elderly with a high risk of falling, in the detailed assessment of the risk factors and the implementation of strategies that reduce these factors. Developing a valid and reliable instrument for the prevention of falls in acute care hospitals presents enormous challenges for researchers. This fact has been proven by the appearance of several instruments for assessing the risk of falling in recent decades. However, the lack of data on the issue of falls among elderly patients in Portugal is a fact, which led to the pursuit of knowledge about the phenomenon. Therefore, through the cross-cultural adaptation of an instrument for assessing the risk of falling (Hendrich II Fall Risk Model - HIIFRM), we tried to contribute to the provision of adequate nursing care to the needs of the older people and to the understanding of this event in the hospital.
The selection of this instrument for assessing the risk of falling was based on the following aspects:
I) It is a tool that was used in different investigations (Hendrich et al., 2003, Kim et al., 2007; Lovallo et al., 2010 and Ivziku et al., 2011), demonstrating good psychometric qualities in the hospital setting;
II) It is a simple instrument with short application (less than 2 minutes) of dichotomous response and easy to score;
III) Evaluates eight independent risk factors, namely confusion/ disorientation/ impulsivity, depressive symptoms, altered elimination, dizziness/ vertigo, male gender, prescribed/administered antiepileptics, prescribed/ administered benzodiazepines, and the “get up and go test”. The tool has a maximum score of sixteen; a patient with five or more points is classified as at high risk of falling;
IV) It is a tool that is easily incorporated into the practice of nursing, alone or as part of a comprehensive assessment of the elderly;
V) It is an instrument that has been studied in different countries like USA, Italy and Singapore. Several investigators have reported the need to validate this tool in other contexts (Hendrich et al., 2003, Kim et al., 2007),
VI) It is an instrument developed by nurses, that assesses the balance of the patient through the "get up and go test” and also psychotropic therapy;
VII) Finally, the fact that psychometric assessment revealed good predictive validity, high sensitivity and acceptable specificity (Hendrich et al., 2003, Kim et al., 2007 and Ivziku et al., 2011), also weighed in the choice of this tool.

Aims: To evaluate the validity of Hendrich II Fall Risk Model (HIIFRM) in Portuguese elderly inpatients.

Methods: We conducted a prospective study of 586 older inpatients in three Portuguese acute care hospitals, from November 2007 to May 2010. The four key steps for cross-cultural adaptation were: conceptual equivalence, semantic equivalence, operational equivalence and measurement equivalence. The evaluation of the validity of the instrument was performed by inter-rater reliability and through predictive validity.
Data analysis began with an exploratory analysis in which standard descriptive statistics were computed to provide an insight into the main characteristics of the sample. The main characteristics of fall risk as the HIIFRM-independent risk factors were also described, and the risk of falling for older patients who did and did not suffer falls was compared on admission and discharge. SPSS Statistics 19®, (Statistical Package for the Social Sciences) and the R statistical environment 2.12.1 were the software programs used to analyse the data.

Results: The study involved 270 men and 316 women. One hundred and four participants experienced one or more falls. We analysed patients at high risk of falling, who had/had not fallen, and patients with no apparent risk factors for falling who had or had not fallen. Only 17% of the patients at high risk of falling actually fell either on admission or at discharge. The proportion of patients with no apparent risk of falling who fell was 2.7% and 7% on admission and at discharge, respectively. Equally, we compared the risk of falling for patients who did or did not fall, the results shows that patients who fell had a higher estimated risk of falling, both on admission and at discharge.
Inter-rater reliability was estimated with the intra-class correlation coefficient (ICC) and Cohen's Kappa coefficient (k), the results showed ICC = 0.988, with a 95% confidence interval (CI) equal to [0.969-0.995] and k = 1. The ICC checks the agreement between the average ratings assigned by two nurses to a group of 20 patients.
The measurement of predictive validity showed higher values for sensitivity at admission than at discharge (93.2% and 75.7%), and higher values for specificity at discharge as expected (35% on admission and 46.7% at discharge). The adapted HIIFRM showed also a positive predictive value (PPV) of 17.2% on admission and 17% at discharge, and a negative predictive value (NPV) of 97.3% and 93%, respectively. The NPV was high at both time points, which may be explained by the large proportion of elderly people who did not fall. Comparison of these results with those of other studies that also used the HIIFRM (Hendrich, 2003; Kim, 2007; Lovallo, 2010; Ivziku, 2011) showed higher values for sensitivity, lower values for specificity, higher positive predictive value and similar NPV.
The receiver operating characteristic (ROC) on admission and at discharge, with the `curve' close to the diagonal, illustrated moderate sensitivity of the tool in identifying the risk of falling. The area under the curve was 0.65 (SD = 0.028; CI, 0.60–0.71; p-value = 0) on admission and 0.64 (SD = 0.034; CI, 0.57–0.70; p-value = 0) at discharge, which were slightly lower than the values obtained by other authors (Lovallo et al, 2010). We stress the fact that both p-values were 0, which means that identification of a high risk of falling using the HIIFRM is clearly better than a random choice (‘guess’) on admission and at discharge, that is, the HIIFRM is an accurate indicator of fall risk.

Conclusions: Systematic risk assessment for falls and the identification of those patients who are at risk contribute to the adoption of preventive measures and contribute also to the acceptance of risk by the elderly inpatients. The implications of our study for clinical practice are the cross-cultural adaptation of the Hendrich II Fall Risk Model, to Portuguese, the evaluation of the validity of the HIIFRM in acute care hospitals and lastly the confirmation that the HIIFRM is a useful tool for use in predicting falls by elderly patients. Further research is required in Portuguese hospital settings with this tool.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

EUNESSE – European Network for Safety Among Elderly. Fact Sheet: preventing falls in elderly. 2006.

Hendrich A, Bender P, Nyhuis A. Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients. Appl Nurs Res 2003; 16: 9–21.

Ivziku D, Matarese M, Pedone C. Predictive validity of the Hendrich fall risk model II in an acute geriatric unit. Int J Nurs Stud 2011; 48: 468–74.

Kim EAN, Mordiffi SZ, Bee WH, Devi K, Evans D. Evaluation of three fall risk assessment tools in an acute care setting. J Adv Nurs 2007; 60: 427–35.

Lovallo C, Rolandi S, Rossetti AM, Lusignani M. Accidental falls in hospital inpatients: evaluation of sensitivity and specificity of two assessment tools. J Adv Nurs 2010; 66: 690–6.

WHO – World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. 2007, Ageing and life Course Family and Community Health, France.

AUTORES/AUTHORS:
Bruno Maertens, Leslie Mergits, Ingeborg Cleiren, Nelle Van Regenmortel, Johan Poel, Philip Moons, Leentje De Bleser

TÍTULO/TITLE:
Elderly staying in a residential care facility: home until the end?

Objectives: The place of death is an important indicator of quality of care for elderly that stay in a residential care facility (RCF). Recent literature described that 30% of the residents die in hospital, of whom about half die within the first 24 hours after admission. Actually, there is no guideline describing when a resident with an acute physical deterioration needs to be transferred to a hospital or who is taking this decision. In this pilot study, we identified 1) the place of death of residents living in a RCF, 2) who takes the decision to transfer a resident to hospital.

Methodology: Using a descriptive, cross-sectional design, four centers of the Armonea group for RCF were selected in the Antwerp region(Belgium). In March 2012, data of 543 residents were gathered using a retrospective analysis of patient records of 2009, 2010 and 2011. Included variables were: demographics, number and length of stay of hospitalizations, and mortality rate. In addition, 160 healthcare workers of these four RCFs were questioned concerning the decision routines to transfer a resident to the hospital. The response rate was 63% (31 nurses, 56 healthcare assistants, 13 nursing students and 1 manager). All data were processed using Excel®. This study was approved by the ethics committee of the University Hospital of Antwerp, Belgium.(B300201213208).

Results: The numbers of residents that died in the RCF was 74/543 (13.6%), 94/543 (17.3%) and 97/543 (17.8%) in 2009, 2010 & 2011 respectively. Yet, differences between RCFs exist. For example, in 2011 mortality rate in RCF for A was: 24/204 (11.7%); for B:23/111 (20.7%); for C: 24/134 (25.3%) and for D: 26/204(19.4%). Overall incidence of mortality in hospital in the last three years was 23%, 32% and 28% respectively. Beside, the mean duration of hospitalization for residents of RCF A, B, C and D was 15 days in 2009, 17 days in 2010 and 15 days in 2011. Next, the mean hospitalization rate per year/per resident over 3 years was 0.40 in RCF A; 0.30 in RCF B; 1.80 in RCF C and 0.60 in RCF D.
About the decision to admit a resident to hospital, several answers were mentioned. All respondents stated that healthcare assistants are not allowed to make decisions on the hospitalization of a resident. Forty-six percent (65/101) of the respondents indicated that the nurse takes this decision. Sixty-two% (63/101) of the respondents indicated that the coordinating and advising doctor takes this decision. Overall, 93% (85/92) of healthcare workers indicated that a doctor was consulted when a resident deteriorates based on his vital parameters.

Discussion: Overall incidence of mortality in hospital in 2009, 2010 & 2011 confirms the data of the literature, namely around 30%. Nevertheless, a comparison between the RCFs shows different trends regarding hospitalization rate and length of stay. In addition, this report showed that nurses have an important role in decision taking of hospitalization of residents who endure a physiological deterioration based on their vital parameters.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
Barba R, Zapatero A, Marco J, Perez A, Canora J, Plaza S et al. Admission of nursing home residents to a hospital internal medicine department. J Am Med Dir Assoc 2012; 13(1):82-87.
Graverholt B, Riise T, Jamtvedt G, Ranhoff AH, Kruger K, Nortvedt MW. Acute hospital admissions among nursing home residents: a population-based observational study. BMC Health Serv Res 2011; 11:126.

Ong AC, Sabanathan K, Potter JF, Myint PK. High mortality of older patients admitted to hospital from care homes and insight into potential interventions to reduce hospital admissions from care homes: the Norfolk experience. Arch Gerontol Geriatr 2011; 53(3):316-319.

AUTORES/AUTHORS:
Renate Stemmer, Martin Schmid

TÍTULO/TITLE:
The “nursing oasis” - an approach to improve the quality of life of people with advanced dementia?

Objectives: The increasing number of people with advanced dementia has led to the development of new residential care and nursing concepts. If the resident is in a single room, increased immobility or complete bed confinement frequently lead to isolation. Often other aspects of care, such as timely pain management and dealing with fears, are not well addressed during longer phases of isolation. The concept of a “nursing oasis” assumes that people with advanced dementia who live together in a smaller group experience a feeling of community: thus the well-being of the affected persons can be increased.
Methods: The "nursing oasis" gives accommodation for up to eight people in a common room in which the group stay during the day. In addition, four double rooms exist so that residents can retire here at any time. Based on a tailor-made weekly plan, various daily activities are carried out. The main objective of the study (timeframe: 2009-2012) is the evaluation of the effects of a "nursing oasis". Above all, questions concerning the effects on the quality of life of the residents have been addressed. The study includes a control group of people with advanced dementia who are living in a traditional residential home. Given the small size of the intervention group (n = 12) and the control group (n= 17) a mixed method design was chosen. The research design includes qualitative methods also as quantitative data collection. We use the following instruments: residents/quality of life: H.I.L.De; relatives/satisfaction with care: SWC-EOLD. 30 relatives took part in the survey, (13 relatives from residents of the oasis, 17 relatives of members of the control group).
Results: The measurement of quality of life shows no difference between intervention and control group regarding to safty, a better appraisal of cosiness in the traditional living environment and an enlarged range of motion in the intervention group. The residents of the oasis were offered a greater amount of activities like validation and music therapy. The difference between 7.6 activities offered to the residents of the oasis compared with 5.1 activities offered to each member of the control group is statistical significant. Nurses interpreted facial expression, gesture and noises of the probands. In the moments the activities were offered the emotional reaction seemed to be positive. The combination of the greater amount of activities with the positive reaction to this activities lead to a greater number of positive situations in the intervention group. The analyses of the survey of the relatives show similar outcomes in both groups.
Discussion: Due to the small size of this study, conclusions have to be drawn very carefully. It seems that the evaluated living environment could support the experience of positive moments for residents with advanced dementia. But before there can be given a recommendation for this special living arrangement more research has to be done. At this moment it seems to be clear, that offering appropriate activities contributes to a better quality of life.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
Becker, S.; Kaspar, R.; Kruse, A. (2011): H.I.L.DE.: Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (H.I.L.DE.). 2 Bände. Bern: Huber.
Becker, S.; Kruse, A.; Schröder, J.; Seidl, U. (2005): Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE.). Dimensionen von Lebensqualität und deren Operationalisierung. Z Gerontol Geriat 38: 1–14.
Hacker, W. & Reinhold, S. (1999). Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen: BHD-System. Frankfurt am Main: Swets Test Services GmbH GmbH
Volicer, L.; Hurley, A.C; Blasi, Z.V (2001): Scales for evaluation of end of life care in dementia. In: Alzheimer Disease and Associated

Disorders 15 (4): 194–200.

AUTORES/AUTHORS:
Hojatollah Yousefi, Hojatollah yousefi

TÍTULO/TITLE:
Communication between Iranian patients and health care team in hospital: a hermeneutic phenomenology study

Context: Some patients in Iranian hospitals have indicated that their care has been less individualized, holistic, and caring than they expected. Rather, nurses and other health team members focused on technical and mechanistic care. This results in patient dissatisfaction with communication.
Setting: This qualitative study was conducted between July 2006 and April 2007 in six medical–surgical wards of a university hospital in Iran. Objectives: To explore the communication experiences of hospitalized patients during their admission to medical–surgical wards in an Iranian hospital.
Design: Data were generated with 22 participants (16 hospitalized patients and six Nurses), using in-depth interviews to capture their detailed experiences of communication.
Analysis based on the framework of Diekelmann enabled data interpretation and elaboration of shared themes. Main outcomes and results: One constitutive pattern, 'Communication: a need of hospitalized patients' and Three related themes – Need for respect, Need for verbal Communication, and Needs for empathy and caring- were identified in the data. Besides of routine cares, patients need to be accepted and respected by health care members. Some patients state that listening, verbal communication, and empathy in kindly manner may be more benefit than other treatments.
Conclusion: These findings offer unique insight for planning and implementing appropriate clinical practices in Iran, especially in caring for Muslim patients. As a qualitative research on these patients in Iran, this may not generalize in other societies. The major implications are to consider communication criteria, as an ethical issue during nursing assessment and planning of care during a patient's hospitalization and note that patients in particular are more comfortable and feel better when they are able to communicate effectively with health care providers.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
JOHANSSON, P., OLENI, M. & FRIDLUND, B. (2002) Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 16, 337-344.
LIU, J. E., MOK, E. & WONG, T. (2006) Caring in nursing: investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China1. Journal of Clinical Nursing, 15, 188-196.
LEININGER, M. (2002) Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. Journal of Transcultural Nursing, 13, 189-192.
SHELDON, L. K., BARRETT, R. & ELLINGTON, L. (2006) Difficult Communication in Nursing. Journal of Nursing Scholarship, 38, 141-147.

Mesa de comunicaciones 12: Salud / Género

Concurrent session 12: Health / Gender

AUTORES/AUTHORS:
ANA MARÍA ROMERO BRIOSO, MARIA LUISA UNDABEYTIA LÓPEZ, ANA MARÍA PINEDA SORIANO, MARIA JOSÉ LÓPEZ HERRERA, AMPARO TIRADO BARRAGAN, MANUEL GALINDO SANCHO, INES MARÍA DEL BERCO DE LA HAZA, JOAQUINA BARRETO BECERRA, MARÍA DOLORES HERNANDEZ PRIETO

TÍTULO/TITLE:
Evaluación de las competencias profesionales en la atención sanitaria a mujeres víctimas de violencia de género

INTRODUCCIÓN:
Numerosos estudios han probado que la violencia de género (VG) es un problema difícil de abordar en el ámbito sanitario (1,2). Se ha comprobado que, aunque gran parte de las mujeres víctimas de la VG acuden más a los servicios de salud que las demás, e incluso que se someten más a cirugía, y realizan un mayor gasto de los recursos sanitarios; en la mayoría de las ocasiones, pasan por los servicios de salud sin ser detectadas como tales, y sin que se relacionen muchos de sus padecimientos con la situación de violencia en la que se encuentran inmersas (3,4). Desde el Ministerio de Sanidad a través del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, se ha destacado la importancia del personal de los servicios sanitarios para ayudar a las mujeres que sufren VG (1). Se pone de manifiesto que el tipo de violencia del que se trata requiere de la implicación activa de todos los profesionales, que deben ser conscientes de que el abordaje y la resolución de las consecuencias de la violencia, deben comenzar por la identificación del problema (1, 2, 5, 6)
OBJETIVOS:
1. Evaluar el nivel de conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios.
2. Evaluar las barreras organizacionales implicadas en la atención a las víctimas de VG.
METODOLOGÍA:
a) Diseño: Estudio descriptivo transversal.
b) Sujetos: Profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, auxiliares y celadores), trabajadores sociales, y personal de administración; que accedieron a participar previa firma del documento de consentimiento informado. El estudio estaba dirigido a todos los profesionales de las unidades de estudio.
c) Ámbito: Centro de Atención Primaria Polígono Norte, y Servicio de Urgencias Generales, de Ginecología, y de Pediatría del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.
d) Recogida de datos: Se realizó de Enero a Diciembre de 2011 mediante el cuestionario elaborado por Siendones Castillo et al (7) y modificado posteriormente por Arredondo Provecho et al. (8). Se trata de un instrumento validado para muestras similares a la de este estudio, que consta de 26 ítems, a los que se le añadieron además otros para recoger datos sociodemográficos de la muestra como el lugar de trabajo, categoría profesional, edad, sexo y estado civil. El instrumento consta de 3 áreas:
A. Nivel de conocimientos acerca del tema de estudio: tras 4 preguntas iniciales de introducción se realiza un test de conocimientos con 10 preguntas, valorando conceptos, importancia del problema, factores relacionados con el maltrato y aspectos legales. Se utilizan preguntas cerradas de respuesta única a elegir entre 2 o más opciones y 2 preguntas abiertas.
B. Barreras de actitud y propuestas de mejora: se analizan pautas de actuación y opiniones frente al maltrato, mediante preguntas cerradas con varias respuestas y obligando al posicionamiento en una actitud concreta. También se valoran propuestas de mejora mediante preguntas abiertas.
C. Barreras organizativas y propuestas de mejora: valoran problemas funcionales y estructurales de los servicios sanitarios y sus posibles soluciones, mediante preguntas abiertas.
No obstante, en una versión final del instrumento utilizado en la muestra se obviaron los ítems 23, 24 y 26 al no obtenerse respuestas concretas y válidas para ser analizadas. Se trataba de ítems en los que los profesionales debían mediante preguntas abiertas expresar opiniones y hacer propuestas de mejora sobre la capacitación de los profesionales y la organización de los servicios.
e) Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas mediante el programa SPSS 18.0. Además, se realizaron análisis de correlación mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson para relacionar las respuestas obtenidas en algunos ítems con la categoría profesional y el área de trabajo de los profesionales.

RESULTADOS:
Participaron 121 profesionales, de los cuales la mayoría eran mujeres (69,4%), y enfermeras (43,8%). Por servicios, el 52,1% pertenecían a Urgencias Generales, el 26,4% al Centro de Polígono Norte, el 15,7% a Urgencias de Pediatría, y el 5,8% a Urgencias de Ginecología.
Respecto al nivel de conocimientos, se observan errores en la definición de la VG (73,6%), y en la percepción de que la VG es un problema que afecta mayoritariamente a las clases bajas (52,3%).
Concretamente, hay un alto porcentaje de profesionales que tienen problemas para diferenciar entre los conceptos “violencia doméstica, malos tratos y violencia de género”. Por categorías profesionales, se observa que el mayor porcentaje de error corresponde a las enfermeras ($X2=6,226$; $p<0.005$).
Además, el 74,5% desconoce las repercusiones legales relacionadas con la no declaración de los casos. Por servicios, el de Urgencias, a pesar de ser el que más casos atiende, es el que registra un mayor desconocimiento sobre las repercusiones en este sentido ($X2=5,440$; $p<0.005$), y por categorías profesionales, son las enfermeras las que tienen un menor conocimiento al respecto ($X2=19,873$; $p<0.005$).
Por otro lado, con respecto a la obligación legal de declarar los casos de VG no la conoce el 63% de los profesionales. Por servicios, el de Urgencias es el que registra un mayor desconocimiento sobre las repercusiones en este sentido ($X2=3,736$; $p<0.005$), y por categorías profesionales, son las enfermeras las que tienen un menor conocimiento al respecto ($X2=11,039$; $p<0.005$).
No obstante, la mayoría (62%) afirma conocer el fenómeno iceberg en la VG, afirman que es un problema bastante frecuente (42,1%) que habitualmente pasa desapercibido para la mayoría de la población (99%), y que el rango de casos de VG que no se detectan en los servicios sanitarios puede ir desde el 30 al 70% (80%). Asimismo identifican que el tipo de VG predominante suele ser la de tipo psicológico (52,6%).
Con respecto a la existencia de protocolos internos de actuación en los casos de VG, por categoría profesional se observa que el personal médico tiene un mayor conocimiento sobre su existencia y sus contenidos ($X2=7,557$; $p<0.005$), y por servicios, es en el centro de Atención Primaria de Polígono Norte donde también se observa un mayor conocimiento ($X2=13,629$; $p<0.005$).
En cuanto a las actitudes, debe destacarse que en la mayoría de los casos éstas son positivas, ya que la mayoría de los profesionales reconoce la importancia del problema (87,7%), identifican que la VG es una situación que puede afectar a todas las mujeres (71,1%), y que puede ser infringida por hombres sin un perfil definido de personalidad (78,1%). La mayoría (88%) afirman que todos los profesionales tienen un papel importante en la atención de la VG. Referente a su rol profesional, un amplio porcentaje (57,1%) se muestra atenta para el diagnóstico de los casos, sobre todo ante la existencia de lesiones físicas (69%).
Sobre las barreras organizacionales, destacan que entre las diferentes categorías profesionales no se trabaja con el consenso necesario (78,1%), y que sería importante mejorar los sistemas de detección y coordinación (57,1%). Además, perciben dificultades en sus ámbitos de trabajo para detectar los casos de VG (78%).
En concreto, es el área de Urgencias Generales en la que los profesionales opinan que se dan mayores dificultades para trabajar de manera coordinada ($X2=8,495$; $p<0.005$).
CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Se evidencian importantes lagunas tanto en la definición de los conceptos, como en los aspectos legales y sobre la existencia y contenidos de los protocolos de actuación en los casos de VG. Además, existen barreras organizacionales que limitan la detección de estos casos y sobre las que es necesario reflexionar críticamente mediante el uso de herramientas alternativas a los cuestionarios. La metodología cualitativa mediante la aplicación de grupos de discusión podría ser una herramienta valiosa para empezar a trabajar en esta línea.
Por otro lado, los profesionales muestran actitudes positivas hacia la detección y atención de los casos de VG que deben aprovecharse para poner en marcha iniciativas que mejoren la calidad de la atención a las víctimas. En este sentido, sería necesario comenzar desarrollando actividades formativas encaminadas a aumentar los conocimientos de los profesionales y su capacitación para atender casos de VG, a potenciar su sensibilización hacia el problema, a adiestrarles sobre los contenidos de los protocolos de

actuación, a reflexionar sobre propuestas de mejora en las barreras percibidas, y a informarles sobre las repercusiones y obligaciones legales de sus actuaciones, así como sobre las implicaciones éticas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones, 2007.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones, 2006.
3. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. Gac Sanit. 2004; 18(Supl 1): 182-8
4. Samia Alhabib, Ula Nur, Roger Jones. Domestic Violence Against Women: Systematic Review of Prevalence Studies. Jornal of Family Violence ,2010 ;25(4): 369-382.
5. Boletín Oficial del Estado (BOE) de 28 de diciembre de 2004. Disposiciones generales. Jefatura de estado. Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. [Accedido el 10 de Noviembre de 2008]. Disponible en:
http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf
6. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M (2008) Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: A survey surveillance study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 137: 37–42.
7. Siendones Castillo R, Perea Milla E, Arjona Huertas JL et al. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. Emergencias 2002; 14: 224- 232.
8. Arredondo-Provecho AB, Del Pliego-Pilo G, Nadal-Rubio M, Roy-Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. Enferm Clin. 2008; 18(4): 175-82.
9. De la Fuente Aparicio D, Salamanca Castro AB, Sánchez Castro S. ¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria? Nure Investigación. 2005; 15: 1-10.
10. Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S, Cordero Guevara JA, Madereuelo Fernández JA, González-Castro ML. Protocolo para la evaluación de la efectividad de una intervención
sensibilizadora y formativa en profesionales de atención primaria para la mejora de la detección de la violencia doméstica (ISFVIDAP). Aten Primaria. 2006; 38(3): 168-73.
11. Salvador Sánchez L, Rivas Vilas M, Sánchez Ramón S. Violencia y maltrato de género (III).
Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en Urgencias. Emergencias. 2008; 20: 343-52.

AUTORES/AUTHORS:
Mª Lourdes Casillas Santana, Pilar Palazuelos Puerta, Irene de Blas Gómez, Ana Asenjo Montoro, Patricia Latorre Marco, Mª Isabel Díaz Espinos, Montserrat Solís Muñoz

TÍTULO/TITLE:
MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON FIBROMIALGIA TRATADAS CON REIKI

OBJETIVO: Evaluar la eficacia de la Terapia Reiki para mejorar la calidad de vida en mujeres con fibromialgia (FM).
METODOS
Diseño del estudio:
Se trata de un ensayo clínico controlado aleatorizado a tres grupos, con ocultación del reparto aleatorio, para evaluar la eficacia de la terapia Reiki la calidad de vida en mujeres diagnosticadas de fibromialgia.
Sujetos, ámbito de estudio y tamaño muestral
La población de estudio son mujeres diagnosticadas de fibromialgia, según los criterios de diagnóstico para la FM de la American College of Rheumatology (ACR)(1):
- Dolor en 11 de los 18 puntos dolorosos a la palpación
- Antecedentes de dolor difuso durante al menos tres meses. Entendiendo dolor difuso como el que se produce en los dos lados del cuerpo y por encima y por debajo de la cintura.
El ámbito de estudio es la Asociación de Fibromialgia de Madrid, con sede en la zona centro de la ciudad de Madrid.
Criterios de inclusión: ser mayor de 18 años, estar diagnosticada de fibromialgia (según la ACR) al menos un año antes del inicio del estudio, que otorguen el consentimiento informado.
Criterios de exclusión: personas con trastornos cognitivos o mentales que les incapacite para participar en el estudio y cumplimentar los cuestionarios.
Criterio de finalización del estudio: si la participante deja de asistir a alguna de las sesiones, no cumplimenta alguno de los cuestionarios, o bien se retira voluntariamente del estudio.
Tamaño de la muestra: Se calcula una muestra total de 150 pacientes, 50 pacientes por grupo previendo una tasa de abandono del 10%.
Aleatorización: Todos los pacientes que cumplen criterios de inclusión se aleatorizan en tres grupos: terapia Reiki, grupo placebo o grupo control, en función de una lista preparada por la Unidad de Epidemiología Clínica del HUPHM, antes de iniciar el estudio, usando un programa generador de números pseudo-aleatorios. El reparto se revela mediante sobres opacos, numerados, sellados y correlativos.
Enmascaramiento: Para disminuir posibles sesgos se llevó a cabo enmascaramiento de las participantes de los grupos intervención y placebo; además, se enmascararon a todas las participantes respecto a la persona que las entrevista y la que analiza los datos.
Procedimientos de captación y de estudio: La captación de las participantes se llevó a cabo a través de la Asociación de Fibromialgia de Madrid (AFIBROM), Las mujeres que aceptaron participar fueron asignadas de forma aleatoria a los tres grupos de tratamiento, previa información sobre el estudio y una vez que hubieron firmado el consentimiento informado
En el momento de la inclusión, todas las participantes cumplimentaron el cuestionario SF- 36 para tener una medida basal de calidad de vida Esta medida de resultado se volvió a recoger al mes de iniciado el estudio y a los 3 meses.
A las personas que no están en el grupo que recibe Reiki y en forma de compensación se les oferta recibir tres sesiones una vez finalizado el estudio.
Intervención:
Se estandarizan las intervenciones de la Terapia Reiki, del Grupo Placebo y el Control. La Terapia Reiki es aplicada por una Maestra

Reiki estandarizando la terapia colocando las manos sobre el cuerpo de la mujer en los doce lugares tradicionales (cabeza, tórax, abdomen, piernas, brazos y pies) tanto en la parte anterior como posterior en cuatro sesiones semanales de 60 minutos de duración. La terapia placebo la aplica una única enfermera que no tiene experiencia en terapias de toque, con una intervención protocolizada simulando que toca los mismos puntos energéticos en 4 sesiones semanales de 60 minutos de duración. El grupo control acudió al centro en el tres ocasiones; al inicio, al mes y a los tres meses para rellenar el cuestionario, pero no se le aplicó ningún tipo de intervención.

La duración de cada sesión se decide que sea de una hora tras consultar bibliografía acerca de la terapia Reiki y su aplicación clínica (2-5) y hablar con varios Maestros con más de tres años de experiencia, tocando de forma sistemática en los doce puntos tradicionales durante tres minutos en cada uno de ellos. Aunque una sesión de Reiki no es reglada en cuanto a la duración del tiempo en cada lugar sino que se hace de forma individualizada en función de las necesidades de las personas se decide la sistematización para evitar la variabilidad. Dada la cronicidad de la enfermedad se decide que sea una sesión semanal durante cuatro semanas. Para comprobar que el efecto se mantiene en el tiempo se pasa el cuestionario a los tres meses antes de dar una nueva sesión de “refuerzo” a las mujeres.

Variables: Variable de resultado calidad de vida relacionada con la salud. Otras variables: sociodemográficas, clínicas, posibles efectos adversos del Reiki.

Instrumentos de Recogida de Datos: Las datos sociodemográficos se recogen en un documento elaborado para tal fin. Todos los instrumentos que se utilizan en el estudio se pasan en tres ocasiones: basal (al inicio del estudio), tras el periodo de intervención y a los 3 meses.

Para valorar la calidad de vida relacionada con la salud se utiliza el cuestionario SF-36, que proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas con mayor potencial de uso en la evaluación de los resultados clínicos. Es aplicable tanto a la población general como a pacientes por encima de los 14 años. La versión estándar generalmente evalúa las últimas cuatro semanas.

En su versión original es un cuestionario elaborado para la población de Estados Unidos en la década de los años noventa del siglo pasado, pero que se ha traducido y validado para diferentes idiomas entre ellos el español. La traducción y validación en español se hizo en el seno del proyecto IQOLA con Jordi Alonso como investigador principal (6), tanto para población entre los 55- 60 años (7) como para población adulta mayor de 60 años (8). Contiene 36 ítems que cubren ocho dimensiones, que se agregan en dos perfiles, uno físico y el otro mental (Función Física (10), Función Social (2), Rol físico (4), Rol Emocional (3), Salud mental (5), Vitalidad (4), Dolor corporal (Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual) (2), Salud General (6)). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem.

Método estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables para conocer las características generales de la población de estudio. Los datos se presentan utilizando frecuencias, estadísticos de tendencia central y de dispersión. Los datos cuantitativos se describen mediante la media, desviación típica y rango de la muestra. Se utilizó el test de Kolmogorov para contrastar la hipótesis de normalidad de las variables continuas. Para el análisis de datos de seguimiento del SF36, se utilizó la t de Student para datos apareados presentando los resultados con la media de las diferencias y el intervalo de confianza del 95%. Para comparar los datos basales entre los grupos se utilizó un análisis de varianza (ANOVA) seguido de la prueba de comparaciones múltiples HDS de Tukey.

Para todas las pruebas se aceptó un valor de significación inferior a 0,05 en contraste bilateral. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS 14.0.

RESULTADOS:

La muestra obtenida ha sido de 123 mujeres que se estratifican en tres grupos (Reiki, placebo y control) que son homogéneos en edad con una media de 54,8 años [35;77], número de hijos, nivel de estudios y situación laboral. La tasa de abandono es del 44,7

%.
La media de todas las dimensiones medidas por el SF-36 están por debajo de los valores de la población española entre los 50-55años.
Las medias obtenidas en el cuestionario inicial son de: de 40,1[36;43] para la función física; de 34,1 [30;38] en el rol físico; para el dolor corporal de 28,4[25;31]; de 37,3 [34;40] para la salud general; de 24,8[21;28] para la vitalidad y para la función social de 46,3[41;51]. Los grupos son comparables salvo en la salud general ya que el grupo control tiene mejor salud que el grupo que recibe Reiki ($p<0,05$). En el rol emocional la media es de 55,7 [50;61] y en la salud mental de 51,2 [47;55] sin diferencias entre los grupos.
En la medida llevada a cabo al mes (tras tres sesiones de Reiki) se aprecia diferencia en el rol físico entre los grupos control y el que recibe Reiki ($p<0,05$).
A los tres meses hay diferencias del grupo que recibe Reiki frente al grupo control en la función física, en el rol físico no hay diferencia entre el grupo Reiki y placebo pero si de ambos grupos frente al control. En la función social hay diferencia entre los grupos Reiki y control. A nivel emocional y mental hay diferencia en el grupo que recibe Reiki con respecto a los otros dos grupos ($p<0,05$).
DISCUSIÓN
Sólo tenemos conocimiento de un estudio realizado sobre mujeres con SFM tratadas con Reiki en el área metropolitana de Washington (EEUU), en 2008 por Assefi y col (9); con el objetivo de determinar si el Reiki resulta beneficioso como coadyuvante del tratamiento convencional en pacientes con SFM en el que concluyen que es poco probable que los adultos con fibromialgia puedan beneficiarse con tratamiento de Reiki, aunque sugieren que se hagan estudios más amplios.
Según diferentes autores la terapia Reiki así como otras terapias energéticas son eficaces tanto para el dolor como para proporcionar bienestar tanto físico como psicológico a las personas que las utilizan (3;10-14), sin provocar efectos adversos mantenidos.
Las muestras entre nuestros estudios son comparables en cuanto a datos demográficos, aunque en el estudio de Assefi la población es más joven y no es exclusivamente de mujeres.
Nuestra población está por debajo de la media de calidad de vida para las personas de su rango de edad medido mediante el cuestionario SF-36 (7;8;15), pero por encima de los valores que da Assefi de su población aunque no sabemos si estos valores están muy por debajo de la población americana de su misma edad ya que no menciona cuales son los valores de referencia.
En el estudio de Assefi no hay grupo control para comparar si alguna de las actuaciones que se llevan a cabo sobre las mujeres tiene algún efecto, realiza intervenciones con Reiki directo y a distancia y lo compara con otros dos grupos en los que simula la terapia tanto de forma directa como a distancia; es decir tiene dos grupos placebo. Así mismo las sesiones que se dan no son iguales ni en frecuencia ni en tiempo, mientras que ellos dan dos sesiones semanales de 30 minutos con un total de 8 semanas (16 sesiones en total), en nuestro estudio se da una sesión semanal de una hora de duración durante cuatro semanas consecutivas tras la cual se hace una segunda medida que se repite a los tres meses de forma previa a dar una quinta sesión de una hora; ambos estudios coinciden en que la persona que realiza la intervención tiene el grado de Maestría en Reiki.
Tras comparar los resultados Assefi (9) concluye que aunque hay diferencias en los aspectos físicos y mental medidos con el SF- 36 de calidad de vida estas diferencias no son significativas ni en el grupo que recibe Reiki real ni en el que lo recibe simulado o a distancia en ambos casos, esto discrepa totalmente con nuestros resultados en los que podemos apreciar una mejoría en la calidad de vida en todas las esferas con respecto a la que presentaban antes del inicio del estudio.
Todas las mujeres tienen problemas asociados de salud, así como olvidos frecuentes lo que puede influir en la alta tasa de abandono.
La terapia Reiki puede ayudar a mejorar la CV de las mujeres afectadas de FM; puede ser autoadministrada y sencilla de aplicar en la práctica clínica

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Wolfe F, Smythe H, Yunus M, Bennett R, Bombardier C, Goldenberg D, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. Arthritis Reum 1990;33:160-72.

(2) Stein D. La historia del Reiki. Reiki Esencial.Barcelona: Robin Book; 2004. p. 23-34.

(3) Olson K, Hanson J, Michaud M. A phase II trial of Reiki for the management of pain in advanced cancer patients. J Pain Symptom Manage 2003 Nov;26(5):990-7.

(4) Tsang KL, Carlson LE, Olson K. Pilot Crossover Trial of Reiki Versus Rest for Treating Cancer-Related Fatigue. Integrative Cancer Therapies 2007;6(1):25-35.

(5) Engebretson J, Wardell DW. Experience of a Reiki session. Altern Ther Health Med 2002 Mar;8(2):48-53.

(6) Vilagut G, Ferrer M. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit 2005;19(2):135-50.

(7) Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodriguez C, De la Fuente de Hoz L. Valores poblacionales de referencia de la version española del Cuestionario de Salud SF-36. Med Clin 1998;111(11):410-6.

(8) Lopez-Garcia J, Banegas R, Graciani Perez-Regadera A, Gutierrez-Fisac J, Alonso J, Rodriguez-Artalejo F. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. Med Clin 2003;120(15):568-73.

(9) Assefi N, Bogart A, Goldberg J, Buchwald D. Reiki for the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. J Altern Complement Med 2008 Nov;14(9):1115-22.

(10) Miles P, True G. Reiki--review of a biofield therapy history, theory, practice, and research. Altern Ther Health Med 2003 Mar;9(2):62-72.

(11) Miles P. Preliminary report on the use of Reiki HIV-related pain and anxiety. Altern Ther Health Med 2003 Mar;9(2):36.

(12) Miles P. Reiki for mind, body, and spirit support of cancer patients. Adv Mind Body Med 2007;22(2):20-6.

(13) Shore AG. Long-term effects of energetic healing on symptoms of psychological depression and self-perceived stress. Altern Ther Health Med 2004 May;10(3):42-8.

(14) vanderVaart S, Gijsen V, de Wildt S, Koren G. A Systematic Review of the Therapeutic Effects of Reiki. The Journal of Alternative and Complementary Medicine 2009;15(11):1157-69.

(15) Vilagut G, Valderas J, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. Med Clin 2008;130(19):726-35.

AUTORES/AUTHORS:
MARAVILLAS TORRECILLA HERNÁNDEZ, FLORENTINA PINA ROCHE, MATILDE CAMPOS ARANDA

TÍTULO/TITLE:
Violencia contra las mujeres dentro del ámbito familiar: Percepción de Enfermería en atención primaria de salud.

Introducción: La violencia contra las mujeres es un problema de salud que requiere una adecuada atención sociosanitaria. Los profesionales de Atención Primaria de Salud ocupan una posición privilegiada para la detección, atención y asesoramiento de las mujeres víctimas de violencia.

Objetivo: Analizar las creencias y actitudes hacia la violencia contra las mujeres de los profesionales de Enfermería de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud (SMS).

Metodología: Estudio descriptivo, trasversal mediante la cumplimentación de un cuestionario basado en la versión factorial propuesta por Ferrer et al. (2006), del “Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y la Violencia” (Echeberúa y Fernández-Montalvo, 1997), participan 89 profesionales de Enfermería de Atención Primaria de Salud del SMS. Se realiza un muestreo estratificado en función del sexo. Este instrumento valora las siguientes cuestiones; aceptación del estereotipo tradicional y la misoginia (creencia en la inferioridad de la mujer frente al varón), culpabilización de las mujeres víctimas del maltrato, aceptación de la violencia como estrategia adecuada para solucionar problemas, minimización de la violencia contra las mujeres como problema y desculpabilización del maltratador. Se realiza el contraste de proporción por factores para determinar que porcentaje de los profesionales encuestados mantienen pensamientos distorsionados sobre las mujeres y el uso de la violencia. Para el análisis de los datos se utiliza el programa estadístico SPSS versión 19 para Windows.

Resultados: Más del 93% de los profesionales rechazan el estereotipo tradicional y la misoginia ($p<0,025$), sin embargo más de un 7% responsabilizan a las mujeres víctimas del maltrato ($p<0,05$). Por otra parte, más del 10% consideran la violencia como estrategia adecuada para resolver problemas ($p<0,05$), un porcentaje por encima del 34% la minimizan, desculpabilizando al maltratador con una ($p<0,05$).

Discusión y conclusiones: Los resultados revelan que entre los profesionales encontramos la existencia de creencias como; la inferioridad de la mujer frente al varón, actitudes permisivas hacia el uso de la violencia como estrategia adecuada para resolver conflictos, culpabilización a las mujeres que sufren maltrato y desculpabilización del maltratador. Las oportunidades de mejora, orientadas a generar el cambio de dichas creencias y actitudes erróneas, las encontramos en recursos como; el plan estratégico a nivel regional, denominado Plan Integral de Formación en Violencia de Género (PIFOVIG) que contempla una serie de objetivos estratégicos en congruencia con los criterios comunes de calidad señalados en el Plan nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género para mejorar la formación de los profesionales sanitarios. Además contamos con los recursos que orientan a los profesionales sobre cómo llevar a cabo la detección de los casos de violencia hacia las mujeres (Protocolo para la Detección y Atención de la Violencia de Genero en Atención Primaria; 2007) y sobre cómo proceder a la necesaria coordinación interinstitucional para dar respuesta a las necesidades que dichas situaciones requieren (Guía Profesional de Recursos de Atención a Mujeres Victimas de Violencia de Genero; 2011).

Implicaciones para la práctica: Entendemos que es preciso modificar estas creencias y actitudes erróneas para que Enfermería pueda ofrecer una aportación efectiva a esta problemática en el desarrollo de su actividad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cano LM, Berrocoso A, de Arriba L, de Quiros RB, Alamar JD, Cardo A. Prevalencia de Violencia de Genero en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria, REV CLIN MED FAM 2010; 3 (1): 10-17 10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2010000100004&script=sci_arttext
- Coll-Vinent B, Echeverria T, Farras U, Rodríguez D, Milla J, Santina M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Gac Sanit. 2008; 22(1): 7-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000100002&script=sci_arttext
- Consejería de Justicia y Seguridad Ciudadana. Guía profesional de recursos de atención a mujeres víctimas de violencia de género de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Dirección General de Prevención de la Violencia de Género y Reforma Juvenil. Murcia, 2011.
-Conserjería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Formación en Violencia de Genero PIFoVIg. Comisión Técnica del Plan Integral de Formación en Violencia de Genero, Murcia, 2009. Disponible en:
- Echeburúa E, Coral P. Manual de violencia familiar. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1998.
-Ferrer V.A., Bosch E., Ramis C., Torres, E.G. y Navarro C. La violencia contra las mujeres en la pareja: creencias y actitudes en estudiantes universitarios. Psicothema 2006; 18, 359-366. Disponible en: http://www.psicothema.com/pdf/3223.pdf
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Genero (BOE nº 313, de 29 de diciembre de 2004).
-Ruiz-Perez I, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Gac Sanit 2004; 18(Supl 2): 4-12. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500003&script=sci_arttext
- Ruiz-Perez I, Plazaola-Castano J, Blanco-Prieto P, González JM, Ayuso P, Montero-Pinar MI, Grupo de Estudio para la Violencia de Genero. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. Gac Sanit. 2006; 20(3): 202-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112006000300006&script=sci_abstract
- Tourné M, Ruiz M, Escribano MC, Gea A, Salmerón E. Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en atención primaria de la Región de Murcia. Dirección General de Asistencia Sanitaria (SMS). Murcia, 2007.

Mesa de comunicaciones 13: PCBE

Concurrent session 13: EBP

AUTORES/AUTHORS:
Inmaculada Sánchez-García, Isabel Mª López-Medina, Mªpos Amparo Pérez-Campos, Pedro L. Pancorbo-Hidalgo

TÍTULO/TITLE:
"Querer implicarse" e Inmovilismo, actitudes de las enfermeras hacia la implementación de evidencias.

OBJETIVO
Explorar las actitudes de las enfermeras en relación a la implementación de evidencias en su práctica habitual. Forma parte de un estudio más amplio "Práctica clínica basada en evidencias: la percepción de los profesionales de Enfermería de centros sanitarios y desarrollo de un modelo teórico explicativo"

MÉTODOS
Diseño: Enfoque cualitativo, guiado por los procedimientos de Teoría Fundamentada.
Participantes: Se seleccionaron 11 enfermeras procedentes de Atención Primaria y Hospitales del Servicio Público Andaluz de Salud y la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir, de las provincias de Jaén y Córdoba. La elección fue mediante muestreo teórico(1) en base a haber experimentado o no la transición de una práctica rutinaria a una práctica clínica basada en evidencias (PCBE), diferentes años de experiencia profesional, y de ambos sexos. La captación de los informantes clave se realizó a través de la propia investigadora o a través de "gatekeepers" de los centros de trabajo.
Recogida de información: mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad, grabadas previo contrato comunicativo, asegurando el anonimato e información del propósito del estudio, siendo transcritas inmediatamente por la entrevistadora, garantizando la fidelidad de la interpretación de los datos.
Análisis inductivo riguroso con el método de teoría fundamentada. Se partió de una codificación abierta sin categorías preestablecidas(2), dejando que a través de la sensibilidad teórica y la comparación constante de incidentes, fueran agrupándose los conceptos hasta emerger las categorías de primer nivel; durante este proceso se generaron memos y se enlazaron a las categorías con el software Nvivo8; en un segundo nivel éstas se agruparon en temas buscando vinculaciones entre ellos.
Para preservar el rigor metodológico del estudio se siguieron las recomendaciones incluidas en la guía COREQ(3). Se aseguró la dependencia mediante chequeos cruzados entre los investigadores durante la codificación.

RESULTADOS
La actitud de las enfermeras hacia la implementación de evidencias en su praxis habitual, se perfila como un elemento con valor predictivo de sus conductas, y tiene especial relevancia en el campo de la modificación de comportamientos tanto a nivel individual como grupal.
Fruto de la interpretación de sus discursos y atendiendo a los tres componentes bajo los que podían manifestarse las actitudes de nuestros informantes (nivel cognoscitivo, emocional y conductual), emergieron dos temas, que resumían las disposiciones o tendencias que presentaban las enfermeras hacia al cambio de un modelo de praxis rutinaria a una práctica clínica basada en pruebas. Estos temas se agruparon en: "Querer implicarse, actitudes movilizadoras hacia PCBE" e "Inmovilismo, actitudes inhibidoras hacia PCBE".

- "QUERER IMPLICARSE", resume el conjunto de actitudes favorables que incluyen varias categorías de elementos movilizadores a la implementación de evidencias, tales como:
a) Actitudes de AYUDA: aquellas relacionadas con el lado humano de la profesión, actitudes de cooperación, de auxilio, de personalización del cuidado, que adoptaría el profesional ante la relación terapéutica con un paciente, con compañeros o con sus superiores, y que favorecería el cambio a una PCBE. Confluyen en esta categoría:
-Actitud Empática: profesionales capaces de mostrar una actitud comprensiva frente a la circunstancias del otro (pacientes, iguales o superiores): el paciente tiene derecho a pedirlo, ¡imagínate que es tu padre!, ¿no?, tiene derecho a pedirlo.INFO.5
-"Estar pendiente del paciente": enfermeras que muestran preocupación por el paciente centrando su interés en él: …cuando un paciente ya está en una fase terminal, intentamos evitar fastidiarle lo menos posible INFO.3

-Pensar en el paciente como prioridad: Pensar que el paciente está ante todo, por encima de los propios intereses personales: por lo menos yo lo respeto mucho, ¿no?, que tú, que tu prioridad sea el paciente, creo yo que::, yo por lo menos para mí. INFO.7
b) Actitudes de PROFESIONALIDAD: actitudes que movilizan hacia el desempeño profesional óptimo. Implica sentido del deber, capacitación o competencias, responsabilidad, exigencia, tomar conciencia del rol de enfermera y la importancia de los cuidados derivados de este rol, y una conducta "pro-activa" (ser resolutivos, buscar alternativas con los recursos disponibles):tomar la decisión de decir: "mi cuidado es tan importante como la medicación, y yo voy a ponerlo en la grafica, que le he hecho tal cosa, tal cura, y se la he hecho así de esta manera" INFO.7
aunque tú no los tengas esos medios, no quiere decir que tu no puedas realizar la técnica adecuadamente, sino que tienes que valerte de de lo que dispones, para poder realizarla y pero, hay que hacerlo con una cierta pericia, ¿no?. INFO.11
c)Actitudes de INQUIETUD PROFESIONAL: actitudes favorables relacionadas con la motivación intrínseca, aspiraciones, deseos de mejora, y búsqueda del éxito profesional, llegando a ser consideradas condiciones innatas: piensan que pueden mejorar::, piensan que se puede, tienen cierto espíritu crítico, yo lo veo que son condiciones hasta innatas. INFO.10
Convergen en esta categoría:
-Actitud Inquieta: siempre dispuestos a conocer o emprender innovaciones en el cuidado: cuando veo que no mejora la cosa o que:: lo que estoy haciendo no::, no va bien, cambio, busco, pregunto, leo,[…] nunca me quedo estática, siempre estoy::, estoy moviéndome. INFO.4
-Es querer: tener ganas, interés personal: sí al interés que yo quiera tener para desarrollar esa práctica, ¿no?, porque es inevitable que tienes que ponerle tu interés y tus ganas para hacerlo de la, de la manera adecuada, ¿no?.INFO.2
-Receptivos al cambio: Permanecer en actitud abierta frente al cambio: de primeras, yo estoy abierta, es decir, no pienso que la manera en la que yo trabaje sea la mejor, ni la única, ¡eso por supuesto!. INFO.3
-Con implicación: partícipe de los cambios, involucrado, comprometido: y si hay que hacer algo, o lo tengo que implantar, me molesto un poquito más y lo hago. INFO.9
-"Perseverar" y "esforzarse": persistir en el cambio, manifestando constancia, espíritu de lucha y esfuerzo por conseguirlo, impermeabilizándose de los "pasivos": porque:: para ti es un esfuerzo, pero a lo mejor, es mayor la recompensa que tienes, y sin embargo hay gente, por fuera, pues que::, pues no, que lo ve pues como simplemente, que:: que nos da por hacer muchas cosas. INFO.8
-Tomar conciencia de que es un proceso abierto a cambios: un proceso que no culmina, que permanece abierto a nuevos aprendizajes, sin hermetismos: los propios profesionales que tienen que, mmm, darse cuenta de que no hay nada, mmm, culminado, sino que el proceso de cuidado, pues siempre es, está abierto a nuevo aprendizaje, a cambios en la práctica asistencial INFO.6
-Ser trabajador: constante: una actitud muy activa en el trabajo:: INFO.11
Estas actitudes no solo se materializarían en intervenciones enfermeras bajo los estándares de calidad, sino que propiciarían conductas de difusión y divulgación de evidencias, liderazgo informal, trabajo en equipo, autonomía profesional, entre otras: y le gusta mucho el trabajo enfermero, y siempre que a ella le llega algo, lo hace público para el servicio. INFO.3
tú te pones a hacer un curso o hacer un congreso o a prepararte un congreso o algo y ellos sí, ellos tiran del carro ¿por qué? porque son los que más preparados están […]INFO.9

-EL INMOVILISMO incluye conceptos que suponen actitudes de acomodamiento profesional, entendiéndolas como aquellas tendencias o predisposiciones desfavorables que presentarían los profesionales con perfil reticente y que inhibirían el tránsito de una práctica rutinaria a una práctica respalda por las evidencias clínicas: cuesta trabajo cambiar el el chip, ¿no?, y:: no sé si es porque nos acomodamos al puesto, o porque el tiempo no nos lo permite INFO.1
la gente se acostumbra a trabajar de una manera::, y hay gente que no está dispuesta a a cambiarla. INFO.3
Los conceptos que integran dichas disposiciones son:

-Desidia: actitudes expresadas en forma de dejadez, prácticas que caen en el olvido: pero luego cuando pasa el tiempo, pues, lo vamos dejando de hacer, eso es cierto. INFO.7
-Individualismo: actitudes que implican trabajo en solitario, ir por libre, rompiendo la continuidad del cuidado: otra sería, mmm, un personal que:: que todavía creo yo que va:: un poco a su:: a su aire y no entiende de que todos somos un equipo, || te hablo por la experiencia que yo tengo INFO.8
-Tozudez: obstinación, mantenerse firme en una opinión o actitud a pesar de las razones o las dificultades que pueda haber en contra, e incluso no admitir que has estado equivocado: el que se introdujese el uso del fibrilín, fue como una conquista, y entonces, pues::,mmm, yo creo que si dejan de usarlo parece ser que han perdido una herramienta que les sirve, INFO.11
-Falta de voluntad: disposición deliberada de los profesionales, que les mueve a no iniciar cambios en su práctica rutinaria: y una falta de::, de voluntad por resistencias al cambio, de muchos profesionales. INFO.5
porque no hay esa voluntad, o ese, esa idea clara, de dedicar ese tiempo a cuestiones pues, organizativas, formativas, o lo que sea pero que estén relacionadas con la profesión.INFO.6
-Escepticismo injustificado: actitud de cuestionamiento; manifestaciones de incredulidad ante afirmaciones basadas en pruebas, por sentimientos de desconfianza, egos y recelos profesionales, impidiendo que adopten la práctica innovadora: a FIARSE de lo que hay escrito, dice: “Si si, a mí me están diciendo que esto, es:: es así y que está muy bien, y que todo, pero yo que quieres que te diga, que yo no me lo creo” INFO.8
-Perdida de automotivación y autoincentivación: luego ya te van desmotivando día a día, no te puedes imaginar hasta qué límites. INFO.10
-No querer implicarse: no querer involucrarse en actividades que demanden mayor dedicación en tiempo y esfuerzo sin obtener rentabilidad a cambio: y otros que por circunstancias:: ,a lo mejor ajenas a nosotros, [risas], vamos más, | a lo que:: al día a día::, bueno aquí estoy y yo hago mi trabajo, me voy a mi casa lo más tranquila posible, pero me quedo ahí. INFO.3
-Conformismo: Actitudes de conformidad con una circunstancia que no es óptima o con la que no está de acuerdo, por comodidad o 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

En base a las actitudes exploradas en este estudio, se proponen una serie de perfiles profesionales agrupándose en dos categorías: “Implementador” para los motivados, vocacionales e inquietos profesionalmente; y “Obstaculizante” para los mercenarios, endiosados, parásitos y los que se dejan llevar.

DISCUSION
La identificación de estas actitudes entre los profesionales de enfermería puede ayudar a entender el fenómeno de la implementación de la PCBE en los centros sanitarios(4). Aunque existen diversos estudios sobre las características individuales(5) de las enfermeras hacia la utilización de la investigación con cuestionarios(6), pocos llegan a explorar las actitudes dentro de los procesos de traslación e implementación con metodología cualitativa. Los hallazgos aquí presentados suponen una primera aproximación cualitativa a este problema, que vas más allá de la identificación de barreras y facilitadores(7), intentando ahondar en sus raíces. No obstante, necesitan ser explorados en mayor profundidad para completar el entendimiento de las actitudes que pueden llevar a las enfermeras a posicionarse en estos perfiles profesionales(8), y poder así abordar en ulteriores estudios hasta qué punto distintos perfiles y estilos de práctica influyen en el grado de desempeño de organizaciones y en sus resultados asistenciales(9)

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.Morse JM. Sampling in grounded theory research. In: The Sage Handbook of Grounded Theory, T. Bryant and K. Charmaz, eds. London: Sage Publications.2007:229-244.
2.Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1ª edición. Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería.2002.
3. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349-357
4.Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, de Miguel ÁG, González-María E, Clarke SP. Spanish nurses´ attitudes towards research and perceived barriers and facilitators of research utilisation: a comparative survey of nurses with and without experience as principal investigators. J Clin Nurs 2011;20(13-14):1936-1947.
5.Squires J, Estabrooks C, Gustavsson P, Wallin L. Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. Implementation Science 2011;6(1):1.
6.Frasure J. Analysis of instruments measuring nurses? Attitudes towards research utilization: a systematic review. J Adv Nurs 2008;61(1):5-18.
7.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.
8.Bonner A, Sando J. Examining the knowledge, attitude and use of research by nurses. J Nurs Manag 2008;16(3):334-343.
9.De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Abad AS, Veny MB, Vives GA, Campaner CP. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. Gaceta Sanitaria 2011;25(3):191-197.

AUTORES/AUTHORS:
Nurcan Ertug, Hatice Önal

TÍTULO/TITLE:
Nursing students' research conducting and utilization

It is now widely recognized throughout the globe that evidence-based practice (EBP) is key to delivering the highest quality of healthcare and ensuring the best patient outcomes. EBP involves using the best evidence in making patient care decisions, and such evidence typically comes from research conducted by nurses and other healthcare professionals. Research utilization is the use of findings from a study or set of studies in a practical application that is unrelated to the original research (1, 2).
On a daily basis, nurses, physicians, pharmacists, and other healthcare professionals seek answers to numerous clinical questions. An evidenced-based approach to care allows healthcare providers to access the best evidence to answer these questions in a timely fashion and to translate that evidence into clinical practice to improve patient care and outcomes (1)
The terms research utilization and evidence-based practice often are used interchangeably; however the terms are not synonymous. Evidence- based practice and the developing evidence-based nursing movement are monikers for far reaching programs in nursing and the health sciences more generally. Evidence-based practice is the more general term and encompasses research utilization. Evidence is constituted of more than the findings of research; the term research in research utilization denotes only the findings of (usually scientific) research (3).
Nurses use research to generate new knowledge or validate and refine existing knowledge that directly or indirectly influences nursing practice. Without research, nursing practice would be based on tradition, authority, trial and error, personal experiences, intuition, and borrowed evidence (4).
There are numerous studies both in Turkey(5-7) and other countries (8-11) about nurses' research conducting and utilization. In these studies it has been determined that nurses have not enough utilized the research results. Students' research activities and research utilization skills are important. There is little research about nursing students' research activities and utilization.
The aim of this study was to investigate Turkish undergraduate nursing students' research activities and research utilization, and to illuminate factors that may have an impact on their research utilization.
Methods
This descriptive study was conducted with nursing students in Turkey between February-March 2012. Only sophomore, junior, and senior nursing students who engaged in clinical practice has been studied. The sampling frame comprised the total population of nursing students (n = 302) at from two different university. In total, 216 students responded to the questionnaire, thus reflecting 71% of the population.
The data was collected by a specific form developed by the authors. This form includes nursing students' research activities, research utilization, barriers to research utilization, request for research conduct, level of foreign language, reading scientific articles, and participation in scientific activities. They were given the questionnaire just after any lesson.
Approval was given by the Research Ethics Committee at a university in Turkey.
Written permission for the study was obtained from the head of the institutions. Students received written information about the study; guaranteeing confidentiality and underlining that participation was voluntary and could be terminated at any point in time. The respondents gave their informed consent by completing and returning the questionnaire. In order to ensure anonymity, no identification was done at an individual level.
Data were analysed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). The Percentage, Chi-square, and Fisher's exact test were used to evaluate the collected data.
Results

Most of the students were female (82.4%) and mean age of 21,50±1,75. It was determined that 4.20 percent of the students participated in a study previously. On the other hand 84.30% of the students have been wanted to participate in the research. Students were asked about scientific nursing journals, and the results show that none of students have been followed or red scientific papers. 83,80% of the students have stated nurses have not been kept up with scientific nursing publications. Almost half of students know how to reach scientific publications. However, our results show that none of the students have been followed or red scientific publications.

Eighty-seven percent of the students stated that they were not utilizing the research results in clinical practice. Students' reasons for not utilizing the research results were determined as not knowing how to utilize research results (34.04%), not allowing nurses (28.72%), not understanding the articles written in foreign languages (25.00%), never read any research paper (16.48%), and most of the research is not being practical (11.70%). Seventy-three percent of students reported that nurses have not been utilized the research results.

It was found a relationship between research education and research conducting. Nine students participated to a research activity in the past and 88,88% of these students completed a research course. Students who getting research course conducted more research than others ($x^2=10.582$, $p=0.002$).

Approximately half of the students were found to be poor in foreign language. No significant differences were found when comparing between research conducting and research utilization, participation in scientific activities, reach to scientific publications.

No significant differences were found when comparing between research utilization and students' educational year, getting research course, reach to scientific publications, foreign language level, participation in scientific activities.

Discussion

Nursing students' research activities, research utilization, participation in scientific activities were found in low-level. It is found that none of the students kept up with the scientific publications.

Although a vast majority of students wanted to do the research, so far only 4:20% of the students conducted a research. It has been thought that students are not supported enough by lecturers in this issue. Björkström et al. (12) have found similar result about lecturers. In their study a large number of students did not consider the nursing education lecturers as a resource for nursing development.

Almost half of the students know how to reach scientific publications but noone does follow them and it has been thought that students did not give enough attention to this issue. However, the dependence of nursing practice based on evidence is an important factor improved the quality of the nursing care. It looks good that 90% students want to keep up with scientific publications. It may be due to the fact that lecturers do not encourage the students. In Björkström et al. study (12) 24,5% of the students were nonreader. Mattila et al. (13) have stated that 25-36% students have not read any scientific nursing journal.

It has been found that most of the students (87.00%) and according to statements by the students about three quarters of the nurses have not utilized the research results. Similar result between the two groups is an important finding because students generally take nurses as an example in clinical practice. The result parallels a previous study about utilizing research results. In Heikkila's study (14) research utilization was fair or poor among most nurse and nursing students. According to this study, students' research utilization skills seemed to depend on the amount of instruction. On the other hand Mattila et al. (13) and Björkström et al. (12) found that most of students (72%, 83.9% respectively) had utilized the research results in nursing practice.

Half of the students have poor foreign language that it is considered as an important obstacle in following the scientific publications and research utilization.

It was suggested that students should be supported and encouraged in conducting research, utilizing the results of research, developing foreign language skills and following the scientific publications by educators. Also it may be appropriate training to nurses in this issue because students generally take nurses as an example in clinical practice.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.Melnyk BM and Fineout-Overholt E: Evidence-based practice in nursing and healthcare. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2011
2.Polit DF and Beck CT: Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2012
3.Estabrooks CA: The conceptual structure of research utilization. Research in Nursing & Health 22: 203-216, 1999
4.Schmidt NA and Brown JM: Evidence-based practice for nurses. Jones & Bartlett Learning, Sudbury, Massachusetts, 2012
5.Uysal A, Temel AB, Ardahan M and Ozkahraman S: Barriers to research utilisation among nurses in Turkey. Journal of Clinical Nursing 19: 3443-3452, 2010
6.Alp-Yilmaz F and Tel H: Determination of the nurses' views of the research and the use of research results in practical field. Anadolu Hemsirelik ve Saglik Bilimleri Dergisi 13: 15-23, 2010
7.Özdemir L and Akdemir N: Turkish nurses' utilization of research evidence in clinical practice and influencing factors. International Nursing Review 56: 319-325, 2009
8.Chau JPC, Lopez V and Thompson DR: A survey of Hong Kong nurses' perceptions of barriers to and facilitators of research utilization. Research in Nursing & Health 31: 640-649, 2008
9.Estabrooks CA, Kenny DJ, Adewale AJ, Cummings GG and Mallidou AA: A comparison of research utilization among nurses working in Canadian civilian and United States Army healthcare settings. Research in Nursing & Health 30: 282-296, 2007
10.Mehrdad N, Salsali M and Kazemnejad A: The spectrum of barriers to and facilitators of research utilization in Iranian nursing. Journal of Clinical Nursing 17: 2194-2202, 2008
11.Ofi B, Sowunmi L, Edet D and Anarado N: Professional nurses' opinion on research and research utilization for promoting quality nursing care in selected teaching hospitals in Nigeria. International Journal of Nursing Practice 14: 243-255, 2008
12.Björkström ME, Johansson IS, Hamrin EKF and Athlin EE: Swedish nursing students' attitudes to and awareness of research and development within nursing. Journal of Advanced Nursing 41: 393-402, 2003
13.Mattila L-R, Koivisto V and Haggman-Laitila A: Evaluation of learning outcomes in a research process and the utilization of research knowledge from the viewpoint of nursing students. Nurse Education Today 25: 487-495, 2005
14.Heikkilä A: Ammattikorkeakoulusta valmistuvien hoitotyön opiskelijoiden tutkitun tiedon käyttö. In: Department of Nursing Science. University of Turku, Turku, 2005

AUTORES/AUTHORS:
Mª Jesús Albar Marín, Anna Bocchino, Violeta Luque Ribelles, José Manuel Sevillano

TÍTULO/TITLE:
Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de Empatía Etnocultural en estudiantes de enfermería

Introducción
La emergencia de sociedades multiculturales, como consecuencia de los movimientos migratorios, ha generado importantes desafíos en los servicios de salud europeos. En España, cuestiones centradas en los cuidados de salud a una población diversa culturalmente ha empezado a ser de interés en las competencias que deben adquirir los futuros profesionales así como en la sensibilización y formación de los actuales. Un concepto clave en la adaptación de los cuidados de salud a dicha población es el de empatía, ampliamente estudiado entre los profesionales de la salud, pero que ha mostrado limitaciones al aplicarlo a individuos de culturas y etnias diferentes a las de la mayoría de la población.
Con el propósito de avanzar en el conocimiento de éste tópico, Wang et al (2003) acuñan el término "empatía etnocultural" para referirse a la empatía en contextos multiculturales y, lo hace operativo mediante el desarrollo de un instrumento para medirla. Sus fundamentos teóricos lo constituyen la revisión del concepto de empatía general realizada por Duan y Hill (1996) y las aportaciones realizadas por Ridley y Ligle (1996), sobre empatía cultural, que la definen como "una capacidad aprendida" caracterizada por su naturaleza multidimensional e interpersonal y compuesta por procesos cognitivos, afectivos y comunicativos.
En base a la estructura tripartita de empatía cultural de Ridley & Ligle (empatía intelectual, comunicativa y conciencia de empatia etnocultural) Wang et al. (2003) define la empatía etnocultural como "una capacidad aprendida y un rasgo personal que puede ser valorado, consistente en la empatía dirigida hacia personas de otros grupos raciales y étnicos, que son diferentes de nuestro propio grupo etnocultural". No obstante, el análisis factorial confirmatorio mostraba cuatro factores, definidos de la siguiente forma: a) Tomar Perspectiva Empática, entendida como la capacidad para entender como las personas con diferentes antecedentes étnicos piensan o sienten; b)Sentimientos y Expresión Empática, centrada en las expresiones verbales de pensamientos y sentimientos étnicos hacia miembros de otros grupos étnicos; c) Conciencia Empática, consistente en ser consciente de cómo la sociedad, los medios de comunicación y el mercado de trabajo trata a otros grupos étnicos; d) Aceptación de diferencias culturales relacionada con la aceptación de porque las personas de otros grupos étnicos se comportan de una determinada manera, por ejemplo llevando sus trajes tradicionales, o hablando su propia lengua.
La falta de instrumentos de medida válidos en nuestro país, que ayuden a identificar y monitorizar los cambios en la empatía etnocultural de los estudiantes y profesionales, avala la necesidad de realizar este estudio.
Objetivos
Confirmar la estructura factorial de la versión española de la escala de empatía etnocultural (Wang et al., 2003) en una muestra de estudiantes de grado de enfermería de Andalucía occidental.
Determinar la consistencia interna de los factores identificados y la validez externa, relacionándolos con medidas de prejuicio sutil y manifiesto (Pettigrew y Meertens, 1995).
Metodología
Mediante un muestreo por conveniencia, se seleccionaron 441 estudiantes de primero, segundo y tercer curso del grado de enfermería, de tres universidades de Andalucía occidental (Huelva, Cádiz y Sevilla). 178 (40.4%) de los participantes correspondían a la universidad de Sevilla, 132 (29.9%) a la de Huelva y 131 (29.7%) a la de Cádiz. En relación con el sexo, 360 (81.6%) eran mujeres. Respecto al curso, 198 (44.9%) cursaban primer curso, 142 (32.2%) segundo y, 101 (22.9%) tercero. Las edades se encontraban en un rango de 18 a 44 años (M= 21.6 años, DT= 5.96). Todos los participantes eran españoles.
Instrumentos

Registro de datos sociodemográficos: se recogieron la edad, sexo, curso y universidad de cada uno de los participantes.
Escala de empatía etnocultural. Se utilizó la versión española de la escala de EEC, adaptada según los pasos que recomienda la literatura (Muñiz y Hambleton, 2000). Para asegurar la equivalencia conceptual de los ítems, en una primera fase se llevo a cabo la traducción directa e inversa de los ítems, originalmente en inglés. Este proceso fue realizado por traductores cualificados y posteriormente fue revisada por Wang.
La forma adaptada constaba de 31 ítems que generan una puntuación total y cuatro correspondientes a las subescalas (Wang et al., 2003). La subescala Sentimientos y Expresión Empática consta de 15 ítems (ej. Me molesta que otras personas sufran desgracias por su origen racial o étnico); Conciencia Empática incluye 4 ítems (ej. Soy consciente de cómo la sociedad trata de forma diferente a las personas de orígenes raciales o étnicos distintos al mío); Aceptación de Diferencias Culturales consiste en 5 ítems (ej. Me impaciento cuando me comunico con personas de otros grupos raciales o étnicos a pesar de lo bien que hablan mi idioma); Tomando Perspectiva Empática está compuesta por 7 ítems (ej. No es probable que participe en eventos que promueven la igualdad de derechos para las personas de otros grupos raciales y étnicos). En el formato de respuesta se mide el grado de acuerdo con los ítems en una escala Likert de 5 puntos (1= muy en desacuerdo a 5= muy de acuerdo). Los ítems formulados negativamente fueron puntuados al revés.
Escalas de prejuicio manifiesto y sutil. Se utilizó la versión española de la escala de Pettigrew y Meertens (1995), adaptada por Rueda y Navas (1996), que consta de 20 ítems. Diez corresponden a la medición del prejuicio manifiesto (ej. La mayoría de los políticos españoles se preocupan demasiado por los inmigrantes y no lo suficiente de los ciudadanos españoles), y otros 10 al prejuicio sutil (ej. Pienso que los inmigrantes son muy diferentes a los demás en sus valores y prácticas sexuales). En ambas escalas se mide el grado de acuerdo con los ítems en una escala Likert de 5 puntos (1= muy en desacuerdo a 5= muy de acuerdo).
Procedimiento
La recogida de datos se llevó a cabo en los meses de Abril y Mayo de 2012, en las aulas de las facultades correspondientes. Se les proporcionaba información sobre los objetivos del estudio y se les invitaba a participar. Aquellos/as que voluntariamente accedían a participar, firmaban el consentimiento informado y, auto cumplimentaban las escalas.
Análisis de los datos
Para estudiar la validez del cuestionario se sometió su estructura a un análisis factorial confirmatorio, realizado con la estimación de Máxima Verosimilitud, con el programa EQS 6 para Window. La fiabilidad de los factores se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach y la validación externa mediante análisis de correlaciones con la Escala de Prejuicio Manifiesto y Sutil, con el paquete estadístico SPSS 18.0.
Resultados: se obtuvo un buen grado de ajuste de la solución factorial evaluada a través de los indicadores RMSEA=0.070 (IC: .050-.090), NFI=.891, NNFI=.917, CFI=.940, AGFI= .892. Las medidas de consistencia interna de la escala, obtenidas mediante el alfa de Cronbach, ofrecieron puntuaciones cercanas o superiores a 0,70 en tres de los cuatro factores analizados. Para la escala total fue de .88. Respecto a la validez externa, tanto los cuatro factores como la escala total obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas con las medidas de prejuicio sutil y manifiesto.
Discusión: el objetivo de este estudio era establecer una versión española de la escala de empatía etnocultural, mediante la confirmación de la estructura factorial de la escala original y la exploración de sus relaciones con medidas de prejuicio sutil y manifiesto. También hemos determinado la consistencia interna de los factores identificados.
Nuestros resultados confirman la estructura factorial de la escala original y coinciden también con la versión sueca realizada por Rasoal et al. (2009, 2011) y con la adaptación italiana realizada por Matricardi et al. (2006). Por el contrario, nuestros resultados no coinciden con la versión portuguesa realizada por Sampaio et al., (2011), que indicaban como mejor solución una estructura compuesta de 26 ítems organizados en tres factores.
Tanto las propiedades psicométricas de los ítems como la fiabilidad de las subescalas son adecuadas, encontrándose los coeficientes de cada una de ellas muy similares a los correspondientes a la versión original y posteriores adaptaciones.

Como esperábamos, en el análisis de la validez concurrente se han confirmado las relaciones con las medidas de prejuicio sutil y manifiesto, lo cual confirma que las personas con más empatía etnocultural presentan menos prejuicio sutil y manifiesto.
En resumen, se puede concluir que la adaptación española de la escala de empatía etnocultural responde a la definición operativa de ésta realizada por Wang et al (2003). Se trata de un instrumento fiable, con una dimensionalidad que replica el contenido teórico. La validación de esta escala nos permite medir la empatía en profesionales de la salud de contextos multiculturales, así como poder monitorizar los cambios que se producen como consecuencia de programas de entrenamiento en sensibilidad cultural. También puede constituir una herramienta de gran utilidad en el ámbito académico, para valorar cambios en la empatía etnocultural de estudiantes de enfermería, medicina, psicología y trabajo social.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Duan, C., Hill, C. E. (1996). The current state of empathy research. Journal of Counseling Psychology, 43, 261-274.
Matricardi, G., Albiero, P., & Bragaglia, M. (2006). L'empatia etnoculturale e la sua relazione con il pregiudizio: contributo alla validazione italiana della "Scale of Ethnocultural Empathy – SEE". In M.G. Monaci & G. Roccaro (a cura di). Atti del congresso Giornata aostana dei contributi dei giovani ricercatori di Psiclogia Dinamica, Clinica e dello Sviluppo. Visual Data, Torino, 54-59.
Muñiz, J., & Hambleton, R. K. (2000). Adaptación de los test de unas culturas a otras [Adapting tests from one culture to the next]. Metodología de las Ciencias del Comportamiento, 2, 129-149.
Pettigrew T.F., Meertens R.W. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. European Journal of Social Psicology, 25, 57-75.
Rasoal, C. (2009). Ethnocultural empathy: Measurement, psychometric properties, and differences between students in healthcare educations. Academic dissertation. Linköping University. Linköping studies in Behavioral Sciences No: 147.
Rasoal, C., Jungert, T. Hau, S., & Andersson, G. (2011). Development of a Swedish version of the Scale of Ethnocultural Empathy. Psychology, 9, 925-930.
Ridley, C. R., & Lingle, D. W. (1996). Cultural empathy in multicultural counseling: A multidimensional process model. In Pedersen, P. B., Draguns, J. G., Lonner, W. J., & Trimble, J. E. (Eds.), Counseling across cultures(4th ed.), 21-46. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
Rueda, J. F., & Navas, M. (1996). Hacia una evaluación de las nuevas formas del prejuicio racial: Las actitudes sutiles del racismo. Revista de Psicologia Social, 11, 131–149.
Sampaio, L.R., Guimarães, P.R., Camino, C.P.S., Formiga, N.S. & Menezes, I.G. (2011). Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). Psico, 42(1), 67-76.
Wang, Y.W., Davidson, M.M., Yakushko, O.F., Savoy, H.B., Tan, J.A. & Bleier, J.K. (2003). The Scale of Ethnocultural Empathy: development, validation and reliability. Journal Counseling Psychology, 50(2), 221-234.

AUTORES/AUTHORS:
Eva Van der Linden, Jan Wellens, Malika Ouali, Leentje De Bleser

TÍTULO/TITLE:
Vena puncture for blood culture: evidence based nursing procedures?

Objectives
Nurses are often not sufficiently aware of the complications that vena puncture for blood culture may entail. Because of the large clinical impact, clear guidelines for good blood culture samples are necessary. This research examines whether care institutions in Flanders (Belgium) use procedures regarding this action, if these procedures match with recommendations of scientific research and how nurses perform the technique. The main goal is to describe what the most appropriate technique and procedure is according to two steps of Evidence Based Practice (literature and practice).

Methods
The study was executed between October '09 and May '12. First, a literature review regarding blood sampling for blood culture was conducted. This gives an overview of the level of evidence of the peer reviewed publications in each step of the sampling. Second, nursing handling procedures on blood culture sampling were obtained in three different types of care institutions in Flanders where this technique is exercised. 671 care institutions were contacted by e-mail. Procedures were compared on content, structure and references used. Third, a survey was performed among 124 nurses (who regularly sample blood for blood cultures) employed in six different healthcare institutions in Flanders. They filled in a questionnaire about the technique of blood sampling for blood culture, to get a clear picture of their knowledge regarding this technique. The information gained from the literature review, nursing handling procedures and knowledge of nurses was used to describe a nursing handling procedure for blood sampling for blood culture.

Results
The literature review showed there is no existing evidence-based procedure on blood sampling for blood culture. A nursing handling procedure for this technique, with an overview of level of evidence of the peer reviewed publications per step, was developed. Four nursing handling procedures were obtained and compared. They appear to be very dissimilar regarding content and structure. No references were mentioned. Each healthcare institution uses its own established procedure regarding this subject. The survey among 124 nurses showed that there was no consensus on the implementation of this nursing action. There were large differences in the number of sets of blood cultures needed per 24 hours, blood volume per sample, indications and puncture location.

Discussion
The information gained from the literature review is a good basis to develop a nursing handling procedure on blood sampling for blood culture. The overview of the nursing handling procedures gives an idea of the guidelines used in practice. The response is too low to be able to generalize, but can be used as general background information. The information of the nurses is used to describe the technique as nurses actually perform it in practice. Using the gathered data, a nursing handling procedure was established which is supported by two of the three pillars of evidence based practice. It takes into account the implementation of this technique in nursing practice. This procedure can be used in all kinds of institutions that perform blood sampling for blood cultures.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
· Michael W., Donnino MW., Goyal N., Terlecki TM., Donino KF.,Miller JB.,Otero RM.,Howel MD. Mayo Clinic Proceeding . Inadequate blood volume collected for culture: A survey of health care professionals.2007,sep,82(9):1069-72

· Mermel LA., Maki DG., Detection of bacteremia in adults : consequences of culturing an inadequate volume of blood. Annals of Internal Medicine 1993;119(4):270-272

· Bouzza E.,Sousa D.,Rodriguez-Créixems.,Lechuz.,Munoz . Journal clinical microbiology Is the Volume of Blood Cultured Still a Significant Factor in the Diagnosis of Bloodstream Infections?.2007,45(9):2765-2769

· Barenfanger J., Drake C., Lawhorn., verhulst SJ. Journal Clinical Microbiology.Comparison of chlorhexedin and tincture of iodine for skin antisepsis in preparation for blood sample collection.2004,42(5):2216-7

· M.S. Tabriz, K.Riederer, J. Baran Jr, R. Khatib,(2004). Repeating blood cultures during hospital stay: practice pattern at a teaching hospital and a proposal for guidelines. Clinical Microbiology and Infection, 10, 7, 624-627

· Shafazand S., Weinacker A B., blood cultures in the critical care unit;Improving utilization and Yield.CHEST.2002;122:1727-1736

· F.R. Cockerill, J.W. Wilson, E.A. Vetter, K.M. Goodman, C.A. Torgerson, W.S.Harmsen, C.D. Schleck, D.M. Ilstrup, J.A. Washington and W.R. Wilson (2004). Optimal testing parameters for blood cultures. Clinical infectious Diseases, 38, 1724 – 1730

· Vandijck D., Blot S., Verstraete A., Verschraegen.,Vogelaers D., Decruyenaere J., (2008) Evaluation of indications for performing blood cultures in ICU patients: a pilot study. Critical care,12,400

Boeken

· Lippencott's nursing procedures. Lippencott.W., Wilkens.(2008) fifth edition(pg.191) Wolters Kluwen.

· Isenberg H.D. Clinical Microbiology Procedures Handbook.(2007) Americain Society of Micobiology Press (ASM) Washinton DC

Mesa de comunicaciones 14: Salud Mental

Concurrent session 14: Mental Health

AUTORES/AUTHORS:
AITZIBER GARCIA MARTINEZ DE ESTARRONA, CRISTINA BANACLOIG DELGADO, ANTONIO PARDO CABALLERO

TÍTULO/TITLE:
LA PATOLOGIA FISICA EN EL ENFERMO MENTAL GRAVE EN UNA UNIDAD DE REHABILITACION: RESULTADOS DE UN RPOGRAMA DE CRIBADO

INTRODUCCION
La enfermedad mental se concibe en la actualidad como una enfermedad multidimensional, donde los modelos de rehabilitación tratan de abordar el tratamiento de la misma desde diferentes aspectos biopsicosociales para mejorar la calidad de vida del paciente, entre los que se encuentra el cuidado de la salud física
Se ha demostrado ampliamente que los pacientes con enfermedad mental grave presentan un aumento de la morbimortalidad con respecto a la población general; es por ello que, se están realizando esfuerzos encaminados a mejorar la monitorización y el manejo de la salud física de los enfermos mentales graves, publicándose varias recomendaciones genéricas y especificas tanto internacionales como nacionales.
Basándose en el protocolo de monitorización de la salud física para la esquizofrenia y el trastorno bipolar publicado en 2008 por la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, el equipo de enfermería de la unidad de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena (Murcia) que consta de dos enfermeras especialiastas en salud mental, decidió en octubre de 2011 iniciar un programa de cribado de todos los pacientes que acudían a la unidad con el fin de establecer un protocolo de monitorización y control periódico (basal, 6 meses, 12 meses, 18 meses y 24 meses) de su salud física.
Los resultados obtenidos en la fase basal de dicho programa son los que a continuación se exponen.
Objetivos:
1.-Describir los resultados obtenidos en el programa de cribado de patología física en el enfermo mental grave (EMG) de la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM).
2.- Realizar un perfil de salud general de los usuarios.
Método:
Se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal de los usuarios atendidos en la URSM (N=126 pacientes). Las variables utilizadas se recogen en la consulta de enfermería mediante una entrevista al paciente con toma de constantes y recogiendo los resultados de analítica sanguínea realizada el centro de salud de referencia de cada paciente. El período de evaluación ha sido de 6 meses (Octubre 2011-Abril 2012).
Las variables recogidas son:
1.-variables sociodemográficas y diagnóstico (Edad (18-44/45-65 años), Género (Hombre/Mujer) y Diagnostico médico (Esquizofrenia/otros) y
2.-variables de riesgo: Tabaquismo (fuma/no fuma), Tensión arterial (mmHg), Frecuencia cardiaca- FC (lat/min), Índice Masa Corporal-IMC (Peso Kg/Talla m2), Perímetro abdominal-PA (cm), Glucemia, Colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos (analítica sanguínea en ayunas, mg/dl).
Las variables de riesgo, a su vez, se han clasificado en dos grupos (No riesgo/Riesgo) según el resultado obtenido y utilizando las clasificaciones internacionales existentes: criterios diagnósticos para enfermedades físicas y Tablas de Riesgo Cardiovascular (RCV): REGICOR,DORICA y SCORE.
Se realiza un análisis descriptivo de las variables de riesgo y sociodemográficas. Se analiza la asociación significativa entre las variables sociodemográficas y las de riesgo observada en otros estudios, mediante un análisis de asociación (prueba chi-cuadrado para variables categóricas y prueba T de student para variables cuantitativas).
Los datos se han analizado con el programa SPSS Versión 15.0.
Resultados:
Al inicio del estudio se realizaba un seguimiento de enfermería al 45,7% de los usuarios, con la instauración del programa aumentó al 81,7%.
El perfil del usuario que acude a la URSM es: Hombre (66,7%), edad media de 40 años y con diagnostico médico de esquizofrenia

(61,1%).
El perfil de salud es: Fumador (61%), normotenso (81,6%), FC de riesgo (50%), obesidad (50,5%), PA de riesgo (68%), glucemia elevada (43,7%), colesterol total, LDL y triglicéridos elevados (38%) y cifras bajas de HDL (80,3%).
Un 54% de pacientes presentan criterios diagnósticos de Síndrome Metabólico.
Un 57% de pacientes presentan puntuaciones elevadas de RCV según la tabla DORICA, la cual se relaciona significativamente con un mayor numero de las variables utilizadas con respecto a las otras tablas.
Destaca de forma significativa las relaciones encontradas del IMC, PA y HDL con ambos grupos de variables.
Discusión:
Al aumentar el número de pacientes en seguimiento, se han detectado varias patologías físicas desconocidas hasta ahora por los mismos y se han detectado grupos de pacientes con caracterisiticas similares
Se ha monitorizado de una forma útil y sencilla, permitiendo valorar su evolución en el tiempo.La recogida de variables se ha adaptado a las caracteristicas del trabajo que realiza el equipo de enfermería de la unidad.
Segun los resultados obtenidos, el riesgo de padecer una enfermedad física es más elevado en estos pacientes que el encontrado en diferentes estudios de población general, y muy similar en otros realizados en enfermos mentales graves.
Limitaciones:
1.- Dificultad en la recogida de variables debido a las caracteristicas del paciente con trastorno mental grave y la dificultad de comunicacion y colaboracion con Atencion Primaria.
2.- Dificultad de elección de un modelo para calcular el riesgo cardiovascular. puesto que no hay ninguno adaptado a las caracteristicas del paciente mental grave
Implicaciones en la práctica:
La utilizacion de las diversas clasificaciones de riesgo de un factor y/o de las tablas de riesgo cardiovascular permite mostrar al paciente su estado basal, fomentar el interes y cuidado de su salud fisica y mostrar su evolucion en el tiempo.
La detección precoz de factores de riesgo y enfermedades fisicas permite realizar cuidados específicos de enfermería especialista en salud mental(educacion para la salud tanto individual como grupal, tratamientos especificos y adaptados al paciente segun sus caracteristicas físicas, establecimiento de criterios para remitir a los pacientes a Atencion Primaria si es necesario segun los resultados obtenidos en la toma de variables...) en los usuarios de la URSM.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.-Ascaso, JF.et al. Grupo de trabajo Diabetes Mellitus y Enfermedad Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes. "Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular. Recomendaciones del grupo de trabajo diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes". 2009.
2.-Aranceta, J. et al. "Tablas de evaluación del riesgo coronario adaptadas a la población española. Estudio DORICA". Med Clin (Barc) 2004; 123 (18): 686-91
3.-Bobes, J. et al."Consenso Español de salud física del paciente con trastorno bipolar".Rev Psiquiatr Salud Ment. 2008;01:26-37. - vol.01 núm 01
4.-Brotons, c. et al. "Adaptacion española de la Guía europea de Prevención Cardiovascular" . Rev Esp Salud Publica. 2004; 78: 435-8
5.-De Hert, et al. "Phisical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. WPA Educational Module. World Psychiatry 10:1 February 2011.
6.-De Hert, M. et al. "Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. WPA educational module. World Psychiatry 10:2 June 2011.

7.-De Hert,M. "Enfermedad cardiovascular y diabetes en personas con enfermedad mental grave". Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.) 2009; 2 (1): 49-59
8.-De la Figuera, M. & Vinyoles, E. "Frecuencia cardiaca y riesgo cardiovascular". Hipertens riesgo vasc. 2011; 28(1): 9-15
9.-Ezcurra, j. et al. "La salud física en el enfermo psiquiátrico". Ed. Grupo Aula Médica. S.L. 2008.
10.-Gonzalez-Gonzalez, AI & Obaya, JC. "¿Qué tabla es más adecuada para el cálculo del riesgo coronario en atención primaria?". JANO. 11 de septiembre de 2009. Nº 1744
11.-Meyer, M. "Enfermedades cardiovasculares e hiperlipidemia en pacientes con esquizofrtenia". Medical illness and Squizophrenia. american Psychiatric Publishing, Inc.2003
12.-Meyer, M. & Nasrallah, H. "Enfermedades médicas y esquizofrenia". Ed. ars Médica. Barcelona. 2004.
13.-Rodriguez-Artalejo, F. et al. "Valoracion y control del riesgo metabólico y cardiovascular en los pacientes con esquizofrenia". Med Clin (Barc). 2006; 127 (14): 542-8
14.-Saiz, J. et al. "Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y Psiquiatria Biológica" Actas Esp Psiquiatr 2008; 36 (5):251-264
15.-Sociedad Española de Hipertención. Guia Española de Hipertension arterial. 2005, 22 supl 2:3-15

AUTORES/AUTHORS:
Susana Marqués-Andrés, Esperanza Rayón Valpuesta, Cristina G. vivar, Lourdes Barrasa Santamaría

TÍTULO/TITLE:
EL SUFRIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DE CONDUCTA Premio-Trabajo 32Certamen Eª San Juan de Dios

JUSTIFICACIÓN
Estudiamos el sufrimiento en un contexto de salud, desde la perspectiva de los adolescentes con trastorno de conducta. El fenómeno exige poner en marcha recursos para afrontar la propia realidad(1-5) y adentrarse en un mundo desconocido y ajustado a los supuestos de la modernidad(6), hedonista y evasivo del dolor.
Los trastornos de conducta (TC) son uno de los principales problemas psicosociales de la etapa infanto-juvenil, en aumento(7), con prevalencia, entre 4-18%(8). El interés por los factores de riesgo se centra en la familia(9); es necesario integrar adecuadamente el análisis personal y contextual e identificar las interacciones y su intensidad, más allá de deducciones estadísticas cosificadoras. En la revisión bibliográfica no se encontraron referencias de tal interacción, ni la versión de los adolescentes.
La intención inicial fue explorar la existencia de sufrimiento, qué significado le dan y cómo se posicionan respecto a él estos adolescentes, para conocer si este sufrimiento es previo al TC o al revés. La metodología cualitativa es la más adecuada para tal fin.
Los objetivos generales planteados son:
•Conocer el significado del sufrimiento para los adolescentes diagnosticados de TC.
•Desarrollar una teoría sustantiva(10) explicativa del fenómeno en estos adolescentes.

PERSONAS Y MÉTODOS
Diseño. Estudio cualitativo inductivo, interpretativo, simbólico y constructivista.
Escenario. La población de Bizkaia de 13-18 años, diagnosticados de TC en unidades de psiquiatría infanto-juvenil (UPIJ) de Osakidetza. A partir de ellos se realizó un muestreo teórico.
Los informantes que derivaban a los adolescentes, en las UPIJ fueron dos clínicos. Los asentimientos y/o consentimientos se firmaban el primer día del contacto.
Los criterios de inclusión fueron:
•Adolescentes entre los 13-18 años, o adultos jóvenes 18-22 años que fueron, atendidos en unidades de la zona de referencia.
•Voluntariedad a participar y permiso parental, cuando eran menores.
•Firmar hojas de consentimiento y/o asentimiento informado.
•Capacitados para conversar, entender y explicar preguntas.
Se utilizó la entrevista en profundidad para recoger los datos y su transcripción literal.
Siguiendo los principios de la TF(10), se realizó la recogida de datos concurrentemente con su análisis, finalizándolo con la saturación teórica, conseguida con 11 participantes y 21 entrevistas.

RESULTADOS
Los participantes presentan contextos diferentes con la característica común del TC.
Seis eran mujeres y cinco hombres. Uno vivía en una pequeña zona rural; el resto en zonas urbanas. Seis convivían con su familia, cinco en hogares funcionales tutelados por la Diputación Foral de Bizkaia. Ingresaron seis. La mayoría tienen dificultades para completar la ESO. Dos querían realizar estudios superiores.
Se ha destacado la categoría central con un código in vivo “pasar mal”, expresado en

“A mí no me gustaría que las otras personas lo pasarían mal como lo he pasado yo”. (A,14 años). Se explica con cuatro categorías principales:

INFANCIA AUSENTE

Reconoce la desaparición o inexistencia de una época, en la que sienten abandono, incluso con los padres presentes. Conjugan añoranza y soledad ante sus padres, desatentos en la protección, orientación y limitación.

“-Aita ¿te vienes a jugar a las cartas?- y cinco minutos después (me dice) -¡Anda! Dile a otro que juegue contigo-. Y yo -vale, muy bien, perfecto-. Me quedo como -muy bien, todo muy bien. Hazles más caso a ellos que yo algún día ya te diré ¡anda!¡vete con tus amigos! que no te quiero ni ver-.” (M,13 a)

Se ven obligados a una salida rápida de la infancia, apareciendo los fenómenos de rebeldía propios del TC. Identifican su comportamiento agresivo como identidad y así la mantienen.

“S.- Con 10 años empezaste a tener estos cabreos, pero ¿qué pasaba?

M.- Pues lo mismo. Que mi madre me intentaba poner las correas y ya era mogollón, demasiado tarde. Ya tenía 10 años, ya no tenía 7.” (M,13 a)

Estos niños se sienten indefensos para solucionar problemas, al compararse con otros. Necesitan esforzarse más pues carecen de apoyos y estrategias personales. Aprenden la impotencia y la sumisión al abuso en situaciones complejas. Ponen en marcha reacciones emocionales, que retroalimentan aún más la indefensión, y movilizan estrategias inoperantes para solucionar problemas, p.e. consumos abusivos.

“Me tranquiliza y me ayudaba a evadirme de los problemas, de cualquier problema que tengas en tu vida. Si discutía, pues me fumaba un porro; discuto con mi madre, me fumo un porro. No solucionar los problemas, eso no. Ayuda a taparlos.” (S,17 a)

Por esto es importante mostrar el interés y el afecto.

CONCIENCIARSE DEL SUFRIMIENTO

Los adolescentes con TC afrontan dificultades y peligros; intuyen su sufrimiento desde muy pronto, hacia los 10 años. Se comparan con otros, se dan cuenta de su situación y empiezan a entender su historia. Pero toman decisiones impulsivas, reaccionando al malestar, en línea del TC. Se conciencian con distintas expresiones. “A partir de ahí empecé a drogarme.” (Mi,22 a) o “Mi corazón se partió en dos.” (M,13 a). Aún no pueden asumir su realidad. Se ponen a prueba en múltiples situaciones. Empiezan cambiando su soledad con alternativas inadecuadas para su adaptación.

“P. La verdad es que yo era un poco putona. Sin más. Yo que sé, es que no sé, encontraba entretenido el ligarme a la gente, a los profesores

S. ¿Y te los ligabas?

P. Algo así. Es que era una calientapollas” (P,18 a)

Las manifestaciones del sufrimiento, dependen de las estrategias emocionales y cognitivas adquiridas. Pueden hacerlo de cinco formas.

· Evitarlo. Intento de borrar mágicamente su situación.

· Reactividad emocional. Interpreta provocaciones en cualquier interacción. Cualquiera “puede ponerme en el disparadero”. Paradójicamente sus emociones les hacen vulnerables y descontrolados.

· Dolerse a través del llanto o de la racionalización lo apaciguan.

· Afrontarlo. Concienciándose de las alternativas reales.

· Superarlo. Se autoanalizan y autocritican, al encontrar estrategias para canalizar sus emociones.

“Antes no era persona y ahora por lo menos lo soy. [Antes no era] nada, porque iba todo el día así drogada, que no era nadie. ¿Quién iba a ser? si no sabía ni quién era yo.” (V,17 a)

Estos adolescentes, observan su entorno más amplio, empiezan a verse diferentes y a darse cuenta de su mayor sufrimiento.

INDICADORES DEL SUFRIMIENTO

Expresan el “pasar mal”. Es habitual el fracaso escolar por la desmotivación del esfuerzo. Reconocen las primeras experiencias problemáticas: “crecer mal”, “me portaba mal” o “nunca olvidas”. Su impacto emocional justifica los distintos comportamientos erráticos, autodestructivos y/o violentos.

El aprendizaje se ralentiza y los problemas abarcan otras esferas de su vida; surgen dificultades con los estudios. Las ayudas se convierten en “broncas”, sin apoyos y viven sus problemas como injusticias, por los castigos acompañantes. No encuentran ayuda y se mantienen sin ganas de estudiar. Se desmorona la figura de los profesores.

En tercero empecé a portarme mal por una profesora, que me empezó a crispar; la cogí y dije, -a esta no la dejo pasar-, así. Me empecé a portar mal con ella y ya pa’l segundo año ya pues me veía igual.” (D,13 a)

Estos adolescentes necesitados de ayuda y supervisión, tienen que aprender solos, o de la mano de los profesionales.

“Mi ama sí me ha dicho algo, sí me decía -vete a clase, vete a clase, vete a clase-. Pero se levantaba y me decía -¡vete a clase! -. Y se volvía a meter en la cama. Ni se enteraba; no se levantaba y desayunaba conmigo. O no se levantaba y, mientras yo desayunaba, ella hacía otra cosa.” (A,16 a)

Asumen recuerdos progresivamente, aprenden y los superan con autocrítica.

“Lo que haya pasado, el pasado, pasado está, que ya no sé puede hacer nada. Del pasado he aprendido, no sé umm, es que un montón de cosas. Pero de esas cosas también te tienes que dar cuenta, porque bueno, no aprendes de lo que la gente te dice.” (V,17 a)

Pueden aprender del autoanálisis y la autocrítica, más tarde, cuando reconocen su falta de recursos.

SUAVIZANDO EL SUFRIMIENTO

Conocer la existencia del sufrimiento posibilita afrontarlo y superarlo, requiere diferentes momentos; hay quien se aferra al presente, mientras busca sentido a su sufrimiento, para paliarlo. “Yo sólo pienso en el presente” (D,13 a). Es útil para aliviar el sufrimiento pensar en el pasado y poder afrontar progresivamente su realidad, sin anticipar preocupaciones. No quieren repetir el pasado, ni que éste repercuta en el futuro.

“Yo también mal he ido mal, desde un principio empezamos ya mal. Porque yo creo a mí que no me quería nadie, ni mi familia.” (V,17 a)

Avanzan en la “búsqueda del sentido”, significados, caminos y fines, previa a la vida adulta para encajar su experiencia en un funcionamiento psicosocial adaptado. Luchan activamente ante las dificultades.

“Lo relaciono todo, sino con mi vida. Porque mi vida es toda así, pero cambiar, espero cambiar pronto para no seguir haciéndome daño. Porque no es que piense mucho que me estoy haciendo daño, y cuanto antes mejor.” (D,13 a)

Relatando su experiencia cierran el círculo y llenan de palabras “Pasar mal”.

DISCUSIÓN

“Pasar mal” explica la vivencia de los adolescentes, su sufrimiento para desarrollar un TC. A partir de los datos, se puede afirmar que hay responsabilidad en el sufrimiento, factor aún no explorado. Es una consecuencia de su experiencia infantil, generándose la sensación de soledad, acostumbrados desde muy pequeños “a estar solos jugando con sus juguetes” y “buscarse la vida”.

El fracaso escolar procede del estancamiento emocional, su tristeza no reconocida. Es la desesperanza identificada por Perseius y cols.(11). Se concentran en un vacío vital, caracterizado por desmotivación y desinterés también descrito en otros estudios(12). Para los adolescentes, parece que es determinante la sensación de abandono e indefensión. Pero el sufrimiento ocurre en momentos concretos. Es inherente a la vida humana, con muchas facetas, sin una forma unívoca de identificarlo o entenderlo(13). Cada persona está abocada a adaptarse a lo que le toca vivir.

Las implicaciones clínicas, por una lado plantea un afrontamiento atención conjunta a padres e hijos, propuesta en otro lugar(14,15). Por otro, incluir a las enfermeras de salud mental en los equipos de psiquiatría infanto-juvenil, aunando y sumando recursos

terapéuticos en equipos realmente multi e interdisciplinares.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Callahan D. Dolor y sufrimiento en el mundo: realidad y perspectivas. Humanitas, humanidades. 2004;2:5-16
2. Casell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. N Engl J Med. March 1982;11(306):639-45
3. Chapman CR, Gravin J. Suffering: The contributions of persistent pain. Lancet. 1999;353(9171):2233-7
4. Morse J. Toward a praxis theory of suffering. Adv Nurs Science. 2001;24(1): 47-59
5. Bayés, R. Paliación y evaluación del sufrimiento en la práctica clínica. Med Clin. 1998;110(19):740-3
6. Thumala, D. Modernidad y sufrimiento: Algunos elementos para la comprensión de la significación cultural de la experiencia del sufrimiento. Mad, May 2003;8
7. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. Barcelona: Masson, 2002
8. Aláez M, Martínez-Arias R, Rodríguez-Sutil C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Psicothema 2000; 12(4):525-32
9. Sobral J, Romero E, Luengo A, Marzoa J. Personalidad y conducta antisocial: amplificadores individuales de los efectos contextuales. Psicothema, 2000;12(4):661-70
10. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. 1ª Ed. en español. Medellín: Univ. Antioquia, 2002
11. Perseius KI, Ekdahl S, Asberg M, Samuelsson M: To Tame a Volcano: Patients with Borderline Personality Disorder and Their Perceptions of Suffering. Archives of Psychiatric Nursing. August, 2005; 19(4):160–168
12. Crivelatt MMB, Durma S, Hofstatter LM. Sofrimento psíquico na adolescência. Texto Contexto Enferm. 2006;15(Especial):64-70
13. Fredriksson L, Lindström UA. Caring conversations – psychiatric patients' narratives about suffering. Journal of Advanced Nursing, 2002;40(4):396–404
14. Marqués S, Barrasa L, Amundarain M, Landa M. Protocolo de actuación enfermera con adolescentes con alteración de conducta Norte de Salud Mental. Jun 2007; 28:69-74
15. Marqués S, Landa M, Barrasa L, Amundarain M. Apoyo a padres de adolescentes con alteración de conducta, en una unidad de psiquiatría infanto-juvenil. Ponencia de Interpsiquis, 2007 Congreso virtual.17 feb 2007

AUTORES/AUTHORS:
Maria Helena Agrela Jardim, Otilia Maria Silva Freitas

TÍTULO/TITLE:
Utilizan patrones de drogas entre los jóvenes de RAM

Introducción
Medicamentos y drogas la adicción es un fenómeno complejo y dimensión mundial. El plan de acción contra las drogas y las Toxicomanías proporciona periódicos estudios epidemiológicos realizados para supervisar el desarrollo de diferentes dimensiones del fenómeno, en diversas poblaciones y estudios en subpoblaciones a profundizar en el conocimiento sobre el alcance y las modalidades de consumo. Sólo rompió con la pregunta "cuál es la prevalencia de los patrones de consumo de drogas entre los jóvenes de la región Autonoma da Madeira-Portugal". Los objetivos describen la prevalencia de los patrones de consumo de drogas entre los jóvenes que asisten a la tercera RAM primaria y educación secundaria, es decir, desde la escolarización 12 7 de año a año, escuelas con este tipo de educación de todos los municipios de la región Autonoma da Madeira-Portugal.

Metodologia
Estudio transversal de tipo descriptivo y exploratorio. La variable bajo estudio fue el patrón de consumo de drogas entre los jóvenes de RAM para asistir a tercer ciclo de educación básica y secundaria, operacionalizada mediante el cuestionario ESPAD
La población era de jóvenes que asisten a la 3 primaria y educación secundaria en escuelas con este tipo de educación de todos los municipios de la Región Autonoma da Madeira-Portugal, en el año 2009.
Utilizamos una muestra representativa, aleatoria y estratificada, con un total de 2145 joven, con un error muestral de 2%.

Results:
-48.9% de jóvenes ya han consumido tabaco o fumado regularmente.
-el 15,9% de los jóvenes fumaron durante los últimos 30 días.
-El consumo de bebidas alcohólicas, que se situó en 70,1%.
- -el 58,5% de los niveles de embriaguez de estudiantes por fin consumidos alcohol alcanza entre 1 y 3 puntos, seguidos de 9,0% que reportaron niveles entre 4 y 6 y 5,1% entre los 7 y 10.
-El consumo de prevalencia y marihuana hachís se situó en 10,5%; el consumo de éxtasis se situó en el 2,9%; el uso de inhalantes fue de 4,0%, el uso de tranquilizantes o sedantes sin prescripción médica 5,0%, el uso de anfetaminas que se situó en el 2,4%; el uso de las sustancias alucinógenas se situó en 1,6%; el uso de crack se situó en 1,4%; el consumo de cocaína fue de 2,4% y uso de alucinógenos fue 1,3%.
-3,7% de los jóvenes informó haber consumido alcohol con pastillas jamás en la vida.

Las conclusiones
Los resultados de la encuesta regional sobre la prevalencia de los patrones de consumo de drogas por los jóvenes que asisten a la 3 escuela primaria y secundaria en escuelas con este tipo de enseñanza todos concelhos de RAM, reflejan la magnitud de este problema de salud pública. Estos resultados son consistentes con el perfil de toda Europa estudios de prevalencia que utilizan el mismo instrumento de medición.(Matos et al., 2006; Ministerio de salud, 2005 y 2009). Así, este conocimiento empírico sobre la epidemiología del problema bajo estudio, se convierte en un valor añadido para el diseño de las políticas de intervención eficaz y eficiente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Referências bibliográficas
Matos, M. & Equipa do Projecto - Aventura Social e Saúde (2006)
Consumo de Substâncias nos Adolescentes Portugueses - Relatório Preliminar. Acedido em 17/5/2010
http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/artigo/GasparMatos.pdf

AUTORES/AUTHORS:
Maria de Fátima Santos Rosado Marques, Manuel Lopes

TÍTULO/TITLE:
El proceso de transición del familiar, a cuidador de la persona con depresión

Clasificada como un trastorno del humor (CIE 10), la depresión es considerada en la actualidad un grave problema de salud pública, pela forma como puede deteriorar la cualidad de vida de los pacientes e por las implicaciones sociales que envuelve. De acuerdo con la European Alliance Against Depression (EAAD, 2012), se estima que 18,4 millones de europeos sufren de depresión. Un estudio de salud mental realizado en Portugal (2010), a revelado que 7,9% de la población tenia perturbaciones depresivas, siendo este resultado superior à la media de los países europeos.

De acuerdo con las políticas de salud mental en Portugal, el internamiento en unidades de salud es considerado un recurso de última línea y es en el contexto familiar y social que la persona vive su depresión. Así los familiares deben ser vistos como aliados importantes en la prestación de cuidados. Es esperado que ellos se asuman como cuidadores informales de una persona, cuya situación clínica no conocen y para la cual no están preparados, por no saber lo que hacer. Los familiares tienen que mudar su comportamiento, pero como ocurre esta mudanza ¿
Como es que el miembro de la familia se convierte en cuidador de su familiar con depresión ¿
Objetivos: caracterizar la depresión en la perspectiva del familiar y del paciente; identificar las reacciones que el familiar desarrolla en la relación con el paciente; describir las estrategias utilizadas por el familiar para cuidar del paciente con depresión.
Método: el diseño de la investigación es de naturaleza cualitativa e inductiva, usando la Teoría Fundamentada. La investigación tuvo lugar en dos polos de las consultas externas del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital de Évora, Portugal, en dos ciudades diferentes, durante el mes de Febrero y Julio, 2009. La selección de participantes se hizo mediante la muestra no probabilística intencional de acuerdo con los criterios: adulto y/o anciano con un diagnóstico clínico de reacción depresiva breve o prolongada (CIE-9); vivir con familiares; capacidad cognitiva para permitir la recogida de datos; participación voluntaria del paciente y su familia. Se realizaron entrevistas narrativas semiestructuradas a ocho familias, correspondientes a 20 participantes. Las entrevistas se llevaron a cabo en los hogares, fueran grabadas en audio y transcritas por nosotros.
Resultados: la codificación axial nos permitió identificar dos categorías:
1ª- narrativa de la enfermedad (inicio, causas, manifestaciones y la caracterización de la depresión). El inicio es identificado por el familiar y por el paciente, mientras que las causas se identifican sólo por el paciente. Para el familiar la depresión se manifiesta por comportamientos agresivos, aislamiento, desinversión y pasividad; es caracterizada como una cosa mala porque destruye las relaciones familiares y manipuladora porque es una manera de conseguir lo que el paciente quiere. Para el paciente, la depresión se manifiesta por señales somáticas, pérdida de la voluntad, tristeza, miedo y aislamiento; es caracterizada como una enfermedad de la cabeza, que no se ve, es inconstante y cambia a la persona.
2ª- estrategias de cuidado (escape, indiferencia, conflicto, chantaje). Como manera de cuidar, el familiar está menos tiempo en el hogar para evitar conflictos, aumenta el consumo de alcohol como vía de escape, ignora la conducta del paciente para no estar en desacuerdo con él, como una forma de estimular exige que el paciente haga actividades, y para disminuir el aislamiento del paciente, el familiar niega participar en actividades sociales si él no lo acompaña. A veces responsabiliza el paciente por la inestabilidad de la familia, intentando así ayudarle a tener conciencia de su comportamiento. No participa en las consultas médicas para que el paciente se sienta más cómodo y rara vez participa en las tareas del hogar, también para que el paciente haga alguna actividad.
Discusión: de alguna manera los familiares cambian, para atender a las necesidades del paciente y el papel de cuidador se construye cada día en la interacción entre las personas que cohabitan. El cuidado adquiere características particulares de contenidos inadecuados a la situación de salud. Todo lo que el familiar hace, tiene la intención de ayudar el paciente a mejorar y superar su

depresión a través de un modo diferente de cuidado, pero las estrategias utilizadas conducen el paciente a un mayor aislamiento. Algunas veces el familiar tiene un sentimiento de culpa, no como consecuencia de haber cometido una mala acción, sino por haber tenido un comportamiento más duro con el paciente y no saber se eso es lo correcto, mientras que el paciente se siente incomprendido y mal aceptado.

Los familiares viven la transición a cuidadores con mucha inestabilidad, porque no saben si lo están haciendo bien. La transición es un concepto central y se encuentra dentro del dominio del conocimiento en enfermería (Meleis, 2007). Si las enfermeras saben cómo los familiares se enfrentan a la depresión de su familiar y las estrategias que utilizan, pueden planificar intervenciones adecuadas para que la transición se haga con estabilidad. Para tal es importante que las enfermeras presten atención a estas familias y hagan su seguimiento, para que los cuidadores reciban orientaciones y apoyo, para que la transición se haga armoniosamente y la relación entre familiar y paciente se mejore.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BALLESTER, Ferrando D [et.al]-Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. Revista Presencia vol 2, nº4 (2006).

GONZÁLEZ, Luz Angélica Munoz [et al] – Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. Revista Escuela Enfermeria USP vol 1, nº44, (2010) p.32-39

- HIGHET, Nicole J. [et.al.]- How nuch more can we lose?: carer and family perspectives on living with a person with depression. The Medical Journal of Australia.Sydney. 181,7, 2004

PERA, Pilar Isla-El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. Cultura de los Cuidados –Universidad de Alicante, año 4, nº7 y 8, 1º y 2º semestres (2000), pg. 187-194

PEREIRA, Isabel Carvalho Beato Ferraz; SILVA, Abel Avelino de Paiva – Ser cuidador familiar: a perceção do exercício do papel. Pensar Enfermagem Vol. 16 Nº1 1º semestre, (2012) pg.54-42

MELEIS, A. I. – Transitions Theory. Middle. Springer Publishing Company, 2010

MELEIS, A. I.-Theoretical nursing: development and progress.4th ed. Philadelphia:L.W.& Wilkins, 2007

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Genebra, 2001 – Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet – Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia, 2002

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

Sesión de Comunicaciones Orales Breves I

Session of Oral Brief Presentations I

AUTORES/AUTHORS:
MARIA MARTIN FERNANDEZ, REBECA HERNANZ MORENO, ANA BELEN ARREDONDO PROVECHO, MANUEL ACEVEDO GARCIA

TÍTULO/TITLE:
Análisis enfermero del cumplimiento de protocolos preventivos de infección quirúrgica en prótesis total de rodilla

1. Introducción. Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria son una causa importante de morbimortalidad entre los pacientes. Entre ellas, la infección de la herida quirúrgica representa del 14 al 16% de todas las infecciones adquiridas en el hospital1. Los pacientes que la desarrollan tienen un 60% más de probabilidad de ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos, cinco veces más de reingresar en el hospital y el doble de fallecer2. Además, prolonga la hospitalización, eleva los gastos sanitarios, y supone un gran coste emocional para el paciente y su familia2-4. Se considera que podrían prevenirse un tercio o más5. Las actividades preventivas no son costosas y, generalmente, son menos costosas de lo que supone el cuidado de un paciente con infección6.
Se considera infección quirúrgica aquella que se produce después de la intervención y durante el primer año siguiente a la cirugía. Se clasifican en: superficiales, si afectaban a piel y tejido celular subcutáneo; profundas si afectaban a los tejidos blandos profundos de la incisión y de órgano-espacio cuando la infección afectaba a cualquier parte de la anatomía diferente de la incisión en la piel, de la fascia o de las capas musculares que se abren o manipulan en el acto quirúrgico7.
El riesgo de infección aparece con la incisión cutánea y es máximo al final de la intervención7. Las medidas de prevención deberían encaminarse a la correcta cumplimentación de los protocolos de preparación del paciente, profilaxis antibiótica y cura de herida. Nuestros protocolos contemplan el día de la intervención: la ducha con jabón antiséptico, la aplicación de colutorio de clorhexidina y rasurar lo más próximo a la intervención y cuando sea imprescindible. La administración de la profilaxis antibiótica entre 30 y 60 minutos antes de la intervención y una segunda dosis a las 24 horas. Recientemente se ha puesto en marcha un protocolo de cura de herida quirúrgica, que establece una primera cura a las 48 horas y educación sanitaria al alta.
Por ello nos planteamos como objetivos, medir el grado de cumplimiento de los protocolos preventivos establecidos en nuestro centro en pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla. Comprobar el registro de indicadores de infección y evolutivo de la herida quirúrgica. Verificar el cumplimiento de registro de informes de continuidad de cuidados al alta.

2. Métodos. Estudio descriptivo transversal retrospectivo de evaluación del grado de cumplimiento de los protocolos establecidos en el centro aplicados a pacientes intervenidos de PTR en el primer semestre de los años 2008 y 2011. Los datos se recogieron a través de la valoración del paciente, la historia clínica y los registros evolutivos de enfermería. La información recopilada se registró en una base de datos diseñada a tal efecto y analizada mediante el paquete informático SPSS 14.

3. Resultados. Durante 2008 se realizaron un total de 109 intervenciones cuyo porcentaje de infección constituye un 0.92% de la muestra. En 2011 se intervinieron 164 pacientes de los cuales se infectaron el 2.44% El cumplimiento del protocolo de preparación quirúrgica es del 82.57%(2008) y 92.07%(2011), siendo la causa de incumplimiento más frecuente la no aplicación del antiséptico bucal. La correcta administración de profilaxis antibiótica es del 66,06% y 84,15%. Si se comparan los resultados obtenidos se observa una mejora en la preparación quirúrgica 9.50% y en la profilaxis 18,09%, además de un aumento en el porcentaje de infección 1.52%. En 2008 se realizan el 95,5% de altas de enfermería, y el 97,30% en 2011. La primera cura se realiza según protocolo en el 64,5% en 2008 y en el 59,8% en 2011. En 2008 no se registran las características de la herida en el 27%, mientras que en 2011 en el 39%

4. Discusión. En 2011 el porcentaje de infección es mayor que en 2008, año en el que no estaba implantado el protocolo de cura de herida quirúrgica, pero sí el de preparación del paciente y de profilaxis antibiótica. El nivel de cumplimiento de preparación quirúrgica es mayor en 2011 coincidiendo con el mayor porcentaje de infección lo que nos hace pensar que existen otros factores no estudiados que influyen en la infección de herida.
Comparando los años, existe mejora en el cumplimiento del protocolo de preparación que puede estar relacionada con la impartición

de sesiones al personal y el diseño y entrega de un díptico informativo para pacientes. Si comparamos nuestros resultados con el estudio multicéntrico sobre incidencia de infección de la Comunidad de Madrid que revela que solo el 50,3% de pacientes fue correctamente preparado8, nuestro cumplimiento es superior en ambos periodos estudiados. En cuanto al cumplimiento de la profilaxis antibiótica, la recibieron adecuadamente el 63,3%, muy próxima a la que obtuvimos nosotros el primer periodo de estudio, pero que en el segundo también mejora. Podría ser debido a que desde la comisión de infecciones se realiza un cuadro resumen de profilaxis para facilitar la labor asistencial.

La ambigüedad en los evolutivos de enfermería y la ausencia de registro estandarizado de cura quirúrgica pone de manifiesto la necesidad de un formulario que unifique criterios de actuación enfermera.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Monge V, Sainz de los Terreros L, Díaz-Agero C, Saa CM, Plana N. Excess length of stay attributable to surgical site infection following hip replacement: a nested case-control study. Infect Control Hosp Epidemiol 2006; 27:1299-301.

2.Kirkland KB, Bridges JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. Infect Control Hosp Epidemiol 1999; 20: 725-30.

3. Burke JP. Infection control-a problem for patient safety. N Eng J Med 2003; 348: 651-6.

4. Hollenbeak CS, Murphy D, Dunagan WC, Fraser VJ. Nonrandom selection and the attributable cost of surgical site infections. Infect Control Hosp Epidemiol 2002; 23: 174-6.

5. Yokoe DS. Classen D. Improving patient safety through infection control: a new healthcare imperative. Infect Control Hosp Epidemiol 2008; 29: 3-11.

6. William R, Jarvis MD. Controlling Healthcare-Associated Infections: the role of infection control and antimicrobial use practices. Sem Pediatr Infect Dis 2004; 15(1): 30-40.

7. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for prevention of surgical site infection. 1999. Infect control hosp epidemiol 201-247.

8. Estudio multicéntrico sobre la incidencia de infección en prótesis de rodilla. F. Jaéna, M.I. Sanz-Gallardoa, M.P. Arrazolaa, A. García de Codesa, A. de Juanes. Resines, Grupo de Trabajo INCLIMECC de la Comunidad de Madrid. Disponible en Internet el 5 de octubre de 2011.

AUTORES/AUTHORS:
Virginia Esperanza Fernández Ruiz, Baldomero De Maya Sanchez, Jose Antonio Paniagua Urbano, Maria Dolores Carrillo Izquierdo, Oscar Segura de Alba, Maria Soler Agusti, Maria Montaña Lopez Santos, Maria Dolores Zaragoza Osete, Pilar Soler Gomez

TÍTULO/TITLE:
REGISTRO DE ACTUACIÓN DEL 061-MURCIA EN EL TERREMOTO DE LORCA

Introducción: el terremoto de Lorca, el 11 de mayo de 2011, incrementó las atenciones sanitarias de urgencias. La Gerencia del 061 desplegó sus dispositivos de atención a los afectados por el temblor. Las emergencias se priorizaron a través de un sistema de tarjetas triage, en el hospital de campaña y esta acción se completó por la asistencia simultanea de diferentes Unidades Móviles de Emergencias (UME)
Objetivos: conocer las características de los servicios sanitarios de urgencias realizados tras terremoto, tanto a través del sistema de triage en el hospital de campaña como directamente por la UME
Metodología: estudio observacional descriptivo transversal realizado entre el 11 y 15 de mayo de 2011. Se recogieron datos de edad, sexo, centro de atención, traslado hospitalario, motivo de consulta, patología, tratamiento y turno de atención de los servicios sanitarios del 061, incluyendo el hospital de campaña, y los de Unidades Móviles de Emergencias. Los datos son procesados en una base de datos de Microsoft Excel y posteriormente exportados al programa estadístico SPSS para Windows, versión 15.0. Antes de proceder al análisis de los resultados, se realiza una depuración de errores de trascripción, en un principio de forma manual revisando cada uno de los sistemas de recogida de datos cumplimentados y, posteriormente, mediante estadísticos, valores medios y valores extremos; desechando todos aquello que no han sido completados en su totalidad.
Resultados: Fueron analizadas 37 historias clínicas completas de sujetos atendidos por la UME con edades comprendidas entre 6 y 89 años (media = 51,78; DT = 20,90), de los cuales el 45,7% eran varones. En el hospital de campaña a través del sistema tarjeta de triage se obtuvieron datos de otros 46 sujetos, de los que el 54,3% eran mujeres, no registrándose la edad ya que el sistema triage no proporciona esa información.
De los sujetos atendidos por la UME, en 13 (28,3%) el dispositivo de atención fue el hospital de campaña. El 28,3% fue atendido en turno de mañana, el 60,9% de tarde y el 10,8% de noche. Los motivos fueron cardíaco (23,9%), neurológico (23,9%), traumatismo (19,6%), respiratorio (8,7%), psicológico (6,5%) y otros, como picadura, malestar, etc. (17,4%). Se aplicó tratamiento al 80,4% de los pacientes y necesitaron traslado hospitalario el 45,7%. Respecto a los pacientes atendidos a través del sistema triage, el 23,9% lo fue en turno de mañana, el 37,0% de tarde y el 39,1% de noche. La patología diagnosticada fue mayoritariamente de tipo variado (30,4%), seguida de respiratoria (23,9%), traumática (21,7%), psicológica (8,7%), metabólica (6,5%), cardíaca (4,3%) y neurológica (4,5%). Se aplicó tratamiento al 50% de los sujetos y el 10,9% necesitaron traslado hospitalario. Las pruebas ji-cuadrado indican que la UME atendió más urgencias en los turnos de mañana y tarde y menos de noche en comparación con el hospital de campaña a través del sistema triage ($p = 0,006$); también diagnosticó más patologías cardíacas, traumáticas y neurológicas, y menos respiratorias y de otro tipo que el hospital de campaña ($p = 0,033$). También en la UME se aplicaron más tratamientos ($p = 0,004$) y se hicieron más traslados hospitalarios ($p = 0,001$).
Conclusiones: la atención de la UME difiere de la aplicada por el sistema triage: 1) por su naturaleza móvil, la UME realiza más traslados hospitalarios y aplica más tratamientos que el hospital de campaña; 2) existe una discrepancia en el porcentaje de patologías traumáticas, cardíacas y neurológicas, superior en la UME, así como respiratorias y otros (picaduras de insectos, rozaduras…), superior en el hospital de campaña; 3) las urgencias móviles se producen principalmente durante el turno de tarde, frente al sistema triage, que atiende más urgencias de noche. Entre las limitaciones del estudio destaca la imposibilidad de registrar todas las urgencias atendidas debido a la confusión provocada por el terremoto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Tomoyuki Y, Muneichi S, Taketada S, Yoshiaki M, Noboru O, Yoshiaki K, et al. Medical Responses Following the Sendai Quake (East Japan Earthquake, March 11, 2011). Artificial Organs, 2012;36(8):760-763.

McIntyre T, Hughes CD, Pauyo T, Sullivan SR, Rogers Jr SO, Raymonville M, et al. Emergency Surgical Care Delivery in Post-earthquake Haiti: Partners in Health and Zanmi Lasante Experience. World Journal of Surgery, 2011;35(4):745-750.

Su CY, Chou FH, Tsai KY, Lin WK, The establishment of a standard operation procedure for psychiatric service after an earthquake. Disasters, 2011;35(3):587-605.

Chan CLW, Wang CW, Qu Z, Lu BQ, Ran MS, Ho AHY, et al. Posttraumatic stress disorder symptoms among adult survivors of the 2008 Sichuan earthquake in China. Journal of Traumatic Stress, 2011;24(3):295-302.

Post-Earthquake Injuries Treated at a Field Hospital -- Haiti, 2010. MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report, 2011;59(51/52):1673-1677.

Nie H, Tang SY, Lau WB, Zhang JC, Jiang YW, López BL, et al. Triage during the week of the Sichuan earthquake: A review of utilized patient triage, care, and disposition procedures. Injury, 2011;42(5):515-520.

You C, Chen X, Yao L. How China responded to the May 2008 earthquake during the emergency and rescue period. Journal of Public Health Policy, 2009;30(4):379-394.

AUTORES/AUTHORS:
Carme Nicolás, Rosa Llimona, Roser Jané, Maria Salamero, Gemma Muñoz, Inés Arancibia, Olga Monistrol

TÍTULO/TITLE:
Implementación de una trayectoria clínica en el manejo del paciente con shock séptico

Introducción:
El paciente con shock séptico (SS) requiere una atención sanitaria rápida debido a que el retraso en este proceso repercute directamente en la mortalidad del paciente (1). Rivers et al. demostraron que la resucitación precoz (6 primeras horas), guiada por objetivos hemodinámicos, consigue reducir la mortalidad intrahospitalaria (2). En este contexto, la campaña internacional Surviving Sepsis Campaign, plantea, para reducir la mortalidad, un protocolo de reanimación estandarizado para la atención al paciente con SS (3-5). Este protocolo es complejo y para llevarlo a cabo es fundamental la coordinación entre profesionales.
Entre los instrumentos y las metodologías que facilitan la coordinación e implementación de procesos complejos encontramos las trayectorias clínicas (TC) conocidas en anglosajón como las “care pathway” (6).
En 2011, la comisión de sepsis del Hospital Universitario Mútuaterrassa (HUMT) plantea la opción de implementar la TC del shock séptico con la finalidad de mejorar la atención al paciente y estandarizar el cuidado prestado.

Objetivos
• Evaluar el grado de implementación de una TC en el proceso diagnóstico-terapéutico del paciente con SS.
• Evaluar si la implementación de una TC aumenta el cumplimiento del protocolo de resucitación en el paciente con SS en urgencias.

Método
Estudio de cohortes prospectivo tras la implementación de una TC de todos los casos consecutivos de pacientes con SS que se activaron en urgencias del HUMT (116.098 visitas/año).
Periodo de estudio y procedimiento: El seguimiento lo realizó la enfermera de TC de forma diaria identificando todos los pacientes con SS en urgencias. Se recopilaron los datos de las TC y del registro médico y de enfermería identificando criterios de inclusión y exclusión. Los pacientes con criterios de inclusión se clasificaron en grupo A (pacientes con TC) y grupo B (pacientes sin TC). Para cada paciente se recogieron las variables: edad, sexo, cumplimiento del protocolo de resucitación y mortalidad durante el ingreso.
Intervención:
- Constitución de un equipo multidisciplinar con médicos y enfermeras de urgencias, UCI, control de la infección nosocomial y enfermera coordinadora de TC.
- Se diseñó una TC con las medidas de la “Surviving Sepsis Campaign” en las 6 primeras horas: fase 1: Activación y implementación de la TC según criterios de inclusión y exclusión, fase 2: Aplicación del protocolo de resucitación: a) hemocultivos antes de la administración de antibiótico b) administración antibiótico en las 3 primeras horas, c) administración precoz de volumen y d) determinación de lactato, fase 3: activación del equipo de UCI frente la ausencia de respuesta al volumen e inicio de soporte vasoactivo.
- Sesiones formativas para los profesionales de urgencias.
- Feedback mensual con los resultados obtenidos

Análisis: se calculó el grado de cumplimiento de cada uno de los ítems del protocolo de resucitación en los pacientes del grupo A comparándolos con el grupo B. Se utilizó estadística descriptiva mediante frecuencias y comparativa mediante test de comparación de proporciones.

Resultados
Se identificaron 70 pacientes con SS. De estos cumplían criterios de activación de TC 39 (55%) que constituyeron la población a estudio. Respecto a las variables sociodemográficas el 67% fueron hombres, el 23% mujeres y la edad media fue de 63.7 años (DE 20). De los 39 pacientes sé activó TC a 29 pacientes (75%) (Grupo A) y no se activó en 10 pacientes (25%) (Grupo B). Al comparar los ítems del protocolo de resucitación en el grupo A versus el grupo B se comprobó que; se realizaron hemocultivos previos a la administración del ATB en el 100% vs el 80%; el ATB se administró durante las 3 primeras 3 horas en un 93.1% vs 80%; la administración precoz de volumen se realizó en un 94.2% vs 69.4% y la determinación de lactato en un 96.6% vs 100%. El cumplimiento global de todas las medidas del protocolo fue de 87% vs 60%. Aunque numéricamente el grupo A presentó mejores puntuaciones para todos los ítems no se obtuvo ninguna diferencia estadísticamente significativa. La mortalidad intrahospitalaria fue del 3%.
Discusión y conclusiones
La implantación de protocolos de actuación basados en la evidencia en patologías tiempo-dependientes es de gran utilidad pero implica cambiar hábitos y actitudes en profesionales de un ámbito heterogéneo como son los servicios de urgencias (7). En el presente estudio, el grado de activación del código fue del 75% algo superior que estudios publicados donde la tasa fue de un 64,2% (8).
El seguimiento del protocolo fue más adecuado en los pacientes a los que se les activó la TC. Sin embargo, las diferencias entre grupos no fueron estadísticamente significativas posiblemente por el reducido número de pacientes incluidos. Por ello se plantea un aumento del tamaño de la muestra que permita la evaluación del impacto de la TC.
La iniciativa de implantar el protocolo mediante una TC ha permitido el trabajo y participación multidisciplinar desde el inicio del proyecto y el feedback mensual con los resultados ha mantenido la alerta de los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ferrer R, Edusepsis Investigators. Surviving sepsis campaign in Spain:differences between perception and objective implementation. Intensive Care Medicine. 2006;32(suppl):S22.

2. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B et al. Early Goal-Directed Therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. New England Journal of Medicine. 2001;345:1368-77

3. Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, et al. Surviving Sepsis Campaign Guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Intensive Care Medicine. 2004;30:536-55.

4. En http://www.survivingsepsis.org/6hr_bundles (consultado el 9-05-2008).

5. León C, García-Castrillo L, Moya MS, Artigas A, Morges M, Candel FJ, et al. Documento de consenso (SEMES-SEMICYUC) Recomendaciones del manejo diagnóstico-terapéutico inicial y multidisciplinario de la sepsis grave en los servicios de urgencias Hospitalarios. Emergencias. 2007;19:260-72.

6. European Pathway Association. en http://www.e-p-a.org/clinical---care-pathways/index.html

7. Chanovas MR, Echarte JL, Olivé G, Garcia Pérez D, Orrego C, i grup de treball codi Sépsia SocMUE. Implantació del codi sèpsia

des de triatge en el servei de urgències. Annals de Medicina. 2011; 94:153-56

8. Aguirre A, Echarte JL, Mínguez S, Supervía A, Skaf E, Campodarve I. Implementación de un “Código Sépsis Grave” en un servicio de urgencias. Emergencias. 2009; 21: 255-261.

AUTORES/AUTHORS:
Isabel Mª Pérez Moya, Antonio Boluda Aparicio, Mercedes Nicolás Hernández, Antonio Pardo Caballero, José María Herrera Fernández, Mª Mar Auñon Velencoso, Antonia Inmaculada Zomeño Ros, Mª Victoria Martínez González, MªTeresa Escribano Hernández

TÍTULO/TITLE:
Análisis de la valoración del riesgo nutricional en pacientes quirúrgicos mediante la escala NRS 2002.

Introducción: El estado nutricional del paciente es un indicador que incide sobre la morbilidad y la recuperación del mismo. Existen diferentes formas y escalas para su valoración, adoptándose en el Servicio Murciano de Salud la Escala NRS 2002. Su implantación se llevó a cabo en 2010 mediante un procedimiento en el que se fijaban los pacientes a los que iba dirigido la aplicación de la escala. Por lo que nos marcamos los siguientes objetivos:
Conocer la evolución de la cumplimentación de la escala en los pacientes de cirugía general.
Cuantificar el número de pacientes identificados con riesgo nutricional.
Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la valoración de la escala NRS 2002 contenidas en las historias clínicas de los pacientes ingresados en la unidad de cirugía general de un hospital general universitario de nivel II, desde mayo de 2010 a diciembre de 2011. En 2010 se implantó la valoración NRS 2002 con un perfil específico de pacientes definido en el procedimiento de aplicación de la escala, anexando los GRD que se debía evaluar. Esta escala consta de un screening inicial que si supera los 3 puntos da paso a una valoración final para establecer si existe o no riesgo nutricional. Las variables estudiadas fueron número de pacientes valorados, grado de desnutrición proteica, ingesta, pérdida de peso, imc, comorbilidad. Los resultados se muestran en frecuencias y porcentajes.
Resultados: En el periodo estudiado, se alcanzó una cobertura del 100% de los pacientes a los que iba dirigida la valoración según procedimiento. Durante el primer año se realizaron 82 valoraciones, de las que un 51% eran mayor de 3, de estas 30 presentaban algún grado de desnutrición en el screening final, 40% (12) de las cuales ponían de manifiesto una desnutrición proteica grave. En 2011 se cumplimentaron 140 valoraciones, de las que un 45% (63)obtuvieron una puntuación mayor de 3, presentando en el screening final algún grado de desnutrición 61, de las que un 18% (11) correspondían a desnutrición proteica grave.
Discusión:
La aplicación de la escala NRS 2002 a los pacientes diana de los GRD marcados en el procedimiento se ha consolidado en los 2 años de su aplicación en la unidad.
La identificación de pacientes quirúrgicos con riesgo nutricional nos permite iniciar precozmente las actuaciones dirigidas a prevenir el riesgo o tomar mediadas para solucionar el problema, para lo que trabajamos en colaboración con la unidad de nutrición.
El número de pacientes identificados con riesgo nutricional es bajo, aunque debido a la importancia que tiene en la recuperación del paciente, la aplicación de una escala específica para valorar el riesgo nutricional constituye un instrumento de apoyo al patrón funcional nutricional-metabólico de la valoración inicial de enfermería, facilitando la indentificación de los pacientes con desnutrición o riesgo de padecerla.
Implicación para la práctica:
La identificación de pacientes con riesgo nutricional nos permite una actuación precoz destinada a solucionar el problema y anticiparnos a posibles complicaciones, disminuyendo así la comorbilidad y por tanto la estancia del paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1. Kondrup J, Rasmussen H, Hamberg O. “ Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled

clinical trials" Clin Nutr 2003; 22(3): 321-36
2. Kondruk, J. Allison S, Elia M. "ESPEN Guidelines for nutrition screening". Clinican Nutrition (2003) 22(4): 415–421
3. Martín Folguera, T. et al.Grupo de Trabajo de Gestión de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). "Análisis de la relevancia y factibilidad de indicadores de calidad en las unidades de nutrición". Nutr.Hosp. vol.27 no.1 Madrid ene.-feb. 2012
4. Ocón Bretón, M.ª J.et al "Comparación de dos herramientas de cribado nutricional para predecir la aparición de complicaciones en pacientes hospitalizados". Nutr Hosp. 2012;27(3):701-706
5. Ulibarri, J. I. et al. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). España. "Recomendaciones sobre la evaluación del riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados". Nutr. Hosp. v.24 n.4 Madrid jul.-ago. 2009

AUTORES/AUTHORS:
MANUEL GONZALEZ CABRERA, ANA RAQUEL ORTEGA MARTINEZ, MARIA ELENA ORTUÑEZ FERNANDEZ

TÍTULO/TITLE:
ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

OBJETIVO: Elaboración de un cuestionario que permita evaluar las habilidades de comunicación para dar malas noticias (CMN) que posee el personal de enfermería que trabaja en los servicios de cuidados críticos y urgencias (SCCU) (Estudio piloto).
Objetivos específicos:
• Elaboración de los ítems para el cuestionario de CMN para el profesional de enfermería en los SCCU según el protocolo SPIKES adaptado.
• Analizar la fiabilidad del cuestionario para el análisis de la CMN para el personal de enfermería de los SCCU.
• Analizar la validez del cuestionario para el análisis de la CMN para el personal de enfermería de los SCCU.
o Validez de contenido.
o Validez de constructo.
METODOLOGÍA:
• Elaboración del cuestionario.
o Búsqueda, selección y análisis de las fuentes bibliográficas.
o Identificación de variables y elaboración de ITEMS.
Variables a estudio: Habilidades de CMN en los SCCU por el profesional de Enfermería. Se establecen 6 dimensiones en base al constructo definido en función del protocolo recomendado por Buckman (SPIKES), con la aportación de Rambow y McPhec (ABCDE) y Villa López. En base a estas dimensiones se elabora el cuestionario y se valora por 7 expertos (método Delphi).
• Validación del cuestionario.
Diseño: Estudio Observacional descriptivo transversal de recogida de datos psicométricos. Población: personal de enfermería de los SCCU. Criterio de inclusión: trabajar 3 meses ininterrumpidamente en los SCCU. Muestra: plantilla de enfermería del SCCU del Hospital Universitario de San Agustín de Linares (45 trabajadores).
Las variables del estudio, son todas las variables incluidas en el cuestionario con sus valores computables.
• Dependientes: Valor del cuestionario de CMN en los SCCU por el profesional de enfermería.
• Independientes: Sexo, área de actividad asistencial, franja horaria de actividad asistencial.
Valoración de los posibles sesgos, normas éticas, respeto por los principios bioéticos y por los principios éticos de la verdad.
Manifiesto de conflicto de intereses.
RESULTADOS:
Descripción de la muestra: 45 profesionales.
Distribución por:
Sexo: 17 hombres (38%) y 28 mujeres (62%),
Areas de trabajo: Servicio de Urgencias 30 sujetos (66%) y servicio de UCI 15 sujetos (33%).
Turno de trabajo: T diurno: 1 sujeto (2%), T de guardias: 6 sujetos (13%), T rotatorio: 38 sujetos (84%).
Valoración de las propiedades psicométricas:
• Fiabilidad:
Para calcular la fiabilidad del cuestionario hemos utilizado el estadístico a de Cronbach, obteniéndose un valor de 0’815, con lo que se observa una alta fiabilidad y consistencia interna del cuestionario.

• Validez de contenido:
Justificada tanto por la revisión profunda de la literatura, así como los juicios evaluadores de 7 expertos.
• Validez de constructo:
Se realiza un análisis factorial exploratorio.
En el estudio de comunalidades se obtienen valores de los 28 ítems por encima del 0'50 %, determinándose una alta carga en el análisis de los componentes.
Obtenemos en el análisis de Componentes principales, 11 componentes, que explican el 77.474% de la varianza total. Así también podemos ver que hay un componente principal que se desmarca de los anteriores en cuanto a la explicación de la varianza total (21.283%), considerando un constructo unidimensional.
DISCUSIÓN:
El cuestionario de CMN para el profesional de enfermería que se ha elaborado en este estudio piloto, se establece como un método con alta fiabilidad y validez como se ha demostrado en los resultados obtenidos.
El estadístico a de Cronbach nos ha ofrecido un valor de 0'815, con lo que nos demuestra que nos encontramos con un cuestionario fiable y con una alta consistencia interna.
La validez de contenido queda patente en el grado en el que el cuestionario que hemos empleado mide el universo de constructo, utilizando una amplia bibliografía, justificando los ítems incluidos en el cuestionario. Así como la colaboración de 7 expertos.
En un principio partimos de 6 dimensiones (Preparación / Percepción / invitación / Conocimiento / Empatía / Estrategia), bien definidas desde el punto de vista teórico y basándonos justificadamente en la profunda bibliografía tratada, aunque analizando los datos obtenidos mediante el análisis factorial exploratorio se llega a la conclusión que esta división en 6 dimensiones, es una división arbitraria derivada de un marco conceptual teórico, y se podría entender como etapas en el proceso de comunicación de malas noticias, derivándose de los datos obtenido como una única dimensión dominante (unidimensional), ya que se observa común a todos los ítems utilizados, y se entendería como una única dimensión denominada "Empatía", ya que contiene parte de cada uno de los componentes que conforman el test.
Por tanto podemos llegar a proponer este cuestionario "CCMNE", partiendo de este estudio piloto como una herramienta a tener en cuenta en una posible validación de un cuestionario futuro para el análisis de CMN para los profesionales de enfermería y así conocer el perfil comunicacional de los mismos.
También se abre una perspectiva de trabajo futuro en el que se pueden proponer talleres para el entrenamiento de las habilidades necesarias para la CMN y posterior evaluación de los resultados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1 Villa López B, Recomendaciones sobre como comunicar malas noticias Nure investigación Nº 31 noviembre-Diciembre 2007
2 Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona; Masson-Salvat, 1993.
3 Bengoechea M B, Estudios sobre la comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. Enfermería clínica 2001; vol 11, Num. 6
4 De Haro-Fernández F. Instrumentalizar la comunicación en la relación enfermera-paciente como aval de calidad. Rev Calidad Asistencial 2002;17(8):613-8
7 Buckman R. Breaking bad news: Why is still so difficult? Br Med J. 1984; 288: 1597-9.
5 Núñez S, Marco T, Burillo-Putze G, Ojeda J, Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. Med Clin (Barc). 2006; 127 (15): 580-3
6 Carrillo Esper Raúl Comunicando malas noticias en la Unidad de Terapia Intensiva Primum non nocere Med crítica y terapia intensiva vol 21, Nº 4 Oct-Diciembre 2007 194-199

7 Mirón González R Comunicación de malas noticias perspectiva enfermera Rev Esp Com Sal. 2010;1 (1): 39-49
12Sobrino López, A. Comunicación de malas noticias. Semn Fund Esp Reumatol. 2003; 9: 111-122
8 Farrel M. The Challenger of Breaking bad news. Intensive and critical care nursing. 1999; 15: 101-110.
9 Schildmann J, et al. Breaking bad news: evaluation study on self-perceived competentes and views of medical and nursing students taking part in a collaborative workshop. Suppot Care Cancer. 2006; 14: 1157-1161.
10 Del Valle García M. enfoque comunicacional de los profesionales de la salud: Malas noticias. Publicación oficial SEDENE. 2006; 23: 23-25.
11 Burkman R. Breaking bad news: the S.P.I.K.E.S strategy. Community oncology. 2005; March-April: 138-142.
12 Baile W, Buckman R y col. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Applications to the patients with cancer. The Oncologist. 2000; 5:302-11.
13 Vanderkieft GK. Breaking bad news. American family physician. 2001; 64 (12): 1975-1978.
14 López Santos V, Sánchez Ramos JL, Toronto Gómez A. Valoración del componente comunicativo/relacional de la práctica enfermera en Atención Primaria. El cuestionario Gatha-enfermería. 2008. Index Enferm. V 17 Nº 3 Granada Jul-sep.
15 Leventown Marcia. Breaking bad news in the Emergency Department. When Second count. Top. Emerg. Med. 2004. Vol 26. Nº1 35-43

AUTORES/AUTHORS:
Maria Josep Arévalo Rubert, Eva Pérez Juan, Mònica Maqueda Palau, Sylvia Mónica Amorós Cerdá, Bàrbara Catalina Ribas Nicolau

TÍTULO/TITLE:
Listado de verificación (check-list) de la terapia intravenosa: herramienta de mejora de la práctica enfermera.

Objetivo: Diseñar un listado de verificación de la preparación, administración y cuidados de enfermería relacionado con la terapia intravenosa.
Método: Estudio descriptivo prospectivo realizado en la UCI de un hospital de tercer nivel entre octubre de 2011 y abril de 2012. El equipo investigador está integrado por cuatro enfermeras asistenciales y la coordinadora de enfermería, expertas en terapia intravenosa. El método de trabajo fue mediante ciclos de reflexión, a través de los cuales se diseñó el proceso y se distribuyeron las diferentes tareas. La búsqueda bibliográfica se realizó en fuentes primarias, secundarias y terciarias. Para la elaboración del check-list e identificación de los patrones óptimos de comprobación, cada una de las participantes elaboró una propuesta individual sobre la forma, estructura y contenidos de la lista de verificación, que posteriormente fue validada por el equipo investigador. Una vez consensuada se contrastó con las recomendaciones de la OMS1, seleccionando las actividades realizadas durante el proceso de terapia intravenosa: preparación, administración, registro y control de los efectos en el paciente. Esta lista debía seguir los siguientes requisitos: simple, breve, precisa y fácil de cumplimentar. El check-list resultante se comprobó en situaciones simuladas y reales con el fin de garantizar su funcionalidad.
Resultados: El check-list de la terapia intravenosa elaborado divide el procedimiento en dos fases: La preparación consta de 10 ítems relativos a: la identidad del paciente, posibles alergias, prescripción médica escrita, comprobación del medicamento, lavado de manos y recomendación de técnica aséptica, utilización del disolvente, envase y sistema de infusión más adecuado, tiempo de preparación, rotulación de la medicación preparada y condiciones de conservación. La administración consta de 7 ítems: confirmación del paciente y tratamiento, aspecto y concentración del fármaco a administrar, lugar de infusión y posibles incompatibilidades, control de los efectos farmacológicos y registro de la actividad. Los ítems fueron elaborados de forma sintética y clara enumerando las actividades enfermeras desarrolladas durante el proceso de la terapia intravenosa.
Discusión: El check-list es una intervención de enfermería que ha sido identificada como una importante estrategia en la prevención e identificación de los errores y eventos adversos2,3. La seguridad en la atención del paciente es uno de los principales componentes de la calidad asistencial. En los últimos años ha aumentado el reconocimiento del papel de la enfermera en este ámbito. La regla de las 6 C constituye la base práctica para la administración segura de medicamentos, evitando las distracciones durante todo el procedimiento4,5,6. Implicación para la práctica clínica: uno de los puntos débiles en la seguridad de los pacientes críticos son los errores asociados a la farmacoterapia. Este check-list es una herramienta útil que recomienda pautas sencillas para la preparación y administración de los fármacos administrados por vía endovenosa.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1. Seguridad del Paciente. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009: la cirugía segura salva vidas. Organización Mundial de la Salud. 2009.
2. Otero-López MJ, et al. Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados. Med Clin. 2006;126(3):81-7.
3. Saucerro Becerra A, Serrano Flores FE, Flores Arcos V, Morales Olarte E, Santos García A. Errores frecuentes en la administración de medicamentos intravenosos en pediatría. Rev Enferm Inst Mex Soc. 2008;16(1):19-26.
4. Medication management guidelines for Nurses and Midwives. Nurses and Midwives Board of Western Australia. June 2010.

5. Henneman EA, Gawlinski A ,Giuliano KK. Care Units Surveillance: A Strategy for Improving Patient Safety in Acute and Critical. Crit Care Nurse. 2012;32:9-18.
6. Narbona Toledo C, Delgado Arcas S, Narbona Toledo F. Listado de verificación seguridad quirúrgica (check-list): una necesidad aún no conocida por la enfermería. Enfermería docente. 2011;95:9-13.

AUTORES/AUTHORS:
Antonio Ramon Martinez Moreno, Maria del Carmen Casas Moyano, Ana Maria Baena Serrano, Juan Manuel Carmona Torres, Jose Alberto Laredo Aguilera, Ana Cristina Berral Jimenez

TÍTULO/TITLE:
¿Qué se conoce de la Presión Cricoidea?

OBJETIVOS: El objetivo principal del estudio es saber el grado de conocimiento sobre la presión cricoidea que poseen los profesionales de los Servicios de Urgencias y conocer si guarda relación entre la experiencia profesional o el puesto que desempeña.
MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo tamaño muestral se calculó usando el programa EPIDAT 3.0 para un nivel de confianza del 95%, una precisión del 10% y una proporción esperada del 50%, con un total de 70 casos. Para ello se realizó una encuesta durante el mes de febrero de 2011 a un total de 70 profesionales sobre el uso de la presión cricoidea, en diversos servicios de urgencias de la provincia de Córdoba, mediante un muestreo aleatorio estratificado simple. Hemos usado como material una encuesta para valorar el conocimiento sobre el uso de la presión cricoidea (dicha encuesta está compuesta por 8 ítems) y como variables el sexo, edad, lugar de trabajo, categoría profesional, experiencia en el servicio, nº respuestas correctas sobre el conocimiento de la presión cricoidea. Para el análisis hemos utilizado el programa informático SPSS 19.0 para Windows.
RESULTADOS:
- El porcentaje de profesionales hombres encuestados es 48.6 % mientras que un 51.4 % son mujeres.
- La edad de los profesionales encuestados es 36.8 años con una desviación típica de 8.456.
- Con respecto a la categoría profesional de los encuestados un 70% han sido enfermeros, un 24.3% han sido médicos y 5.7% técnicos.
- Con relación a la experiencia profesional un 17.1% tenían una experiencia en el servicio < 2 años y un 41.4 tenía > de 5 años.
- Referente al grado de conocimiento de la presión cricoidea un 71.4% obtuvieron una puntuación por debajo de 6/8 items, por lo que se considera que posee conocimientos insuficientes. Por el contrario, un 28.6% si poseen conocimientos adecuados sobre la presión cricoidea.
- Destacar que existen diferencias significativas para un $p<0.05$ entre la categoría profesional y el grado de conocimiento sobre la presión cricoidea, siendo los médicos los que más grado conocimiento poseen.
- Al analizar la experiencia profesional con el conocimiento sobre la presión cricoidea, no se han encontrado diferencias significativas.
CONCLUSIONES: Aunque en las nuevas recomendaciones de RCP 2010 no se recomienda la utilización de la presión cricoidea en RCP debido a que no se ha demostrado su eficacia, consideramos muy importante el conocimiento y formación de esta técnica por parte de los profesionales. De hecho, un alto índice no poseen conocimientos suficientes sobre dicha técnica, con la cual se puede evitar la regurgitación gástrica y por consiguiente la broncoaspiración. Consideramos muy útil una buena formación de los profesionales sanitarios de los diferentes servicios de urgencias sobre la presión cricoidea para que su uso sea el idóneo y se eviten, en la medida de lo posible, las graves consecuencias de la broncoaspiración.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1. BA Sellick. cricoides presión para controlar la regurgitación del contenido gástrico durante la inducción de la anestesia. Lancet 1961 ; 2 : 404 -6

2. BA Sellick. La prevención de la regurgitación durante la inducción de la anestesia. En: Memorias del Primer Congreso Europeo de Anestesiología, Viena 1962 ; 1 : 89
3. MR Salem, BA Sellick, JO Elam. Los antecedentes históricos de la presión cricoidea en anestesia y reanimación. Anesth analg 1974 ; 53 : 230 -2
4. . BA Sellick. presión cricoidea para evitar la regurgitación del contenido gástrico durante la inducción de la anestesia. Lancet 1961 ; 278 : 404 -6
5. 6. TH Howells, AR Chamney, Wraight WJ, RS Simons. La aplicación de presión cricoidea. Una evaluación y un estudio de su práctica. Anestesia 1983 ; 38 : 457 -60
6. 8. Schmidt A, Akeson J. La práctica y el conocimiento de la presión cricoidea en el sur de Suecia. Anaesthesiol Acta Scand 2001 ; 45 : 1210 -4
7. 9. OO Nafiu, S Bradin, KK Tremper. Conocimientos, actitudes y prácticas en materia de presión cricoidea del personal de urgencias en un hospital de EE.UU. la enseñanza general. J Emerg Nursing 2009 ; 35 : 11 -4
8. 10. WJ Wraight, AR Chamney, Howells TH. La determinación de una presión cricoides efectiva. Anestesia 1983 ; 38 : 461 -6
9. Vanner RG, BJ Pryle, JP O'Dwyer, F. Reynolds, la presión del esfínter esofágico superior y la inducción de la anestesia intravenosa. Anestesia 1992 ; 47 : 371 -5
10. Tournadre JP, D Chassard, KR Berrada, Bouletreau P. presión del cartílago cricoides disminuye el tono del esfínter esofágico inferior. Anestesiología 1997 ; 86 : 7 -9
11. JF Lind, Smith AM, DK McIver, Coopland AT, JS Crispin. en el embarazo-una manométrica. estudio ardor de estómago puede Med Assoc J 1968 ; 98 : 571 -4
12. La Cour D. Prevención del aumento de la presión intragástrica, debido a fasciculaciones suxametonio por la dosis antes de la d -tubocurarina. Anaesthesiol Acta Scand 1970 ; 14 : 5 -15
13. RH Holloway, M Hongo, K Berger, OR McCallum. distensión gástrica: un mecanismo para el reflujo gastroesofágico posprandial. Gastroenterology 1985 ; 89 : 779 -84

AUTORES/AUTHORS:
Martina Valenzuela Anguita, Pedro Angel Guillamon Minne, Gabriel Calzado Ruiz, Javier Mas Luzón, Jose Alberto Guzman Rodríguez, Luis Cibanal Juan

TÍTULO/TITLE:
HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS .Percepción de los Profesionales de Enfermería.

OBJETIVOS
-Conocer cual es la percepción de los enfermeros del Servicio de Urgencias sobre los factores y dificultades que obstaculizan la humanización del cuidado en urgencias.
-Proporcionar acciones de mejora para humanizar los cuidados.

METODO
La metodología empleada fue cualitativa, con abordaje fenomenológico. La población de estudio fueron los enfermeros que trabajan en el Servicio de Urgencias del Hospital Morales Meseguer de Murcia (criterio de Homogeneidad). Sobre los mismos, se realizó un muestreo intencional hasta la saturación de datos.
La recogida de los datos se obtuvo mediante la realización de entrevistas semiestructuradas y en profundidad. El tratamiento de los datos se realizó tras la transcripción detallada de las mismas y mediante un análisis del contenido, estableciéndose categorías y códigos adecuados al discurso de los entrevistados.

RESULTADOS
Se entrevistó a 5 Profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias.
Se identificaron varios factores y dificultades para la humanización de la atención de enfermería en Urgencias, que radican tanto en las características personales del profesional como en los efectos derivados del desgaste profesional. Ambos pueden afectar directamente a los cuidados prestados por el profesional de enfermería en urgencias, mostrándose frío, distante y poco implicado, actitudes manifestadas por la despersonalización en el cuidado, la distancia emocional.

"Si tu no estas bien, entonces, difícilmente podrás transmitir una serenidad al paciente, porque no estas bien, eso se nota a la hora de la atención… (enf2)"

"yo lo que veo que dado las circunstancias personales de cada uno, veo que no se trata lo mismo a un paciente determinado…(enf1)"

"Yo creo que queremos poner distancia, o por lo menos esa es la imagen que queremos dar…queremos dominar esa situación… (enf3)"

Por otro lado, otros factores que pueden influir negativamente en la humanización de los Servicios de Urgencias son las características del servicio de urgencias, como la sobrecarga y una excesiva demanda asistencial, que pueden provocar un aumento de horas de espera y conflictos en la relación enfermero/paciente/familia.

"estamos sometidos a mucha presión y esa presión te agota, te desgasta y no te deja empatizar como tu quisieras con los pacientes

y sus familias (enf3)”

Asimismo, otros factores que pueden influir son el exceso de burocracia, el uso de tecnologías informáticas y la falta de Coordinación, comunicación y de trabajo en equipo.

“desde mi punto de vista como enfermero, la percepción que tengo del trabajo que se realiza en estas urgencias, sobretodo, lo que veo es...mucha desorganización eso es lo primero… en relación con otros profesionales pues no se trabaja en equipo… (enf5)”

Entre las mejoras propuestas por los profesionales, se pueden enumerar; el cambio hacia cuidados más humanizados con la adopción de habilidades de comunicación y relación de ayuda, y la adquisición de nuevos conocimientos mediante la formación continua, entre otros.

“Deberíamos tener presentes a la hora de atender al paciente…mucho respeto, mucha tolerancia, intentar empatizar mucho con el paciente... (enf3)”

"A parte de ser un buen enfermero técnico que también sea un enfermero humano...(enf2)"

DISCUSIÓN. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.
Los resultados obtenidos objetivizan una concordancia con otros estudios realizados, se llega a la conclusión que el Servicio de Urgencias posee unas características especiales; las personas que demandan asistencia, normalmente, presentan la aparición de una enfermedad súbita produciéndose una interrupción brusca de su vida cotidiana, se requiere una intervención rápida oportuna y eficaz, donde se observa una gran tendencia a olvidarse de la persona y enfocar toda la atención sobre la patología y sus síntomas, centrándose exclusivamente en el plano físico, además de realizarse una valoración fragmentada de la persona (Duran Roja,2002).Existe un completo predominio de las capacidades técnicas, volviéndose un trabajo mecanizado y rutinario, en la que la valoración de la persona se hace totalmente fragmentada y poco personalizada. (Martins, 2001; Daza de Caballero et altres, 2006; Beltran et altres, 2006; Gomes, 2010; Barros, 2010).
Es necesario, asumir la humanización del cuidado en los Servicios de Urgencias, como un reto, producto de la reflexión de los profesionales implicados en el acto de cuidar (Baggio, 2010), siendo la tendencia actual la de humanizar los cuidados de Enfermeria, centrándose en le binomio paciente/familia. (Barbosa de pinho, P, 2004).
Los cuidados de enfermería deben ir orientados a la búsqueda de la excelencia y la calidad del cuidado, caracterizados por el amor a la profesión, la responsabilidad, el humanismo, la honestidad y la competencia relacional, que constituyen valores esenciales reguladores de la actuación de un profesional competente.
Para llevar a cabo la humanización de los Servicios de Urgencias corresponde a los profesionales generar el cambio hacia un cuidado humanizado e incorporarlo definitivamente a nuestro día a día, implicándonos con la razón de ser de nuestra práctica: la persona. (Morales Asensio, 2001; Beltrán, et altres, 2006).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

•Barbosa de pinho, L., kantorski, Luciano,P. (2004).Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. cienc. enferm. [online]. , vol.10(1), pp. 67-77. issn 0717-9553.
•Baggio MA, Erdmann AL, Dal Sasso GTM. (2010) Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea... Texto Contexto

Enferm, Florianópolis, Abr-Jun; 19(2): 378-85.
•Beltrán, CB; LOPEZ, ACB; Ramírez, AMC; Vallejo, YP. (2003) Cuidados de enfermería humanizados en el servicio de urgencias. XVI Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. Univ. de Caldas. Chile.
•Bermejo, J .C, Martinez, A;(2003) Que es humanizar la salud. Por una asistencia más humana. Ed. San Pablo. Madrid.
•Escuredo Rodríguez B. (2003) Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. ENFERMERÍA CLÍNICA; 13(3):164-70.
•Daza de Caballero, R; tella Medina, L. (2006) Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafe de Bogotá, Colombia. Rev. Cultura de los Cuidados. Año X - N.° 19.
•GOMES, R.M.; SCHRAIBER, L.B. (2011) Humanization-alienation dialectic as a tool for the criticalcomprehension of health practices dehumanization: some conceptual elements. Interface-Comunic., Saude, Educ., v.15, n.37, p.339-50.
•Durán Roja, C.I.(2002) GUÍAS PARA MANEJO DE URGENCIAS: Atención humana del paciente de urgencias. Disponible en: http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Enfermeria/Atencion_humana_del_paciente_de_urgencias.pdf
•Martins LM. (2004) A ética e a humanização hospitalar. In: Pessini L, Bertanchini L, organizadores. Humanização e Cuidados paliativos. São Paulo: Edições Loyola; p. 31-49.
•Morales Asensio, J.M.(2001). Editorial: Reorientación de los Servicios de Urgencias hacia el paciente. Rev. emergencias 2001;13:1-3.
•PESSINI, L; BERTACHINI, L.(2006).NUEVAS PERSPECTIVAS EN CUIDADOS PALIATIVOS. Acta bioeth. [Online]. 2006, vol.12, n.2, pp. 231-242. ISSN 1726-569X.
•SANTOS JS; SCARPELINI S; BRASILEIRO SLL; FERRAZ CA; DALLORA MELV & SÁ MFS.(2003) Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. Medicina, Ribeirão Preto, 36: 498-515, abr./dez.
•Troncoso, M. P; Valenzuela, S (2007).Cuidado humanizado: un desafío para enfermeras en los servicios hospitalarios. Rev. Acta Paul. Enferm; 20(4)449-503.

AUTORES/AUTHORS:
TANIA HERRERA ROMERO, ALEXANDRA MIRALLES COLL, MÓNICA MARTÍNEZ NICOLÁS, MARTA GARCÍA MARTÍNEZ, MARIA DEL CARMEN ARMERO SÁNCHEZ, JOSE MARÍA MARTÍNEZ OLIVA, JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ MONDÉJAR, JAVIER INIESTA SÁNCHEZ, DORIFICACIÓN PEDREÑO VERA

TÍTULO/TITLE:
El cuidado de la intimidad una responsabilidad de enfermería

Introducción:
La enfermedad pone en peligro dos grandes pilares de la dignidad humana: la autonomía y la intimidad. La intimidad física exige una atención especial por parte del profesional sanitario y aunque en el medio hospitalario es imposible mantener una reserva física absoluta y el paciente consiente al ingresar de forma tácita en ser explorado y observado, esto no supone que haya renunciado a su intimidad.

Objetivo:
Conocer cómo se cuida la intimidad física durante la práctica diaria en una unidad de cuidados intensivos.

Metodología:
Estudio cuali-cuantitativo, con dos fases, una cuantitativa en la que se administró un cuestionario de 42 items a todos los profesionales de UCI y otro de 45 items a alumnos de enfermería en prácticas en la unidad de dos escuelas de enfermería, sobre la percepción del cuidado de la intimidad física en el paciente durante su estancia en la unidad, que se realizó durante el 2010-2012. Los datos se analizaron mediante SPSS mostrándose los resultados mediante frecuencias y porcentajes.

La fase cualitativa se desarrolló desde un enfoque fenomenológico con un muestreo por conveniencia, cuya población de estudio fueron los pacientes ingresados con patología cardíaca de una UCI polivalente de un hospital general universitario.
Se fijaron los siguientes criterios de inclusión: mayores de 18 años con estancia mínima en la unidad de 48 horas. Se solicitó consentimiento informado.
La recogida de datos fue mediante grabación de entrevista semiestructurada en profundidad llevada a cabo por dos becarias ajenas al servicio, en planta de hospitalización durante la semana siguiente al alta de UCI, con posterior transcripción y análisis del contenido. Los datos cualitativos se triangularon con los resultados cuantitativos del cuestionario.

Resultados:
Los datos cuantitativos obtenidos de 64 profesionales arrojaron los siguientes resultados, un 28% piensa muchas veces que puede cuidar más la intimidad, considerándola en un 43.9% muchas veces como función importante y propia de enfermería.
De los 58 alumnos encuestados un 30,4% ha pensado alguna vez que las enfermeras podrían cuidar más la intimidad durante el aseo y un 35,1% que los médicos la cuidan poco, siendo un 23,2% los que piensan que les gustaría que se les hiciera las cosas de otra manera.
Se realizaron 9 entrevistas obteniéndose categorías y subcategorías, entre las que destacan: “Confianza”, “Aceptación de la dependencia”, “Implicación participativa”, “Profesionalidad” e “Identificación de roles”.

Discusión:
La percepción de los pacientes sobre el respeto de la intimidad física se establece en un marco contractual determinado por la

confianza en los profesionales y su situación de dependencia.
Los pacientes realizan una identificación de roles en base al género al que asignan determinadas áreas de cuidado entre las que incluyen la intimidad, siendo los profesionales de enfermería los designados para la implementación de estos cuidados, coincidiendo con lo que manifiestan los propios profesionales.
Nuestra experiencia tras realizar las entrevistas a los pacientes, ha detectado que éstos dejan el cuidado de la intimidad en un segundo plano, ya que para ellos prevalece lo que se refiere a su enfermedad.
Por lo tanto podemos considerar, que es deber de los profesionales de enfermería introducir entre sus cuidados lo que se refiere a la intimidad física del paciente, aunque éste no la demande. Ya que el rol enfermero es cuidar al paciente en todo aquello que el no puede realizar por si mismo, debido a su estado de enfermedad.

Implicaciones para la práctica:
El abordaje del cuidado desde la perspectiva profesional y del paciente nos permite dar una respuesta realista a las necesidades del paciente e implicar a los profesionales en su consecución.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Amorós Cerda SM, Arévalo Rubert MJ, Maqueda Palau M, Pérez Juan E. Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Enferm Intensiva. 2008;19:193-203. (http://www.elsevierinstituciones.com/ei/1130-2399/19/193).

Arévalo Rubert M.J, Maqueda Palau M, Pérez Juan E, Amorós Cerdá, S.M. La intimidad en la Unidad de Cuidados Intensivos: Perspectiva enfermera categorizada desde los sentidos. Etica de los Cuidados. 2009 ene-jun;2(3). Disponible en http://www.index-f.com/eticuidado/n3/et6827.php.

Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación a la salud y la atención sanitaria. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2002. pags. 26-19.

Fernández Lamela M.A, Álvarez Rodríguez T, Ramiro Fernández J.M, Martínez Santiago S. El respeto a la intimidad. El secreto profesional en enfermería. Cuadernos de Bioética. XIX, 2008/1.

Iraburu M.. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. [citado 2012 Sep 05]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600001&lng=es.

Lescaille Taquechel M. Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2012 Sep 04] ; 22(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000100008&lng=es.

Luis Rodrigo M.T. Los Diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica, Elsevier, España, 2008.

Orellana Peña C. Intimidad del paciente, pudor y educación médica. Persona y Bioética, 2008,12(30):8-15.

AUTORES/AUTHORS:
José Tomás Manzanera Saura, Marzena Mikla, María José López Montesinos, Noemí Manzanera Jiménez, Laura Martínez Alarcon, Antonio Rios Zambudio

TÍTULO/TITLE:
Actitud y conocimiento ante el proceso: donación-trasplante de órganos antes y después de realizar un curso de formación

Introducción
Existen problemas en nuestra sociedad que requieren de nosotros el que los abordemos desde su origen. Es el caso de la Educación para la Salud a la población sobre aquellos temas de gran repercusión y valor social, entre los que se encuentra la donación y trasplante de órganos. Explicar y hacer comprender la importancia de la donación de órganos, hoy por hoy, es función de unos exclusivos profesionales de la salud, y muy especialmente de la enfermería en su función de educadora en salud.
Asimismo es imprescindible una formación en salud a la población por parte de estos profesionales, ya que la negativa a la donación de órganos suele ser fruto de la desinformación sobre el tema entre la población y la falta de formación del entrevistador al solicitar el órgano. A todo ello se unen otros factores culturales, sociales, ideológicos, religiosos, etc., que generan temores, incertidumbres y prejuicios que aumentan y elevan las negativas a la donación.
Objetivos:
- Identificar los resultados sobre actitud hacia trasplante-donación de órganos (TDO) en los alumnos de 3º curso de Grado en Enfermería, durante el curso 2011-12, antes y después de recibir un curso de formación sobre el tema.
- Analizar su opinión sobre los diferentes trasplantes de órganos (riñón, hígado) en donante vivo y xenotrasplante
Metodología
Diseño: Estudio descriptivo, concurrente, mediante cuestionario validado de opinión sobre TDO, con dimensiones psicosociales (variables de información general, conocimiento sobre TDO, de interacción social, religión y opiniones sobre el cuerpo)
Muestra: Alumnos que asisten al curso de formación sobre el proceso de TDO y tejidos que se imparte como actividad extracurricular, realizado en el mes de febrero de 2012.
Instrumentalización: Evaluación de aspectos psicosociales y demográficos mediante una encuesta de opinión validada, compuesta por 45 items que incluyen variables demográficas y socioculturales. El cuestionario se pasó a los participantes de la muestra antes y después de celebrarse el curso de formación sobre donación-trasplante de 32 horas de duración.
Análisis estadístico: Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS, versión 15.0. Se realiza examen descriptivo de las variables, análisis de frecuencias absolutas y porcentajes, y estableciendo la diferencia de resultados de “antes” y “después” de recibir la formación sobre donación-trasplantes de órganos.
Resultados
Se obtuvieron 77 (93.9%) encuestas antes y 62 (75.61%) después del curso de un total de 82 matriculados. Como muestra definitiva nos quedamos con 59 encuestas correctamente rellenadas antes y después del curso y pareadas (6 varones 10.17% y 53 mujeres 89.83%). En relación a la edad: media de 24.41 años, con un rango de 18-46 años. En cuanto al país de origen: 54 (91.52%) España; 3 (5.08%) Colombia y 1 (1.69%) Bulgaria. De ellos en un 89.83% (53) pertenecían al campus de Murcia y un 10.17 (6) a Cartagena. La actitud hacia donar sus órganos fue positiva en ambos casos: antes 44 (74.58%) contestaron sí y 56 (94.92%) después. Las razones para donar coinciden en el orden en ambas encuestas: 1º Por reciprocidad y 2º Por solidaridad. La actitud hacía donación en vida de un riñón es muy similar en ambas encuestas. A la pregunta si un familiar necesitara un riñón, ¿Se lo donarías en vida? Contestaron: Sí 54 (91.53%) antes y 52 (88.14%) después. Ante la pregunta si donarían parte de su hígado a una persona que lo necesitara? Antes Si: 21 (35.59%) Dudas: 34 (57.63%) y Después: Sí: 17 (28.81%) Dudas 36 (61.02%); sin embargo a la pregunta: Si uno de tus familiares necesitara un hígado, ¿Donarías parte del tuyo en vida? Un 86.44% (51)

respondieron Sí antes y 88.14% (52) después. Respecto xenotrasplante, se les preguntó si aceptarían un órgano animal si se confirma científicamente que es posible y la relación riesgo/resultado son iguales que órganos humanos? Contestaron: SI antes 51 (86.44%) y después 45 (76.27%). Si la relación riesgo/resultado peor que con órganos humanos? Antes: SI 4 (6.78%) No 22 (37.29%) Dudas 33 (55.93%) Después: SI 6 (10.17%) No 21 (35.59%) Dudas 32 (54.24%).

Discusión

En nuestro estudio la actitud hacia la donación de órganos de los encuestados es favorable, lo que coincide con otros estudios similares consultados. En su mayoría les parece muy solidaria la donación de órganos de un familiar fallecido y los propios y por reciprocidad (hacer para otros lo que me gustaría para mí). Durante el curso se aumentan sus conocimientos teóricos, así como la educación sanitaria sobre el tema. Observamos que en la serie de preguntas sobre donación en vivo de riñón o hígado no existe prácticamente diferencia antes o después del curso, es más aumenta ligeramente el número de dudosos después del curso. Respecto a las preguntas sobre xenotrasplante se muestran en ambas encuestas muy dudosos en sus respuestas, tal vez motivados por el lento avance de la investigación en este tema y la mala prensa obtenida últimamente con la gripe aviar...

Consideramos importante la formación sobre TDO a nuestros futuros profesionales, ya que tienen una responsabilidad en la educación sanitaria y concienciación social a la población sobre temas de interés y preocupación social como lo es la donación de órganos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.- Conesa C, Rios A, Ramírez P, et al: Estudio multivariante de los factores psicosociales que influyen en la actitud poblacional hacia la donación de órganos. Nefrología 25. 6, 2005

2.- Rios A, Ramírez P, Galindo PJ, et al: Primary Health care personnel faced with cadaveric organ donation: a multicenter study in south-eastern Spain. Clin. Transplant 22:657,2008

3.- López MJ, Campos M, et al. Encuesta de opinión: formación-información de los alumnos de la universidad de Murcia sobre el proceso donación-trasplante de órganos. Rev. Enfermería Global nº 1,Nov. 2002. http://revistas.um.es/eglobal/article/view/689/721

4.- Conesa C, Ríos A, Ramírez P, et al. Socio-personal factors influencing public attitude towards living donation in South-eastern Spain. Nephrol Dial Transplant (2004)19:2874-2882

5.- Deulofeu R, et al. Actitud y conocimiento sobre la donación y el trasplante de órganos y tejidos de médicos de atención primaria, emergencias y urgencias en España. Med Clin (Barc). 2011; 136:541-8

6.- Cobo Sánchez, JL, et al. Información percibida sobre el proceso de donación y trasplantes de órganos. Enferm Cardiol. 2008; Año XV(45): 18-20

7.- Rios, A et al: Estudio sobre la actitud del auxiliar de enfermería hospitalario hacia el xenotrasplante de órganos en un centro con programa preclínico de xenotrasplante. Dial. Traspl. 2006(4): 123-8

8.- Parrilla P, Ramírez P, Ríos A, et al: Manual sobre donación y trasplante de órganos. Madrid: Aral Ediciones; 2008

9.- Mora Arias, TT, et al. Encuesta de opinión sobre donación de órganos 2009. Medicina Interna de México. 2010;26(4): 313-8

10.- Ortego Maté, MC y Alconero Camarero, AR. Los estudiantes de enfermería y su actitud hacia la donación de órganos. Enfermería Científica. 2002;(240-241): 25-32

11.- Ripoll Espiau, Fina. Donación-trasplante de órganos: concienciación de los profesionales sanitarios y población. Sensibilización a través de los medios. Enfermería Global nº 2, mayo 2003. http://revistas.um.es/eglobal/article/download/663/695

12.- López Montesinos et al. Organ donation and transplantation training for future profesional nurses as a health and social awareness policy. Transplantation Proceedings. 2010 (42); 239-42.

AUTORES/AUTHORS:
FRANCISCA MARÍA ARENAS GONZÁLEZ, SUSANA PADÍN LÓPEZ, PILAR MATA RUIZ

TÍTULO/TITLE:
CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS CON DIABETES NOVO EN CONSULTA DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA

OBJETIVOS
• Determinar la incidencia de DMDN en pacientes trasplantados hepáticos en el año 2011.
• Descripción del tratamiento inmunosupresor al alta de los pacientes con DMDN.
• Conocer de los pacientes con DMDN, cuántos habían recibido bolos de esteroides como tratamiento de episodio de rechazo agudo.
• Describir el nº de seguimientos en consulta y telefónicos.

MATERIAL Y MÉTODO
Estudio descriptivo transversal realizado en la Consulta de Enfermería de Trasplante Hepático del Hospital Carlos Haya de Málaga de los pacientes trasplantados hepáticos diagnosticados al alta de DMDN en el año 2011.
Las variables evaluadas en el total de pacientes trasplantados fueron: edad, sexo, etiología del trasplante, desarrollo de DMDN, tratamiento inmunosupresor y de la diabetes al alta, seguimiento en consulta y consultas telefónicas durante los 3 primeros meses postrasplante.
El seguimiento postrasplante ha consistido en continuar asesorando al paciente para alcanzar un manejo eficaz de la gestión de salud y mejorar la adhesión al tratamiento, incluyendo el refuerzo de la educación diabetológica y motivando para el autocuidado, tanto en consulta como a través de continuidad telefónica.
El análisis se ha realizado con el SSPS 11.5
RESULTADOS
Se realizaron 51 Trasplantes Hepáticos en 45 pacientes (6 retrasplantes), en 33 hombres y 12 mujeres con una edad media de 51,91±12,3 [18-67]. Pérdidas de 3 pacientes por exitus.
Etiología del Trasplante: 12 Cirrosis enólica, 12 Hepatocarcinoma (con VHB o VHC), 8 Cirrosis VHC, 2 Insuficiencia Hepática Aguda y 8 por otras causas.
Durante los tres primeros meses postrasplante la media de visitas a la consulta de enfermería de trasplante hepático, ha sido de 5 veces por paciente y el seguimiento telefónico de 6.08 llamadas por paciente.
De los 42 pacientes dados de alta en el período de estudio, 27 presentaron el diagnóstico secundario diabetes, de éstos, 18 fueron DMDN y el tratamiento inmunosupresor al alta fue: 5 pacientes con Ciclosporina, 12 con Tacrolimus y 1 con Everolimus. Los 18 con pauta de 30 mgrs de Deflazacort y como inmunosupresor secundario, 3 pacientes con Micofenolato de mofetilo y 2 con Micofenolico ácido.
De los pacientes con DMDN (18), 2 presentaron episodios de rechazo agudo que precisó tratamiento con bolos esteroideos. Como tratamiento para la diabetes: 12 pacientes fueron dados de alta con insulina, 4 con antidiabéticos orales y 2 con controles glucémicos y dieta.
DISCUSIÓN
La incidencia de Diabetes Mellitus Novo (DMDN) en los pacientes trasplantados hepáticos en el Hospital Carlos Haya se acerca a lo descrito en la literatura, entre el 9-38%. Este margen va a estar influenciado por el tipo de diseño y variables recogidas en los diferentes estudios encontrados.
La aparición de diabetes mellitus de novo (DMDN) en pacientes trasplantados hepáticos se asocia a un riesgo mayor de

complicaciones cardiovasculares e infecciosas. Hoy en día, se habla de hiperglucemia para englobar a la DMDN y valores prediabéticos (anormalidad de la glucosa basal e intolerancia a la glucosa).
El sobrepeso y la Cirrosis enólica se han relacionado con DMDN tras el trasplante. Después del trasplante los factores de riesgo son el aumento de peso y el tratamiento inmunosupresor (corticoides, inhibidores de la calcineurina, inhibidores de m-TOR). Por ello, es muy importante individualizar el tratamiento para cada paciente optimizando la dosis de los inmunosupresores.
Intervenciones educativas, de asesoramiento, conductuales y psicológicas dentro del equipo multidisciplinar, constituye un pilar importante para un manejo efectivo del régimen terapéutico.
En el seguimiento de enfermería junto con el equipo multidisciplinario, es imprescindible una adecuada educación diabetológica en los pacientes trasplantados con DMDN y con valores prediabéticos, así como fomentar medidas higiénico-dietéticas: dieta, ejercicio, evitar el tabaquismo, contribuyendo a disminuir los factores de riesgo cardiovasculares.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alegre Garrido F, Herrero Santos JI. Prevención de Diabetes mellitus de novo tras el trasplante hepático. GH CONTINUADA 2009; 8 (5).
- M.J. Pérez, D.M. García, B.J. Taybi, J.A.P. Daga, J.M.L. Rey, R.G. Grande, J.d.l.C. Lombardo, and J.M.R. López. Cardiovascular Risk Factors After Liver Transplantation: Analysis of Related Factors. Transplantation Proceedings 2011; 43: 739–741.
- E Menéndez Torre, J Lafita Tejedor, S Artola Menéndez et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. Av Diabetol. 2010; 26:331-8.

AUTORES/AUTHORS:
Mª Carmen Serna Sotos, Fabiola Yonte Huete, Victoria Sanchez Garcia, Longina Herraez Mancebo, Marta Martin Gutierrez, Ana Patricia Rodriguez Velasco

TÍTULO/TITLE:
EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ACENOCUMAROL

En los últimos años el número de usuarios tratados con anticoagulantes orales (ACO), especialmente el acenocumarol, ha aumentado de manera significativa. Estos usuarios debido al estrecho margen terapéutico de acenocumarol y a sus potenciales interacciones, necesitan una información y educación sanitaria adecuada y así, mejorar la seguridad del tratamiento.
OBJETIVO
Evaluar la efectividad de una intervención enfermera en los pacientes anticoagulados con acenocumarol, para mejorar su calidad de vida, y mantener el INR en rango terapéutico.
MÉTODO
El ámbito de estudio lo constituyen los pacientes anticoagulados en tratamiento con acenocumarol de Ávila ciudad. Estudio experimental de tipo ensayo clínico grupal. Se realizó una aleatorización de centros, utilizando para ello un listado de números aleatorios, los centros fueron ordenados por orden alfabético y se les asignó un número consecutivo a cada uno de ellos. Los que coincidieron en numeración con el listado de números aleatorios obtenido por ordenador formaron el grupo experimental, los demás formaron el grupo control. De los centros seleccionados se obtuvo un listado de pacientes que cumplían los criterios de inclusión del estudio, seleccionándose mediante un muestreo consecutivo por vía telefónica a los posibles participantes hasta alcanzar el tamaño muestral n=176, se calculó para un alfa 0,05, un poder de 0,95 y un efecto estimado de 0,5. El grupo control recibió la asistencia habitual de forma verbal sobre dieta, habitos y farmácos en la consulta de enfermería. En el grupo experimental se aplicó una intervención educativa sobre dieta, fármacos, hábitos/signos de alarma, mediante la realización de tres talleres. Se formaron grupos de 12-15 individuos para la asistencia a las sesiones con una duración de 40-50 minutos.Los talleres se reforzarón con documentación escrita.
Se elaboró una hoja de recogida de datos para el registro de las variables sociodemográficas y de control del estudio: edad, sexo, nivel de estudios, indicación del TAO (tratamiento anticoagulante oral), antigüedad con TAO, comorbilidad, patología base, medicación actual, rangos terapéuticos de INR. Como variables dependientes las determinaciones de INR dentro/fuera rango y cuestionario Sawicki para valorar la calidad de vida de los participantes al inicio y a los seis meses de finalizada la intervención. Cuestionario Sawicki es un instrumento de medida especifico para cuantificar la calidad de vida del paciente anticoagulado, consta de 32 preguntas que analizan 5 dimensiones relacionadas con el TAO: satisfacción con el tratamiento, autoeficacia en su manejo, estrés psicológico general, limitaciones diarias y alteraciones sociales. Cada pregunta se responde según una escala tipo Likert con 6 posibles respuestas.El análisis de datos se realizó a doble ciego por parte de un analista externo al grupo investigador. Se empleó el paquete estadístico SPSS 17 y se utilizó la distribución t de Student.
RESULTADOS
Al analizar la calidad de vida, el cuestionario utilizado evalúa cinco dimensiones: estrés, limitaciones diarias, alteraciones sociales, satisfacción y autoeficacia. En base a los resultados obtenidos podemos indicar que los pacientes del grupo experimental mejoran su calidad de vida respecto al momento inicial en todas las dimensiones con un nivel de significatividad estadística de 0,000 en todas ellas en un intervalo de confianza del 95%. En el grupo control sólo se observa significatividad estadística en la autoeficacia con un valor de 0,020 con un intervalo de confianza del 95%.
Al evaluar si los pacientes del grupo experimental conservan sus valores de INR dentro de los rangos de referencia en mayor medida que los del grupo control podemos señalar que tampoco se han observado diferencias estadísticamente significativas. El grupo

experimental en el momento inicial tenía un 41,8% de individuos fuera de rango y a los 6 meses un 45,8%. El grupo control en el momento inicial presentó un 45,6% que evolucionó a 44,9% a los seis meses.

DISCUSIÓN

Existen numerosas publicaciones que señalan la importancia de la educación sanitaria desarrollada por los profesionales sanitarios para disminuir el número de complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Si bien no se han observado diferencias respecto al mantenimiento del INR en los rangos de referencia, sí se produce una disminución del estrés, las limitaciones diarias, las alteraciones sociales y un incremento de la satisfacción y autoeficacia. En definitiva señalan una mejoría en la calidad de vida, que es un medio de evaluar la efectividad de intervenciones sanitarias sobre resultados en salud. Consideramos que la enfermera junto con el resto de profesionales sanitarios debe implicarse para informar y mejorar el grado de conocimiento de los pacientes anticoagulados, para que puedan afrontar su enfermedad con las máximas herramientas posibles.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Proceder a la implantación de la educación sanitaria de forma protocolizada a todos los pacientes anticoagulados con acenocumarol, mejorar la calidad de vida y promocionar la salud de este grupo de pacientes, así como, la asunción por su parte del autocuidado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.- Quintana Díaz M, Carvalho M. Hemorragia por anticoagulantes orales y tratamiento con complejos protombínicos. Disponible en: http://intensivos.uninet.edu/27/2701.html

2.- Zapata Sampredo MA, García Fuente S, Jiménez Gil A. Manejo del paciente anticoagulado en atención primaria. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/protocolos_detalle.cfm?id_PROTOCOLO=86&id_menu=146

3.- Mancera Madrigal CS, López Peña A, Parra Basaurto A, Cortés Villarreal G. Anticoagulación vía oral. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico 2008; 16 (1):11-19

4.- Sánchez González R, Álvarez Nido R, Yanes Baonza M, Cabrera Majada A, Ferrer García-Borrás JM, Barrera Linares E. Adaptación transcultural de un cuestionario para medir la calidad de vida de los pacientes con anticoagulación oral. Aten Primaria 2004; 34(7): 353-359

5.- Yanes Baonza, M; Cabrera Majada, A; Ferrer García-Borrás,JM; Sánchez González, R. Calidad de vida de los pacientes tratados con anticoagulantes orales. Publicado en Atención Primaria. 2005;36:224-5.-vol.36 núm 04

6. - Vàrnai R, Vègh M, Pòtò L, Nagy L. Level of knowledge among patients treated with oral anticoagulant. Orv Hetil 2008; 149(43):2004-51.

7. - Leno González D, Castro Acedo M, Leno González JL, Lozano guerrero MJ. El control enfermero del paciente anticoagulado en Atención Primaria. Metas Enferm 2004; 7(4): 50-55.

8.- Cañada Dorado A et al. Mejora de la seguridad y evaluación de los resultados del proceso de anticoagulación oral implantado en un área de atención primaria. Rev Calidad Asistencial. 2007,22(6):287-98

9.- Menéndez-Jándula B, Souto JC, Oliver A, Montserrat I, Quintana M, Gich I, et al. Comparing self-management of oral anticoagulant therapy with clinic management: a randomized trial. Ann Intern Med 2005; 142(1): 1-10.

10 - De Felipe Medina R. Nivel de conocimientos de los pacientes anticoagulados en un centro de salud; relación con el control terapéutico. Aten Primaria 2003; 32(2): 101-5.

11.- Romero Ruiz A, Tronchoni de los Llanos J, De la Torre Díaz S, Iñiguez Sánchez C, García García R, Ramírez Ramírez G. Valoración cualitativa de las sugerencias realizadas por los usuarios de una consulta de tratamiento anticoagulante oral. Enferm Docente 2005; 81:34-36.

Financiación: Los datos de este estudio corresponden a un proyecto de investigación financiado por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

AUTORES/AUTHORS:
LAURA BARRIUSO LAPRESA, MARTA SEGURA AROCA, MARI CARMEN VIVO MOLINA, LAURO HERNANDO ARIZALETA

TÍTULO/TITLE:
PERFIL DE LOS ESPAÑOLES MAYORES CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS DE MÁS DE 74 AÑOS.

El actual envejecimiento de la población conlleva un incremento del número de cuidadores principales informales, entendiéndose como tales las personas que se encargan de cubrir las necesidades básicas diarias de las personas dependientes sin recibir ningún tipo de retribución económica.
Cuando las personas dependientes son mayores, el cuidador principal suele ser un familiar de edad similar a la persona que cuida. Esta carga de trabajo asumida suele influirle de forma negativa en su calidad de vida, afectándole a nivel biopsicosocial.
OBJETIVOS
1.- Cuantificar el porcentaje de mayores de 64 años residentes en España que refieren cuidar de modo principal y único a mayores de 74 años.
2.- Describir el perfil sociodemográfico y de salud de este colectivo de mayores.
3.- Compararlo con el de los mayores de 64 años que refieren no cuidar a nadie.
MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio descriptivo a partir del Cuestionario del Adulto de la Encuesta Nacional de Salud de España (2006).
El Grupo 1 (G1) está constituido por los mayores de 64 años que refieren cuidar de modo principal y único a otra/s persona/s mayor/es de 74 años y el Grupo 2 (G2) por los mayores de 64 años que refieren no cuidar ni a mayores de 74 años, ni a menores de 15 años ni a discapacitados.
Variables investigadas: edad, sexo, estado de salud autopercibido los 12 meses previos (bueno o muy bueno: sí/no), número de enfermedades diagnosticadas (tres categorías: ninguna, una o dos, tres o más), salud mental según cuestionario GHQ-12 (buena si puntuación menor de 2), función familiar percibida según cuestionario APGAR (buena frente a moderada o grave), percepción de apoyo social según cuestionario DUKE_UNC (bueno si mayor a 45 puntos: sí/no).
Las variables cualitativas se compararon con el test chi-cuadrado (X2) y la cuantitativa mediante t-test. Se rechazó la hipótesis nula de igualdad de grupos cuando el p-valor era menor de 0,05. El análisis estadístico de la muestra ponderada se realizó con SPSS. v.15

RESULTADOS
La población mayor de 64 años residente en España constituye el 19,4% de la población española mayor de 15 años y está constituida por un 42,7% de varones y 57,3% de mujeres. El 47% de este colectivo es mayor de 74 años.

El 2,9% de los mayores se definen cuidadores principales únicos de mayores de 74 años (G1) mientras que el 73,4% refieren no cuidar a ninguna persona (G2).

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) con respecto a la edad y al sexo. En el G1 la edad media es 76,50 (6,22) años y el 78,2% son mujeres mientras que en el G2 es 73,59 (6,13) años y el 56,1% son mujeres.
En el G1 el 23,9% refieren un estado de salud bueno o muy bueno frente al 43,6% en el G2 ($p<0,001$).
En el G1, el 2,5% refiere no presentar ninguna enfermedad, el 21,1% una o dos y el 76,4% tres o más, frente al 5,5, 23,8 y el 70,7% respectivamente del G2 ($p<0.001$).
Para salud mental, en el G1 puntúan bien el 68,1% frente al 75% del G2 ($p<0.001$).

En relación a la percepción de la función familiar (buena en el 87,7% vs 86,1%) y del apoyo social (bueno en el 70,2% vs 72,7%) no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

CONCLUSIONES
El 2,9% de los mayores residentes en España es cuidador principal único de mayores de 74 años.
Este colectivo presenta algunas diferencias respecto a los mayores que no cuidan: con más frecuencia son mujeres, su edad media es más elevada.
Presentan mayor carga de enfermedad, menor percepción de estado de salud bueno o muy bueno y menor puntuación positiva de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA
1. Zabalegui A, Juando C. Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. Gerokomos 2004; 15 (4): 13-21.
2. Estado de los cuidadores principales de pacientes domiciliarios. Bol Epidemiol Murcia. 2003; nº 24 (649): 45-48.
3. Gil García E, Escudero Carretero M. Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. Enfermería Clínica. 2005; 15(4):220-226.
4. Badia Llach N, Suriñach L. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer X. Aten Primaria 2004; 34(4):170-177.

AUTORES/AUTHORS:
María Pilar Heredia Reina, Adela María Caballero Perea, Tomás Sebastián Viana, Pablo Serrano Balazote, Pedro Gómez García

TÍTULO/TITLE:
Evaluación de la seguridad del paciente en un hospital con el modelo de estándares de cuidados del proyecto SENECA

Introducción
En este estudio nos planteamos conocer el estado de la seguridad de los pacientes en el Hospital Universitario de Fuenlabrada relacionada con los cuidados. Para ello se utilizo una herramienta validada que se elabora como consecuencia de un convenio entre Ministerio de Sanidad y la Universidad de Cádiz y que se publica en 2009 en el informe técnico “Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS (Proyecto Séneca)” (1). Esta herramienta facilita hacer autoevaluaciones y auditorías externas basadas en una visión de la organización desde la perspectiva de los criterios del modelo EFQM, lo cual permite hacer un análisis tanto de la estructura como de los procesos y de los resultados, y con una batería de 100 estándares que contemplan todas las vertientes de la seguridad del paciente relacionadas con cuidados.
Objetivo
Evaluar la seguridad de los cuidados en un hospital aplicando el modelo desarrollado en el proyecto SENECA
2. Métodos
Para evaluar la seguridad del centro se utilizo el modelo validado de “estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente” (1) que se elaboró en el proyecto SENECA que recoge 100 estándares y 117 indicadores para su evaluación. El modelo estructura los indicadores por los 9 criterios del EFQM y utiliza para la evaluación cuestionarios anónimos autocumplimentados para pacientes y profesionales, se realizan auditorías de historias clínicas y se realiza una auditoría por evaluadores entrenados: de la implantación de procedimientos, información de actas de comisiones, observación de áreas asistenciales y entrevistas a profesionales.
La evaluación se realizo la semana de 10 al 14 de enero de 2011. En la evaluación se repartieron 150 cuestionarios a los pacientes y a los profesionales que estaban en el hospital la semana. Se auditaron 120 historias clínicas aleatorizadas 60 de pacientes médicos y 60 de pacientes quirúrgicos, de las altas del año 2010.
Los resultados se presentan en su distribución de frecuencias en el caso de variables cualitativas y con la media y desviación estándar si son cuantitativas.
Resultados
Se recogieron 109 encuestas cumplimentadas (72,7%) de los profesionales y 112 de pacientes (75%)
La distribución por categorías fue: Auxiliar de Enfermería 28 (26,42%), Enfermero 52 (49,06%), Médico 9 (8,49%), Técnico 8 (7,55%). Eran Fijos 73 (68,9%), interinos 7 (6,6%) y contratados 2 6 (24,5%). Mujeres 83(74,1%) y hombres 27 (24,1%). La edad media de los profesionales fue de 41,3 años con una desviación estándar de 6,8.
La distribución de las encuestas de pacientes fue hombres 60 (56,6%) mujeres 43 (40,6%). La edad media fue de 59, 9 años con una desviación estándar de 19,8. En cuanto al nivel educativo la distribución fue: Sin estudios 28 (26,4%), estudios básicos 66 (62,3%) y estudios universitarios 7(6.6%)
La puntuación media de la percepción del grado de seguridad de los profesionales fue de 6,7 sobre 10 con una desviación estándar de 1.7 frente a la de los pacientes que fue de 8,1 sobre 10. Se cumplen el 80% de los estándares de liderazgo, el 87,5% de los de política y estrategia, el 77,8% de los de personas, el 87,5 % de alianzas y recursos y el 65% de los indicadores de proceso.
Los pacientes tienen una percepción buena de la seguridad de los pacientes valorando con respuestas positivas por encima del 80% todas las variables de la encuesta menos 2 que están por encima del 70%. Los profesionales han valorado con porcentajes mucho más bajos.

En los resultados clave aparecen áreas de mejora como el dolor con un 54% de pacientes que manifiestan que tienen dolor mayor o igual a 4 sobre 10, En cuanto a puntos fuertes destacar que al 90% de los pacientes dados de alta se les entrega un informe de continuidad de cuidados

Discusión.

En general, en la evaluación se ha encontrado que el hospital tiene mejores resultados en los estándares relacionados con estructura y procesos que los encontrados en la evaluación realizada en el año 2009 en 34 hospitales españoles (2).

El modelo de evaluación del proyecto SENECA permite evaluar de forma global la seguridad de los cuidados que se dispensan en el hospital, nos ha servido para detectar áreas de mejora como en el caso del dolor con la creación de una comisión de dolor y la propuesta de un programa de mejora del manejo del dolor, intervenciones para disminuir efectos adversos como la flebitis o las caídas o priorización de protocolos que recoge el modelo y que tenemos pendientes, como la prevención de caídas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf

2. La seguridad en los cuidados de los pacientes hospitalizados. Proyecto SENECA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ProyectoSENECA.pdf

Sesión de Comunicaciones Orales Breves II

Session of Oral Brief Presentations II

AUTORES/AUTHORS:
ELENA ALMEIDA SUÁREZ, TEODORO ALMEIDA SUÁREZ, ESTHER PADRÓN RODRÍGUEZ, FÉLIX HERRERA SANTANA, DOLORES BARDAJÍ LÓPEZ GUARCH, LUCÍA ACOSTA SUÁREZ

TÍTULO/TITLE:
Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon en usuarios en programa de atención domiciliaria de un consultorio local

Objetivos:
Definir el perfil de usuarios incluidos en PAD (programa de atención domiciliaria) y adscritos al consultorio de Casas de Aguilar a fecha 15/5/2012 e identificar los PFS (patrones funcionales de salud) de MG (Marjory Gordon) disfuncionales y los diagnósticos de enfermería de dichos usuarios.
Metodología:
Estudio observacional descriptivo transversal con el 100% de los usuarios ya mencionados.
Resultados:
De 36 usuarios, un 61,11% son mujeres; la edad media es 79,83. El 47,22% son casados, 41,66% viudos y el 11,11% solteros.
Hay 364 registros diagnósticos, con una media por usuario de 10.De 38 etiquetas diagnósticas, la más frecuentes son: riesgo de caídas (88,88%), déficit de autocuidados: higiene (80,5%), riesgo de infección (77,77%) y el deterioro de la eliminación urinaria (69,44%).Un 63,88% presentan deterioro cognitivo y un 22,22% confusión crónica, de éstos todos presentan deterioro cognitivo.
Un 52,77% tienen cuidadora informal y el 100% son familiares; un 22,22% cuidadores formales, el 13,88% varios cuidadores y el 11,11% sin cuidador.
Un 8% presentan UPP (úlceras por presión) en el último año.
Un 27,7% hacen vida cama-sillón y un 2,7% están encamados.
Se han valorado el 100% de los PFS en los incluidos. Los patrones de percepción de la salud y el cognitivo-perceptual son disfuncionales en el 100% de los usuarios y las etiquetas diagnósticas vinculadas al patrón 1 son: riesgo de infección, incumplimiento, protección inefectiva, riesgo de caídas y al patrón 6: deterioro de la memoria, dolor crónico, dolor agudo, trastorno de la percepción sensorial, confusión crónica, trastorno de los procesos del pensamiento
Un 52,7% presenta dolor y sólo en uno de éstos aparece confusión crónica.
El patrón nutricional-metabólico es disfuncional en un 88,88 % y las etiquetas diagnósticas relacionadas son: desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad cutánea, perfusión tisular inefectiva periférica, deterioro de la dentición, riesgo de aspiración, riesgo de déficit de volumen de líquidos.
Los patrones de actividad-ejercicio y eliminación son disfuncionales en un 83,33% y las etiquetas diagnósticas relacionados con el patrón 3 son: deterioro de la eliminación urinaria, riesgo de estreñimiento, incontinencia fecal, estreñimiento, incontinencia urinaria funcional, retención urinaria y las relacionadas con el patrón 4: intolerancia a la actividad, déficit de autocuidados: higiene, déficit de autocuidados: vestido, déficit de autocuidados: uso del inodoro, déficit de autocuidados: alimentación, deterioro en el mantenimiento del hogar, deterioro de la ambulación, riesgo de caídas.
El patrón autopercepción-autoconcepto es disfuncional en un 19,44% y como etiqueta relacionada tenemos la aflicción crónica.
El patrón reposo-sueño es disfuncional en un 13,88% de los usuarios y como etiquetas diagnósticas relacionadas tenemos: trastorno del patrón del sueño e insomnio y el patrón de rol-relaciones en un 8,3% y etiquetas vinculadas: interrupción de los procesos familiares y riesgo de soledad.
El patrón afrontamiento-tolerancia al estrés es disfuncional en 2,7% y como etiqueta diagnóstica relacionada: afrontamiento familiar comprometido y los de sexualidad y valores creencias no aparecen disfuncionales en ningún usuario y no etiquetas vinculadas.
Conclusiones:
Las coberturas de PAD son elevadas (12,72% de los mayores de 65 años del consultorio) con una mayor feminización de la dependencia en relación al resto de la zona básica de salud.
En el Área de Gran Canaria se hace uso de una guía en los patrones funcionales de salud para vincularlos con los diagnósticos enfermeros, sin embargo, algunos de éstos están vinculados a otros patrones ya que sus factores de riesgo o características definitorias se obtienen de varios patrones.

La presencia de deterioro cognitivo no implica confusión crónica, sí a la inversa.
La prevalencia de UPP es menor que en el total de dependientes de la zona, pudiera deberse a un mayor número de visitas domiciliarias por parte de los sanitarios del consultorio.
Numerosas intervenciones de enfermería están encaminadas a cuidar el estado de salud física; la esfera psicológica y social requiere menos de nuestra atención en este colectivo. La mayor parte de los cuidados se pueden aportar desde el domicilio, es clave potenciar a la cuidadora familiar.
Es necesario consensuar un diagnóstico para reflejar la presencia de retraso mental ó trastorno psiquiátrico, antes recurríamos a trastorno de los procesos del pensamiento.
La alta prevalencia de deterioro de la eliminación puede deberse a que engloba a las incontinencias, por dificultad para establecer diagnóstico diferencial con estos usuarios.
La baja prevalencia de dolor podría deberse a no disponer protocolizadas escalas específicas de medición de dolor para usuarios con deterioro cognitivo.
El 90% de los que hacen vida cama-sillón y el 100% de los encamados presentan riesgo de deterioro de la integridad cutánea, lo que refuerza la inmovilización física como factor de riesgo de dicho diagnóstico.
Habría que valorar la necesidad de profundizar en la obtención de datos del patrón sexualidad y del de valores-creencias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Madrid. Elsevier. España. S.A: 2009-2011.
-Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados en Atención Domiciliaria. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio de Atención Primaria. Planificación y Evaluación, Servicio Canario de Salud.2002.
-Almeida Suárez E., Almeida Suárez, T., Bardaji Lopez Guarch D., Falcón Bolaños, B., Lorenzo Lampón C., Marrero González D., Martín Martel, Y., Medina Ramos, S., Padrón Rodríguez, E. Perfil y diagnósticos de enfermería en usuarios dependientes de una zona básica de salud. XVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados.
-Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Servicio Canario de Salud. 2002.
-Gordon Marjory. Manual de diagnósticos enfermeros. Editorial Elsevier.2003.
-Álaba, J; Arriola, E. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. Revista de la Sociedad Española del Dolor. Disponible en: scielo.iscii.es/ scielo.php? pid=51134-80462009000600007&script=sci_arttext. Acceso el 14 de mayo de 2012.
-Santaeulalia Potrony, L; Alvarez Carrera, A.; Sabria Martínez, I; Heras Fortuny, R; Moix-Manubens I; Morrós Torné, C. Prevalencia de úlceras por presión en atención primaria en dos comarcas catalanas. Enf. Clín. 2006; 16(1): 35-38.
-Gálvez Romero, C; Prevalencia y factores de riesgo de úlceras por presión. Atención primaria: publicación oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 2002; 30(6):357-362.

AUTORES/AUTHORS:
Lydia Riba Bellera, Mireia Boixadera Vendrell, Maria Antonia Martorell Poveda, Carmen Buendia Surroca, Pere Joan Cortes Perez, Eva Maria Rodriguez Perez, Carmen Bayo Perez

TÍTULO/TITLE:
CREENCIAS Y VALORES: ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE SU REGISTRO Y VALORACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS EN ATENCION PRIMARIA

Cada individuo adulto según sus creencias y valores, es responsable de sus pensamientos y de sus acciones. Puede escoger de forma autónoma o con ayuda su estilo de vida. Algunas creencias pueden ser limitadoras y provocar resistencias, afectando negativamente a las conductas y comportamiento. Otras pueden estar tan enraizadas que hace falta adaptarlas a la nueva situación de salud de la persona que estamos cuidando.
En el Plan de Salud de la Generalitat de Cataluña 2011/2015(1), una de las estrategias propuestas es la de ayudar a que las personas sean capaces de tener poder, para autogestionar su vida y su salud. Para facilitar este empoderamiento(2) es necesario conocer lo que ellas piensan sobre sus creencias y valores.
El Institut Català de la Salut (ICS), proveedor público de Servicios Sanitarios de la Generalitat de Cataluña, apuesta por la aplicación del modelo conceptual de Virginia Henderson(3) como instrumento de conocimiento integral de la persona atendida, para gestionar el plan de cuidados en Atención Primaria. Es pues en la necesidad básica nº 11, donde se valoran las creencias y valores, según manifestaciones de la propia persona o cuidador.
Nos planteamos pues, conocer como se registran y se valoran estos datos para conseguir un plan de cuidados eficiente y ayudar a que la persona sea capaz de tener poder para autogestionarse. Nuestro estudio está centrado en los registros de los cuidados en atención domiciliaria (Programa ATDOM). Para ello se requiere hacer una valoración integral, con la recogida de datos que nos aporten la máxima información sobre la persona que atendemos.
Búsqueda bibliográfica: Citamos la propia publicación de Henderson(3) refiriéndose a los principios básicos de los cuidados de enfermería y al concepto amplio de la necesidad nº 11 sobre las creencias y valores. También se han encontrado tres publicaciones sobre estudios relacionados con las creencias y valores (6,7,8), pero no sobre el registro de estos datos. En su publicación Perez Robles(9) refiere como hacer un registro, pero su estudio se basa solo en las necesidades espirituales de la persona.
Objetivo: conocer si se valoran y registran las creencias y valores de la persona en el plan de cuidados en la atención domiciliaria.
Metodología: estudio descriptivo de los registros en la valoración de enfermería, necesidad básica nº 11 según modelo conceptual de V.Henderson, utilizando el programa informático eCAP (Estación Clínica Atención Primaria).
Sujetos: Se han revisado 3.174 HCAPs (Historia Clínica Atención Primaria) de personas incluidas en el programa ATDOM con >= 3 meses de permanencia durante el año 2011.
Ámbito: Barcelona - Ciudad, Servicio de Atención Primaria Litoral Esquerra. ICS.

Resultados:
· De las 3.174 HCAPs revisadas hay 1.942 HCAPs (61,18%) con algún registro de datos en la necesidad básica de creencias y valores.
· En las variables que no dependen de un texto libre y cuya opción de registro es solo señalar uno/varios indicadores, tienen un registro alto (>=90%).
· En las variables con apartados de texto libre, los resultados son más moderados (entre el 20% y el 40%).
Discusión: hemos podido apreciar que la información registrada dentro de la necesidad básica nº 11 es muy diversa según la

variable. En aquellas variables que aparecen apartados con texto libre se registra poco, favoreciendo la pérdida de información. Se evidencia que en algunas valoraciones los registros son incompletos. En las que el registro solo depende de uno/varios indicadores ofrecen un mejor resultado.

Implicaciones: dados los resultados obtenidos y antes de hacer una intervención de soporte a las enfermeras proponemos conocer, a través de un estudio cualitativo, la percepción que tienen sobre la recogida de datos en creencias y valores, según Henderson (necesidad básica nº11). Así como los factores que influyen en que el registro de esta información sea incompleto y si consideran que ello influye en la calidad de los planes de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya. Pla de Salut 2011-2015. Primera edición Nov. 2011. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut_vfinal.pdf

2.Conferencia Kate Lorig, Director of the Stanford Patient Education Research Center. I Jornada ITESS. San Cugat del Vallès, 2012; disponible en: www.ForumITESS.com

3.Henderson V. Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. Publicación Consejo Internacional de Enfermeras Ed. Ginebra; Suiza; 1971.

4.Molas Puigvila M, Brugés Brugués A, Garcia Gutièrrez C. Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria: una realidad. Elsevier Doyma. Atención Primaria; 2011; 43(5):220-221

5.Reyes Luna J, Jara Concha P., Merino Escobar JM. Adherencia de las enfermeras a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. Ciencia y enfermería XIII (1): 45-57; 2007 ISSN 0717-2079.

6.Takeda S, Akamatsu R, Horiguchi I, Marui E. Relationship among Food-safety Knowledge, Beliefs, and Risk-reduction Behavior in University Students in Japan. Graduate School of Humanities and Sciences, Ochanomizu University, Tokyo, Japan. PMID: 21652268; J Nutr Educ Behav. 2011 Jun 7.

7.Lown BA, Kryworuchko J, Bieber C, Lillie DM, Kelly C, Berger B, Loh A. Continuing professional development for interprofessional teams supporting patients in healthcare decision making. Department of Medicine , Harvard Medical School, Mount Auburn Hospital, 300 Mount Auburn Street, Cambridge, MA 02138 , USA. PMID: 21657852; J Interprof Care. 2011 Jun 9.

8.Christensen AJ, Howren MB, Hillis SL, Kaboli P, Carter BL, Cvengros JA, Wallston KA, Rosenthal GE. Patient and physician beliefs about control over health: association of symmetrical beliefs with medication regimen adherence. Department of Psychology, The University of Iowa, 11 Seashore Hall East, Iowa City, IA 52242, USA. PMID:20174972; PMCID: PMC2854995; Journal General Internal Medecine; 2010 May;25(5):397-402.

9.Pérez Robles F. Los profesionales de la salud en la atención a las necesidades espirituales. Labor Hospitalaria nº 277. Ed. Noviembre 2006.

10.Johnson M, Bulechek ., Butcher H, McCloskey J, et al. Interrelaciones Nanda, Noc y Nic. 2ª ed.; Elsevier; 2006.

11.Benner P. Expertise in clinical practice: Caring, clinical judgment, and ethics. New York. Ed: 1996.

AUTORES/AUTHORS:
Mercedes Martinez Marcos, Carmen De la Cuesta Benjumea

TÍTULO/TITLE:
GESTIONAR LOS PROCESOS CRONICOS MIENTRAS SE CUIDA DE UN FAMILIAR DEPENDIENTE: UN ESTUDIO CUALITATIVO

OBJETIVO: Describir la gestión que las mujeres cuidadoras de personas dependientes hacen de sus procesos crónicos en el contexto del cuidado familiar.
METODOS: Este es un estudio cualitativo influido por la teoría fundamentada constructivista de Charmaz (1). En el participaron de forma voluntaria e informada, 49 mujeres con enfermedad crónica que cuidan a familiares dependientes que seleccionaron por medio del muestreo con propósito, en dos Áreas de Salud de la Comunidad de Madrid. Los datos se recolectaron por medio de 23 entrevistas semi-estructuradas y 2 grupos focales entre Abril 2010 y Diciembre 2011. En el análisis de datos se utilizaron los procedimientos de la teoría fundamentada. La obtención de los datos y su análisis se realizaron de manera concurrente (2). Las categorías emergentes fueron saturadas y validadas con los datos y consensuadas entre las investigadoras.
RESULTADOS: Las participantes del estudio temen enfermar y a causa de ello, no poder seguir cuidando de su familiar dependiente. A lo largo de los años, han aprendido a hacer frente a sus procesos crónicos de tal manera que pueden vivir con sus condiciones crónicas sin que estén presentes constantemente y les impida atender al familiar que cuidan. Manejar los regímenes de tratamiento, regular la vida cotidiana, regular sus emociones y regular el tratamiento del dolor; son las estrategias que utilizan para “no caer malas” y así mantener su rol de cuidadoras.
1) Manejar los regímenes de tratamiento.
Los regímenes de tratamiento de los procesos conllevan la realización de múltiples actividades desde el tratamiento farmacológico al seguimiento de dietas, ejercicio y consultas con profesionales de la salud, de modo que se pueda controlar la enfermedad. Para las participantes del estudio el manejo de los regímenes de tratamiento oscila entre cumplir con rigor, acomodar los regímenes y hacer lo imprescindible, dependiendo de las necesidades del cuidado familiar y las consecuencias que su enfermedad les pueda traer. De este modo mantienen su cuidado y el cuidado de su familiar dependiente.
2) Regular la vida cotidiana
Las manifestaciones corporales de los procesos crónicos de salud afectan a la funcionalidad y a la capacidad de la realizar las actividades del cuidado familiar. Las cuidadoras han desarrolladlo estrategias para mantener el cuidado familiar bajo las circunstancias que sus condiciones crónicas les impone diariamente. Han aprendido a priorizar las demandas del trabajo cotidiano ante la presencia de los síntomas como el dolor, cansancio, fatiga; a equilibrar las actividades más pesadas fraccionándolas e intercalándolas con el descanso y a utilizar los recursos disponibles de su entorno.
3) Regular las emociones
Los procesos crónicos de salud y el cuidado familiar generan emociones como la ansiedad, la ira y la tristeza que influyen el cuidado familiar y en su propio cuidado. Regular las emociones les permite hacer frente a su trabajo como cuidadoras, para ello las participantes del estudio racionalizan sus sentimientos encontrando razones para no llevarse por el desanimo, utilizan fármacos para el control de sus emociones y encuentran escapes; de este modo logran liberar sus emociones y mantener un cierto grado de estabilidad emocional.
4)Regular el tratamiento del dolor
El dolor es uno de los principales síntomas que acompañan a los procesos crónicos y que las participantes del estudio relataron padecer, se convierte en un obstáculo que les resta fuerza y capacidad para cuidar. Sienten la necesidad de “combatirlo”, de modo que regulan el tratamiento del dolor hasta que este desaparece o se hace tolerable. Regulan su tratamiento valorando y clasificando

el tipo de dolor que padecen, así seleccionan el tipo de fármaco que van a utilizar y ajustan las dosis necesarias para calmarlo. Además complementan con estrategias de autocuidados complementarias como el calor, los masajes y productos naturales.

DISCUSION:

Se ha descrito que la autogestión de los procesos crónicos esta influenciada por la experiencia de la enfermedad y el contexto de la vida de los individuos (3). La autogestión de los procesos crónicos de las cuidadoras esta influenciada por la intensidad de las demandas del familiar al que cuidan, esto influye en la atención que las cuidadores se prestan a si mismas y en la prioridad que otorgan al gestión de sus procesos crónicos (4), así el manejo de sus regímenes de tratamiento, ha de hacerse compatible con las necesidades del cuidado familiar. El estado emocional es un factor que influye en el seguimiento de la enfermedad crónica (5) y cuidar de un familiar tiene consecuencias en el estado de ánimo (6). En este estudio se pone de manifiesto que las cuidadoras gestionan sus emociones para que no influya no solo en su enfermedad, sino también el cuidado familiar; de igual modo son capaces de manejar el dolor.

Este estudio contribuye a que los profesionales de salud conozcan las estrategias que utilizan las cuidadoras para hacer frente a sus procesos crónicos y detecten sus dificultades a la hora de equilibrar las demandas de autocuidados con las de cuidados al familiar dependiente. Esto favorecerá que les faciliten los recursos y proporcionen el apoyo necesario mejorando de esta manera su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.Charmaz K. Constructing Grounded Theory. A practical guide through qualitative analysis. Londres: SAGE, 2006.

2.Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. Colombia: Universidad de Antioquia; 2002.

3.Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, Redeker NS, Reynolds N, Whittemore R. Processes of self-management in chronic illness. Journal of Nursing Scholarship. 2012; 44(2):136-44.

4.Furlong KE, Wuest J. Self-care behaviors of spouses caring for significant others with Alzheimer's disease: The emergence of self-care worthiness as a salient condition. Qualitative Health Research. 2008; 18(12), 1662-1672.

5.Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet 2007; 370: 851-858.

6.Schulz RS, Paula R. Physical and mental health effects of family caregiving. American Journal of Nursing 2008; 108(S9):23-7.

AUTORES/AUTHORS:
Raquel Gonzalez Gonzalez, Manuel Jesus Moreno Guzman, Miguel Angel Lerida Ortega, Maria Teresa Fuentes Hervias, Francisco Javier Luna Bujaldon, Maria Manuela Godoy Lorite, Rosa Maria Peñuela de La Torre, Elsa Esteban Fernandez, Manuel Gonzalez Cabrera

TÍTULO/TITLE:
Nivel de sobrecarga de los cuidadores de enfermos de Accidente Cerebro Vascular

Introducción:El Accidente Cerebro Vascular (ACV) engloba todo un conjunto complejo y variado de signos y síntomas que tienen que ver con la pérdida del correcto funcionamiento cerebral. Representa la tercera causa de mortalidad en los países industrializados y constituye el principal motivo de incapacidad neurológica en los países occidentales.
El cuidador es la persona que proporciona asistencia y cuidado, generalmente en el entorno del hogar, a uno de sus progenitores, al cónyuge, a otros familiares, a personas sin vínculos familiares, a una persona enferma o discapacitada de cualquier edad. Un cuidador puede ser un miembro de la familia, un amigo, un voluntario o un profesional pagado.
Objetivo:Conocer el perfil del cuidador y su nivel de carga.
Metodologia:Se toma una muestra de 60 cuidadores de pacientes con ACV mayores de 55 años.Se establecen dos grupos de 30 cuidadores.En el primer grupo, cuidadores cuyos enfermos están en la fase aguda o subaguda de ingreso hospitalario.El segundo grupo está compuesto por cuidadores de más de tres meses de evolución.
Se procede a la recogida de datos personales elementales como son el sexo, la edad y el grado de parentesco con la persona cuidada, junto con la entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit.
La Escala de Zarit es un instrumento para medir la carga de los cuidadores.Está formada por un conjunto de 22 afirmaciones en las cuales se refleja cómo se sienten los cuidadores.Los ítems son contestados indicando la frecuencia con la que él ha sentido tal afirmación atendiendo a la siguiente equivalencia: 0-nunca, 1-rara vez, 2-algunas veces, 3-bastantes veces, 4-casi siempre.El valor máximo de puntuación es de 84 puntos no existiendo normas ni puntos de corte establecidos, aunque se suele utilizar como referencia la puntuación total igual o inferior a 46 que define la ausencia de sobrecarga; entre 47 y 55, la sobrecarga se considera leve; y si es igual o superior a 56 se considera sobrecarga intensa.
Resultados:Los datos personales de los cuidadores reflejan que en la muestra total de 60 cuidadores el 66,6% (40) son mujeres mientras que el porcentaje de hombres queda reducido al 33,3% (20).Si realizamos un análisis más pormenorizado separando ambos grupos de estudio, nos encontramos con que en el grupo de cuidadores de enfermos con ACV en fase aguda aparecen 21 mujeres y 9 hombres y en el grupo de cuidadores de enfermos con ACV en fase crónica 19 mujeres y 11 hombres.
En el grupo de cuidadores de pacientes con ACV agudos, la media de edad se sitúa en 60,46 años siendo la edad máxima 77 y la mínima 35.Por su parte, en el grupo de cuidadores de pacientes con ACV crónicos, la media de edad se sitúa en 45,06 años siendo la edad máxima 72 y la mínima 18.
Cuando estudiamos el grado de parentesco,el 70% (21) de los cuidadores del grupo 1 son o esposas/os y el 30%(9) hijos/as, no apareciendo ningún cuidador profesional.
En la muestra de cuidadores del grupo 2, el 73,3% (22) son hijos/as, el 13,3% (4) son esposos/as, el 10% (3) son cuidadores profesionales y el 3,3% (1) son nietos/as.
Vemos que la mayoría de los cuidadores de enfermos de ACV del grupo 1 se corresponden con el cónyuge del enfermo.Sin embargo cuando esa situación se hace crónica (cuidadores del grupo 2), el perfil del cuidador cambia pasando a ser éste prioritariamente un hijo/a. Además, en este grupo 2 de cuidadores aparece el perfil de cuidador profesional.
Dentro del grupo 1, el de los cuidadores de enfermos de ACV en proceso agudo, 25 de los 30 cuidadores (83,3%) no manifiesta sobrecarga y el 16,6% restante presenta un grado de sobrecarga leve, no existiendo ningún caso de sobrecarga intensa.

En el grupo de los cuidadores de pacientes crónicos, los porcentajes se reparten entre el 6,66% de cuidadores que manifiestan una sobrecarga intensa, un 6,66% que manifiestan una sobrecarga leve y el resto, el 86,6% de los encuestados, que no reflejan ningún tipo de sobrecarga.

Discusión:1.Independientemente de la fase evolutiva en la que el paciente afecto de ACV precise cuidados, la figura del cuidador es mayoritariamente femenina.

2.Cuando el episodio de ACV es agudo y el enfermo aún permanece hospitalizado, el cuidador de referencia es el cónyuge viéndose los hijos afectados en esta tarea en menor medida. A medida que la situación va cronificándose se necesita realizar cambios en los roles familiares y adaptarse a la nueva situación. Es en este momento cuando los hijos/as pasan a adquirir la figura de cuidador principal de forma mayoritaria.

3.En la fase inicial, la familia absorbe con más facilidad la tarea. Más adelante se hace necesaria la colaboración de cuidadores profesionales que descarguen del cuidado principal a la familia o bien que apoyen su labor.

4.Aunque no existe diferencia significativa entre los valores totales de la escala de carga de Zarit, observamos que las mayores diferencias entre el grupo de agudos y crónicos se establecen en las preguntas referentes a las consecuencias del cuidado en el cuidador. Sentimientos como la tensión, enfado, miedo, dependencia no están presentes al comienzo de la enfermedad y si con su evolución en el tiempo.

En la práctica clínica prestaremos especial atención al cónyuge en la fase hospitalaria y a sus miedos y dependencia en la domiciliaria

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Goldstein LB. Prevention and management of stroke. In: Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, eds. Libby: Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 8th ed. Saunders; 2007:chap 58.

2. Zivin JA. Hemorrhagic cerebrovascular disease. In: Goldman L, Ausiello D, eds. Cecil Medicine. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap 432.

3 .Bermejo F. Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia. 2 ed. Díaz de Santos; 2004

4. Stokes M. Fisioterapia en la rehabilitación neurológica. 2ed. Elsevier; 2006

5 .Montagut F, Flotats G, Lucas E. Rehabilitación domiciliaria. Elsevier; 2005

6. Leturia FJ, Yanguas JJ, Arriola E, Uriarte A. La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. Editorial Cáritas Española; 2001

7. Izal M, Díaz P, Montorio I. Cuando las personas mayores necesitan ayuda: guia para cuidadores y familiares. Ministerio de asuntos sociales; 1997

8. Ruipérez I, Llorente P. Guía para auxiliares y cuidadores del anciano: Fundamentos y procedimientos. McGraw-Hill-Interamericana; 2003

9. Bimbela JL. Cuidando al cuidador: Counseling para médicos y otros profesionales de la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía;1998

10. Jaén, dependencia y solidaridad en las redes familiares. Instituto de Estadística de Andalucía. Conserjería de economía y hacienda

AUTORES/AUTHORS:
PURIFICACION L LÓPEZ MARTÍNEZ, ANA PATRICIA NAVARRO EGEA, PEDRO RIQUELME TENZA, MANUEL PONCE MIRETE, PURIFICACION CONTRERAS CONTRERAS, MARIA NIEVES SANCHEZ CONTRERAS, CARMEN JIMÉNEZ GUILLAMÓN, MARIA CARMEN LÓPEZ RUIPÉREZ, JOAQUÍN CARRILLO ORTEGA

TÍTULO/TITLE:
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE RELACIONADA CON LA ALIMENTACIÓN / NUTRICIÓN DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, existe una urgente necesidad de que los organismos de asistencia sanitaria replanteen sus procesos de trabajo y definan la seguridad como un objetivo institucional de la máxima relevancia.

Es evidente que no se pueden aplicar cambios duraderos e importantes en una organización sin replantear de forma satisfactoria su cultura. El “movimiento por la seguridad del paciente” ya está en marcha.

Tendremos en cuenta la importancia de la colaboración y relación médico-enfemería en el seguimiento de los pacientes hospitalizados. A través de la continuidad de los registros se pueden detectar deficiencias, en nuestro caso relacionadas con la nutrición, para poder subsanar la alteración detectada disminuyendo la morbi-mortalidad y las estancias innecesarias en el paciente, con un adecuado soporte nutricional.

OBJETIVO

Valorar la adecuación de dieta y la continuidad del registro de ingesta para detectar riesgo nutricional en pacientes ingresados en el Área de Hospitalización de la Unidad de Gestión Clínica Digestivo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo de una muestra de pacientes ingresados en el Área de Hospitalización de la Unidad de Gestión Clínica Digestivo, durante los meses de abril y mayo de 2012, cuya estancia se prevé mayor de 48 horas. (Sin criterios de exclusión por edad ni sexo).

Parametros a evaluar:
- Motivo de ingreso
- Días de estancia
- Horas de ayuno para pruebas y otros
- Realización de la Escala NRS-2002 (Cribado Nutricional)
- Realización del registro de Medidas Antropométricas.
- Seguimiento y registro de la ingesta por turnos (nada, parcial o total).
- Adecuación de la dieta prescrita a las necesidades, según registro de Enfermería.

Ingreso del paciente en el Área de Hospitalización de la UGCDigestivo.
Protocolo de acogida por el personal de Enfermería.
Registros informatizados:
- Valoración de Enfermería según los patrones de M. Gordon.
- Valoración de Riesgo de UPP (Norton modificado).
- Valoración de Riesgo de Caídas (Dawnton)
- Registro de catéteres, sondas, drenajes,…
- Registro de Constantes Vitales.
- Registro de 'Entradas y Salidas'.
- Escala NRS-2002 (Cribado Nutricional)
- Registro de Medidas Antropométricas.

RESULTADOS

Tras observar los formularios de la historia clínica de Enfermería y valorar los registros realizados a un total de 50 pacientes, elegidos aleatoriamente del total de 166 altas dadas en nuestra Área de Hospitalización de los meses de abril y mayo de 2012, obtenemos:
- Al 57% de los pacientes se les ha realizado la Escala de Cribado Nutricional NRS 2002 al ingreso.
- Al 85% las medidas antropométricas al ingreso y a los 7 días.
- Al 7% de los pacientes no se le ha realizado la escala de Cribado Nutricional ni parámetros antropométricos.
- La estancia media de los pacientes ha sido de 15 días.
- El 57% de los pacientes han tenido una dieta adecuada durante su ingreso.
- Al 100% de los pacientes se le ha realizado un seguimiento de la ingesta de la dieta.

DISCUSIÓN

Es importante detectar al ingreso del paciente alteraciones o riesgos de desnutrición.

La continuidad de registros relacionado con el control de la dieta y de la ingesta, es de vital importancia para la finalidad de ir adecuando la dieta a las necesidades del paciente y así poder prevenir:
- Retraso en la recuperación de la enfermedad
- Retraso en la cicatrización de heridas
- Aumento en la incidencia de dehiscencia de suturas
- Aumento de complicaciones e infecciones
- Aumento de la incidencia de UPP
- Aumento de la estancia hospitalaria y del coste sanitario.

No damos la importancia suficiente a la necesidad del control nutricional del paciente, evidenciando que el registro realizado por Enfermería no ha sido continuado al 100% durante la estancia hospitalaria, ni a los pacientes, se le han aplicado los protocolos establecidos relacionados con la nutrición.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Planas M.; Álvarez J.; Culebras JM.; García de Lorenzo A.; León M.; Maldonado J.; Mesejo A.; Montejo JC. Tratado de Nutrición: Nutrición Clínica. Tomo IV. 2ª Ed.2010 . SENPE.

2. Vargas M.; Recio M. Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: de las ideas a la acción. Ed. 2008. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

3. Recomendaciones sobre la necesidad de evaluar el riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados. Informe del Grupo de Trabajo de desnutrición de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE).

4. García Luna PP.; Romero Ramos H. Desnutrición hospitalaria en pacientes adultos en España. En: J.I. de Ulíbarri. Libro Blanco de la desnutrición clínica en España. Madrid: Acción Médica, 2004. p. 61-69. Disponible en www.senpe.com/grupos/conut.htm

5. Martín-Peña G.; Gómez-Candela C.; de Cos-Blanco Al.; Cabré-Gelada E. Valoración nutricional de los pacientes ingresados en hospitales de España. Med Clin 2005, 125 (14):534-42.

AUTORES/AUTHORS:
Maria Júlia Costa Marques Martinho, Maria Manuela Martins, Margareth Angelo, Jose Carlos Carvalho, Ilda Fernandes

TÍTULO/TITLE:
Intervenir en los contextos de la práctica para cuidar de la familia

Introducción:
Este proyecto procura intervenir con las organizaciones, promoviendo una actitud proactiva en el cuidado de enfermería centrado en las familias teniendo en cuenta que la enfermedad es una experiencia que tiene implicaciones en toda la familia. Este enfoque esta basado en la asociación y la participación de todos en lo cuidado (profesionales sanitarios, pacientes y sus familias) suponiendo que sea beneficioso para todos. La atención centrada en la familia tiene como objetivo promover la salud, el bienestar de los individuos y las familias y restaurar su dignidad y el control de la salud. Las acciones de enfermería no se limitan al cuerpo biológico, sino que tratarán de desarrollar una atención integral a fin de cumplir y apoyar las necesidades detectadas. Para que esto suceda, es importante entender las actitudes que las enfermeras desarrollan frente a la familia y cuál es la percepción de satisfacción con los cuidados de enfermería de estas familias, con el fin de intervenir en los contextos de la práctica convirtiéndolos en contextos que promuevan una práctica de colaboración entre las enfermeras y las familias en que ambas disfrutan de una comunicación efectiva, cooperación y confianza mutua que permita una transición lo más favorable posible para el desarrollo futuro de estas familias.

Objetivos:
Evaluar si existe una relación entre la formación en servicio: (y las actitudes hace la familia y el nivel de stress de las enfermeras) y (la satisfacción de los enfermos e familias con los cuidados de enfermería) en unidades de medicina de un hospital general.

Métodos:
Estudio cuantitativo, descriptivo. Compuesto de 3 partes diferenciadas:
- Evaluación antes del dispositivo de formación: Actitudes de las enfermeras (Estudio A) y Satisfacción con los cuidados de enfermería, con pacientes y sus familias (Estudio B).
- Aplicación del dispositivo de formación a las enfermeras.
- Re evaluación después de la capacitación: Las actitudes de las enfermeras (Estudio A) y la satisfacción con los cuidados de enfermería con los pacientes y familiares (Estudio B).
Participantes: 85 enfermeras de un servicio del área médica y 300 personas (74 clientes y 76 miembros de la familia en cada una de las fases).
La recolección de datos se llevo a cabo antes y después del dispositivo de formación, entre Setiembre y Diciembre de 2010 (1ª fase) y Junio y Marzo de 2011 (2ª fase) mediante la aplicación de dos escalas: La importancia de la familia en la atención de enfermería - Actitudes de las enfermeras (IFCE-AE) versión portuguesa de Oliveira et al. (2009) y SUCCEH21 elaborado por Ribeiro (2005).

Resultados:
Los resultados indicaron que existe una diferencia significativa en el promedio entre ambos momentos de recogida de datos para las dimensiones de "La familia como recurso en la atención de enfermería" para un p <0,05 y "la familia como una carga" para una p <0,001. Analizada la diferencia entre las fases (1 ª y 2 ª) para la satisfacción, verificamos que hubo aumento en la 2 ª fase para los clientes hombres con respecto a la participación en el momento de la recepción (1ª fase= 14.3, 2ª fase= 37.5) en los cuidados higiénicos (1ª fase= 0.0, 2ª fase= 12.5), comidas (1ª fase= 0.0, 2ª fase= 57.1), y en los enseños (1ª fase= 0.0, 2ª fase= 25.0) y para las clientes mujeres la participación en el momento de recepción (1ª fase= 0.0, 2ª fase= 20.0) y recreativo (1ª fase= 0.0, 2ª fase=

20.0). De una forma general los clientes hombres refieren que los sus familiares eran involucrados nos cuidados (1ª fase= 10.3, 2ª fase= 35.3; p=0.049) y las clientes mujeres (1ª fase= 7.1, 2ª fase= 35.7; p=0.01), verificando-se un aumento significativamente estadístico en la 2ª fase. En los familiares entre las fases no fue diferente, con excepción de los familiares de las mujeres, donde hubo un aumento de la participación en las comidas.

Discusión:
Estos resultados son indicativos de que, después del proceso de sensibilización/intervención hecho con los enfermeros, los valores medios obtenidos para las actitudes hace la familia como una dimensión de recursos de atención de enfermería, aumentó, y para la dimensión de la familia como una carga, disminuyó, dejando al descubierto las actitudes favorable hace la familia. La satisfacción aumentó en la 2 ª fase en los clientes masculinos y las familias en general, manteniendo el mismo en ambas fases sólo en los clientes femeninas.

Implicaciones para la práctica:
El proceso de formación en este estudio destacó la familia como recurso para la enfermería, que enfatiza las actitudes de apoyo y la diminución de las actitudes más negativas reveladas en la dimensión familia como carga. La Satisfacción también aumentó después del proceso de formación en los clientes masculinos y familiares. Estos resultados apoyan el desarrollo y manutención de estos procesos de formación, ya que su sustentación en la práctica permite a los enfermeros problematizar, dando sentido al conocimiento que se construye a partir de la reflexión sobre sus experiencias, con la ayuda de un suporte teórico, las concepciones emergentes formaran un conocimiento más sólido porque provienen de sus propias experiencias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alves, PV. Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho - O caso de um serviço hospitalar. Sísifo Revista de Ciências da Educação, 2008;5:19-32.
- Bezein et al - Families' Importance in Nursing Care Nurses' Attitudes—An Instrument Development. Journal of Family Nursing, 2008; 14 (1): 97-117.
- Bezein et al - Nurses' Attitudes About the Importance of Families in Nursing Care A Survey of Swedish Nurses. Journal of Family Nursing, 2008; 14 (2): 162-180.
- Hopia H, Tomlinson PS, Paavilainen E, Astedt-Kurki P. Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. J Clin Nurs., 2005; 14(2):212-22.
- Lee, MD, Friedenberg AS, Mukpo, DH, Conray K, Palmisciano, A, & levy MM – Visiting hours polices in New England intensive care units: strategies for improvement. Critical care medicine,2007;35(2):497-501.
- Martins, M, Martinho, J., Ferreira, MR, Barbiéri-Figueiredo, Oliveira, PC, Fernandes, HI, Vilar, AI, Figueiredo, MH, Andrade, L, Carvalho, JC. Enfermagem de família: atitudes dos enfermeiros face à família – estudo comparativo nos CSP e Hospital. IN: Escola Superior De Enfermagem Do Porto - Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família [e-book]. (pp.20-33). Porto: UNIESEP-Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família, 2010. Disponível em WWW: <URL:http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2118743933/
- Oliveira, PCM. et al. Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. Rev. esc. enferm. USP [online].2011,45(6):1331-37. Disponível em WWW: <URL: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008
- 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

- Pinto, JP.; Ribeiro, CA.; Pettengill, MM.; Balieiro, MMFG. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica Revista Brasileira de Enfermagem,2010; 63(1): 132-135.
- Silveira, AO & Angelo, M. A experiência de interação da família que vivencia a doença e hospitalização da criança. Rev Latino-am Enfermagem, 2006; 14(6):69-77
- Ribeiro, ALA. O percurso da construção e a validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005;16: 53-60.

AUTORES/AUTHORS:
ELENA ALMEIDA SUÁREZ, TEODORO ALMEIDA SUÁREZ, DOLORES BARDAJI LOPEZ GUARCH, BEGOÑA FALCÓN BOLAÑOS, CARLOS LORENZO LAMPÓN, DULCE MARRERO GONZÁLEZ, YURENA MARTÍN MARTEL, SINESIA MEDINA RAMOS, ESTHER PADRÓN RODRÍGUEZ

TÍTULO/TITLE:
Perfil y diagnósticos de enfermería en usuarios dependientes de una Zona Básica de Salud.

Objetivos:
Describir el perfil de usuarios dependientes incluidos en SCCAD (servicio de continuidad de cuidados en atención domiciliaria) de la ZBS (zona básica de salud) de Santa María de Guía a fecha 23/3/12 e identificar los diagnósticos de enfermería registrados en sus historias de salud.
Metodología:
Es un estudio observacional descriptivo transversal sobre el 100% de dependientes incluidos en SCCAD de la ZBS a estudio.
Variables:
Edad, sexo, estado civil, si vive domicilio ó residencia, tipo de cuidadora, relación de parentesco entre cuidadora informal-dependiente, nivel de dependencia funcional, ingreso en último año, presencia de UPP (úlceras por presión) en el último año, si percibe SAD (servicio de ayuda a domicilio), nivel de movilidad, estado cognitivo y diagnósticos de enfermería registrados en las historias de salud.
Resultados:
De 200 incluidos el 100% tienen registros de planes de cuidados en la historia de salud. El 59% son mujeres; la media de edad es 81, con una mínima de 18 y una máxima de 102. El 46,5% están casados, 39% viudos, 12,5% solteros y 1,5% separados.
Un 89,5% viven en domicilio y un 10,5% en residencia. De los institucionalizados un 22,7% son hombres y el 77,3% son mujeres.
Un 54% disponen de cuidadora principal informal siendo: un 29% hijos, 18% cónyugues, 3% padres, 2% nuera ó yerno, 4% hermanos y 2% no son familiares; un 23,5% dispone de cuidadora formal y un 5,5% no tiene cuidador identificado.
Un 52,5% no perciben SAD; un 6,5% lo perciben público, un 16% privado y un 9% ambos.
Un 28% dependen para todas las AVD-B (actividades de la vida diaria básicas), un 15,5% dependen para 5, un 8,5% para 4, un 13,5% para 3, un 15% para 2 y un 6,5% para 1 AVD-B.
Un 25,2% han estado ingresados y un 13,5% han presentado UPP en el último año.
Un 57,5% deambula con ayuda, un 24,5% hace vida cama-sillón y un 9,5% están encamados.
Un 8% son menores de 65: de los cuales un 75% son hombres y un 25% mujeres; de un 32,5% de 65 a 80: un 36,9% son hombres y 63,07% mujeres y en un 59,5% de mayores de 80 un 41,17% son hombres y un 58,82% son mujeres.
Un 55,5% presentan deterioro cognitivo. De los cuales un 66,46% son mujeres y un 36,53% son hombres. Un 5,76% son menores de 65 años, 24% están entre 65 y 80 años y 70,2% tienen más de 80 años.
Encontramos 2208 registros diagnósticos y 48 etiquetas diagnósticas; las más frecuentes son: riesgo de caídas (92%), déficit autocuidados: baño (86,5%), déficit de autocuidados: vestido (76%), deterioro de la eliminación urinaria (73%), riesgo de infección (69%), trastorno de la percepción sensorial (65%), déficit de autocuidados: uso del inodoro(58%), deterioro de la memoria (43%). La confusión crónica está presente en un 35% de los usuarios. De la esfera psicológica el más frecuente es la aflicción crónica (27%).
La media de diagnósticos por usuario es de 11,04; siendo en hombres de 10,4 y en mujeres de 11,49.
Conclusiones:
La mayoría viven en domicilio y prevalecen los cuidados informales en la ZBS, tal como reflejan otros estudios.
La media de diagnósticos por usuario dependiente es similar a la media por usuario dependiente con deterioro cognitivo, lo que

podría sugerir que tener deterioro cognitivo no implica necesariamente una mayor necesidad de cuidados.
El perfil de incluido en SCCAD es mujer, casada ó viuda, con una media de 81 años, vive en domicilio, dispone de cuidadora principal informal familiar, deambula con ayuda, presenta dependencia funcional, vive acompañada y no ha tenido ingresos ni UPP en el último año.
Un 15,5% perciben SAD público y un 25% privado, superando datos de otros estudios.
El número de mujeres institucionalizadas supera el triple que de hombres, coincidiendo con otros estudios en una mayor tasa de institucionalización en mujeres.
En estos usuarios concurren los tres factores que establece el Ministerio son necesarios para considerarse dependientes, con lo cual, existen criterios homogéneos en la identificación del dependiente tanto a nivel estatal como a nivel de la zona básica de salud.
Hay mayor número de dependientes a medida que aumenta el tramo etario lo que indica relación entre edad y dependencia, tal como apuntan otros estudios.
En el tramo de menos de 65 años el número de hombres triplica al de mujeres y en los tramos de 65 a 80 y mayores de 80, el número de mujeres supera al de hombres; coincidiendo con otros estudios que dicen que en las edades más jóvenes hay mayoría de hombres discapacitados.
El porcentaje de mujeres dependientes se asemeja al que se menciona en el Libro Blanco de la Dependencia.
Para intentar reducir el número de hospitalizaciones es importante indagar sobre los motivos de ingreso.
Requiere una atención especial las intervenciones ante las UPP ya que la prevalencia en la zona supera la de otros estudios.
El deterioro cognitivo es mayor en el sexo femenino y también aumenta con el tramo etario, lo que ya reflejan otros estudios; lo que justificaría el despistaje del mismo en mujeres y en mayores de 80.
Siendo buenos los datos de cobertura del SCCAD, dada la gran necesidad de cuidados de este grupo poblacional habría que esforzarse por continuar aumentándolas; frente a una captación activa queda justificada la priorización de los mayores de 80.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-Santaeulalia Potrony, L; Alvarez Carrera, A.; Sabria Martínez, I; Heras Fortuny, R; Moix-Manubens I; Morrós Torné, C. Prevalencia de úlceras por presión en atención primaria en dos comarcas catalanas. Enf. Clín. 2006; 16(1): 35-38.
-Gálvez Romero, C; Prevalencia y factores de riesgo de úlceras por presión. Atención primaria: publicación oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 2002; 30(6):357-362.
-Dalfó-Pibernat, A. Comorbilidad y evaluación cognitivo-funcional en pacientes ATDOM > 65 años en un Consorcio de Atención Primaria de Salud.
-Nieto García, J.A, Revuelta Agudo, J, Crespo Castro, J, Marín Segura, R, Puya Barroso, M. Prevalencia de las úlceras por presión en una zona rural de la provincia de Cádiz. SEMERGEN, Medicina de Familia 2011; 37(6): 275-279.
-Atención a las personas en situación de dependencia en España. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2004.
-Las personas mayores dependientes en España: análisis de la evolución futura de los costes asistenciales. Centre de Recerca en economía I salut-Cres. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. 2000.
-NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Madrid. Elsevier. España. S.A: 2009-2011.
-Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados en Atención Domiciliaria. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio de Atención Primaria. Planificación y Evaluación, Servicio Canario de Salud.2002.
-Crespo López María, López Martínez Javier. Estrés en cuidadoras de mayores dependientes. Editorial Pirámide. 2007 .
-Almeida Suárez M.E., Álvarez Álvarez J., Bardaji Lopez-Guarch, D., De Diego Rodrigues, C., Falcón Bolaños, B., Lorenzo Lampón, C., Marrero González, D., Quintana Molina, I., Ramos Déniz, J.A. Diagnósticos de enfermería en usuarios con deterioro cognitivo y

sus cuidadoras informales de una zona básica de salud. XV Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados.

AUTORES/AUTHORS:
Baldomero De Maya Sanchez, Virginia Esperanza Fernández Ruiz, Jose Antonio Paniagua Urbano, Yesica Rojas Navarrete, Pilar Soler Gomez, Maria Dolores Zaragoza Osete, Maria Jose Fernandez Garcia, Antonio Jose Gomez Navarro, Alfonso Maestre Pellicer

TÍTULO/TITLE:
CAUSAS DE LOS ERRORES DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN LA ENFERMERÍA HOSPITALARIA

Introducción: La administración de medicación es un proceso que requiere una máxima precaución ya que la seguridad de los pacientes se ha convertido en una gran preocupación para la sociedad.

Objetivos: Objetivo principal: Conocer las causas que dan lugar a errores de administración de medicación por parte de enfermería en el ámbito hospitalario a través de una revisión sistemática de la evidencia científica.
Objetivo secundario: Comprobar a partir de la evidencia científica si dichas causas pueden deberse
a la inexistencia de protocolos estandarizados para prevenir los errores de administración de medicación.

Metodología: Revisión sistemática cualitativa de la evidenciada existente acerca de las causas de los errores de administración de medicación por parte de enfermería en el ámbito hospitalario. Se estudió la población constituida por toda la bibliografía disponible y accesible relacionada el tema y mediante los criterios de inclusión/exclusión, en las siguientes fuentes de información: bases de datos, revistas en soporte papel y electrónicas y libros. Se utilizaron diferentes itinerarios estándar y la selección de la información obtenida se seleccionó siguiendo un proceso de filtración.

Resultados: De los 24 artículos obtenidos se identificaron 14 causas: falta de conocimiento, prescripciones incompletas o ilegibles, órdenes verbales, ambiente de trabajo inadecuado, excesiva confianza en la memoria, cálculo de las dosis incorrecto, sacar el medicamento de su envoltorio, distracciones e interrupciones en la administración de la medicación, sistema de almacenamiento incorrecto, fármacos con denominaciones similares, abreviaturas, malas condiciones de salud, registro de la administración del medicamento antes o después de administrarlo, ausencia de normalización.

Discusión: Las causas en la administración de medicación existen y se producen en cualquier punto del proceso, lo cual nos permite conocer los fallos en el sistema y realizar cambios en aquellas partes del proceso para garantizar la máxima seguridad del paciente.

Conclusión: Esta revisión confirma que existen circunstancias que rodean a los errores de medicación debiendo considerarlas como una opotunidad para prevenir errores similares en un futuro.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1.-Carlton G, Blegen MA. Medication-related errors: a literature review of incidence and antecedents. Annu.Rev.Nurs.Res. 2006;24:19-38.
2.-Santos Ramos B, Guerrero Aznar MD. Administración de Medicamentos Teoría y práctica. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
3.-Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. 2007; Available at: www.ismp-espana.org. Accessed 03/20, 2008.
4.-Campino Villegas A, López Herrera, M. C., García Franco M, López de Heredia y Goya, I., Valls i Soler, A. Errores en la

prescripción y transcripción de medicación en una unidad neonatal. An. Pedriatr. 2006;64:330-5.
5.-Odnicki da Silva, D., Renata Grou C, Inocenti Miasso A, De Bortoli Cassiani, S. H. Preparación y administración de medicamentos: análisis de cuestionamientos e informaciones del equipo de enfermería. Rev. Latino-am. Enfermagem 2007;15(5).
6.-Otero MJ, Codina C, Robles D. Programa multidisciplinario de prevención de errores de medicación en un hospital. Revista Calidad Asistencial 2005;20:79-89.
7.- Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gallivan T, et al. Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. JAMA 1995 Jul 5;274(1):35-43
8.-Ruiz-López P, González Rodríguez-Salinas C, Alcalde-Escribano J. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. Rev. Calidad Asistencial 2005;20:71-8.
9.- Wald H, Shojania KG. Root cause análisis, Cp. 5. En: Shojania KG; Duncan B, McDonald K, Watcher R, editors. Making Health Care Safer: a critical analysis of patient safety practices. Evidence Report/Technology Assessment N:43, Agency for Healhtcare Research and Quality 2001. Consultado 20/03/08. Disponible en http://www.ahcpr.gov/clinic/ptsafety/chp5.htm
10.-Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Med Clin 2004;123:21-25.

AUTORES/AUTHORS:
FRANCISCA OLIAS ESPINOSA, ISABEL VIDAL ESCOBOSA, M.BLANCA RIVERO PRENDES

TÍTULO/TITLE:
Efectividad y Tolerancia de la Solución Polihexanida Betaína (SPB), en el tratamiento de úlceras con evolución tórpida.

HIPÓTESIS: La Solución de Polihexanida Betaína (SPB), es efectiva y bien tolerada en el TTO de las úlceras con evolución tórpida.
1.OBJETIVOS
[O1]-Evaluar la efectividad y tolerancia del TTO con SPB frente al TTO con Suero Fisiológico (SF).
[O2]-Evaluar el efecto de SBP sobre Colonización / Infección microbiana y patrón de sensibilidad / resistencia en dichas úlceras.
[O3]-Evaluar la facilidad de utilización en la aplicación de SPB.
2.MÉTODOS
DISEÑO- Estudio Analítico Observacional de Casos(Cs)-Controles(Ctrls).
Tamaño de la Muestra: 20 pacientes. Desarrollado en el CAP Guineueta–SAP Muntanya–ICS-Barcelona. Duración: 06/2009–31/04/2010.
TTO-Grupo “Cs”:10 pacientes con SPB. Grupo “Ctrls”:10 pacientes con SF.
PACIENTES Y SUJETOS DE ESTUDIO- Se realizó de forma aleatoria. De los pacientes asignados, se seleccionaron 10 por grupo. Edad de la muestra 36-91 años. Seguimiento del TTO: 24/48h registrado semanalmente.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN- Diagnóstico: (DM-II), (HTA), C.Isq. (1-3 diag.). Pacientes con úlcera crónica de más de un mes de evolución. Úlceras Grado II – III. Pacientes con úlceras vasculares: Venosas, Arteriales, Neuropatía diabética. Pacientes con herida Post intervención Quirúrgica.
CRITERIOS DE EXCLUSION: Heridas por quemaduras.
TTO de Cs- Limpieza: Irrigación con SPB. Se mantuvo la SPB con una gasa estéril sobre la úlcera 10 minutos y posteriormente se utilizó un hidrogel o hidrocoloide, seguido de un apósito. Frec. Curas: 24/48h. Frotis al principio y final del estudio.
TTO de Ctrls- Limpieza: Irrigación con SF. Secado de la úlcera con una gasa estéril y se utilizó un hidrogel o hidrocoloide, seguido de un apósito. Frec. Curas, 24/48h. Frotis al principio y final del estudio.
VARIABLES- Se ha evaluado la evolución clínica mediante seguimiento de Edad (años), Sexo, Superficie en cm2, Patología, Localización y Grado de la lesión, Fondo, Exudado, Dolor (EVA), Forma, Piel Perilesional, Pulsos, Olor y Carga Bacteriana mediante la realización de Frotis.
Valoración y validación del cuestionario. Encuesta anónima tipo Likert (0-3).
Recogida de datos en Access, Excel y Análisis Estadístico SPSS v17.0
Dificultades y Limitaciones. El reducido número de muestras.
Aspectos Éticos. La Participación fue voluntaria y autorizada.
POBLACIÓN- Duración del estudio: 10 meses, pacientes evaluados: 20 (10Cs y 10Ctrls), Incluidos: 20, excluidos: 0, edad: 36-91 años, media: 69,4años (± 14,82), género: 60%F,40%M. No existieron diferencias significativas de edad y sexo en los dos grupos.
3.RESULTADOS
[O1]
• Efectividad: Reducción de la superficie media de la lesión.
Pruebas de normalidad de Shapiro-Wilk y correlación de Pearson r=0,543, p=0,004. La variable tiene significación estadística.
Reducción media absoluta de la superficie: Cs: 7,62cm2 (IC 95% 0,72-14,51cm2), Ctrls: 3,46cm2 (IC 95% 0,23-6,68cm2).
Reducción media relativa de la superficie: Ctrls(52,94%±9,73%), Cs(72,15%±10,83%).
• Tolerancia: Reducción de la escala de Dolor.

Cs: Ini:(EVA 5), Fin:(EVA 4). Ctrls: Ini:(EVA 6), Fin:(EVA 4).
Pacientes (EVA 0-1) al fin del estudio: Cs(60%) – Ctrls(20%)
Mejora de los casos frente a controles.
No hay significación estadística de la Variable Dolor (p=0,41).
[O2] Se realizó frotis al inicio y al final del estudio, se detectó flora polimicrobiana en más de un paciente, TTO con Quinolonas y Fúngicos.
Se detectó la misma reducción bacteriana en ambos grupos (58,3%).
Cicatrizaciones: 83,3%(SPB) - 16,7%(SF) (p=0,001), colonizaciones negativas: 42,9%(SPB) - 57,1%(SF)(p=0,001), exudado escaso o ausente al final del estudio, 100%(SPB) y 80%(SF), eliminación del olor, mejora de la piel perilesional, mejora del fondo de la lesión, reducción de todos los fondos… principalmente necróticos (35%-0%) y superficiales (10%-0%), evolución favorable de esfacelados (55%-25%), mejora del fondo de granulación (0%-50%) y fondo limpio (0%-25%).
[O3] Encuesta realizada a 17 profesionales de enfermería utilizando una escala tipo Likert de 0 al 3, en la que: 0 =Nada de acuerdo, 1 =Algo de acuerdo, 2 =Bastante de acuerdo y 3 =Totalmente de acuerdo.
Resultado: “Conocimiento del producto” 100%,"3", “Utilización de la SPB en ATDOM y consulta de enfermería” 58%,"1", “Grado de efectividad” 88%,"3", “El tiempo necesario para su aplicación es un factor negativo” 53%,"2".
4.DISCUSIÓN
El TTO con SPB frente a la limpieza con SF, incrementa la limpieza del fondo de las heridas p=0,007, la reducción de las comunidades bacterianas p=0,001, el dolor p=0,410, la forma p=0,707, el exudado p=0,015, elimina el olor, mejora la granulación, la piel perilesional p=0,467, la cicatrización de las heridas y la calidad de vida de los pacientes.
La carencia de tiempo en la aplicación de los fomentos puede ser un factor negativo para la utilización de la SPB en Atención Primaria.
El reducido tamaño de la muestra ha podido influir en la no significación estadística de alguno de los resultados.
Conclusión: La Solución Polihexanida Betaína es efectiva, bien tolerada y de fácil aplicación en las úlceras con evolución tórpida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/40_pdf.pdf (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP).

(2) Viadé J. La Asepsia de la úlcera. Ulcus Clínica. Octubre 2006; 4: 10 – 12

(3) Posnett J. Bennet G. Dealey C. Fifth European Pressure Ulcer Advisory Panel Open Meeting. Le Mans, 27 – 19 Septiembre 2001

(4) Martínez Cuervo E. López Moreno J.S. Uso de Prontosan® en el cuidado de UPP. Ulcus Clínica. Octubre 2006; 4: 6-9

(5) Braun Sharing Expertise. Limpieza y preparación del lecho ulceral. Rev. Rol Enf. 2007; 30(1):38-39

(6) Fichas técnicas de bbraun

(7) Horrocks A. Prontosan® wound irrigation and gel: management of chronic wounds. Br.J Nurs 2006 Dec 14-2007Jan 10;15(22):1222,1224-8

(8) Chaverri Fierro D. Ballabriga Escuer MS. Abordaje y manejo de una herida crónica infectada en un paciente diabético. Rev.Rol

Enf.2008:31(5):368-369

(9) Capillas Pérez RM, Castillo Muñoz L, Morros Torné C, Portas Freixe J, Vedia Urgel C. Maneig de les úlceres vasculars. Barcelona: Institut Català de la Salut 2004. Guies de pràctica clínica i material docent, núm.10

(10) Roldán Valenzuela A., Serra Peruggio R. Efectividad de un Gel de Polihexanida al 0,1% Evaluación clínica frente a las recomendaciones de limpieza y desbridamiento del GNEAUPP y la AHCPR en el control de la carga bacteriana en las heridas crónicas. Rev. Rol Enf. 2008; Vol. 31 (4):7-12

(11) www.index-f.com/evidentia/2005supl/176articulo.php.Toma de muestras para cultivo en Ulceras por Presión.

(12) Likert R. A Technique for the Measurement of Attitudes. Archives of Psychology. 1932;140:5-55.

(13) http://úlceras.net/publicaciones/GUIAuppHCULozanoBlesaZaragoza09.pdf

AUTORES/AUTHORS:
Rosa Isabel Sánchez Alonso, Elena Martín Gozález, Irene Díaz García, Joana Hernández Jiménez, Sheila Jiménez Pose, Verónica Pindado Jiménez

TÍTULO/TITLE:
Efectividad de una intervención formativa pregrado sobre violencia de género. Estudio cuasiexperimental

La violencia de género (VG) es un problema que afecta a un elevado número de mujeres. Cada vez disponemos de más estudios que nos acercan a la magnitud de este problema 1.
El nivel de detección entre los profesionales sanitarios es bajo como se reconoce en varios informes de la OMS y tras varias investigaciones. La capacitación del personal sanitario es fundamental, no sólo para aumentar las tasas de detección y el adecuado tratamiento, sino también para asegurar que las mujeres que padecen VG no sufran situaciones de maltrato por el sistema de atención de salud 2.
Numerosos estudios evidencian la necesidad de implicación de las enfermeras en la adecuada atención a las mujeres que sufren VG y concretamente las de atención primaria y servicios de urgencias o emergencias. En los resultados se reflejaba la necesidad de formación y entrenamiento para que las enfermeras llevaran a cabo una práctica de cuidados adecuada 3.

OBJETIVO: Evaluar la efectividad de una intervención formativa transversal, sobre algunos aspectos del manejo integral de la violencia de género (VG) en la se que incluyen actitudes y conocimientos de los estudiantes de tercer curso de diplomado en enfermería.

METODOLOGÍA
Diseño: Ensayo cuasiexperimental pre-post. Población de estudio: 37 estudiantes de 3º de la Escuela de Enfermería de Ávila de la USAL. Intervención: Cinco sesiones formativas de una hora de duración para el abordaje integral de la VG en Atención Primaria. Los temas abordados fueron: concepto, factores de riesgo de víctima y maltratador, consecuencias para la salud, situación psicológica de la víctima, fases del cambio e intervenciones según protocolo del Consejo Interterritorial. Variables de estudio: Relacionadas con la actitud del profesional, conocimientos específicos sobre el abordaje, percepción subjetiva de la capacitación y necesidad subjetiva de formación al respecto. Se valoraron antes y después (un mes) de la intervención mediante un cuestionario autoaplicable, con preguntas relacionadas con actitudes y conocimientos sobre el abordaje de la VG. Sexo y edad.
Recogida de datos:
Se utilizó un cuestionario diseñado para ser autocumplimentado por los profesionales, que ya ha sido utilizado en estudios anteriores en Castilla y León4, y en Extremadura con otros grupos de profesionales. Se hizo una adaptación para este estudio suprimiendo algunos ítems que no tenían aplicabilidad. Consta de 12 preguntas y la mayoría de éstas está integrada a su vez por varios ítems. Se midieron de acuerdo con una escala tipo Likert de cinco posibles respuestas:
Totalmente de acuerdo - De acuerdo - Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo - En desacuerdo - Totalmente en desacuerdo. En todo momento se garantizó el anonimato de los participantes y su participación fue voluntaria.
Análisis estadístico: Se llevó a cabo un análisis descriptivo univariante para variables cualitativas mediante proporciones e IC95% y para variables cuantitativas la mediana y rango intercuartil por no seguir una distribución normal. Se realizó análisis bivariante para la comparación de variables cualitativas dicotómicas, se utilizó el test de McNemar y la prueba de Wilcoxon para variables cuantitativas. Todas las pruebas se realizaron con un intervalo de confianza del 95% a nivel bilateral. Paquete estadístico: SPSS v.18.0.
RESULTADOS:

Índice de respuesta: 100%. El 86,5% eran mujeres y el 89,2% estaban solteros. Se hallaron diferencias significativas tras la intervención en:
El reconocimiento de la VG como problema sanitario (P50 pre: 3 y post: 4, p = 0,001).
La progresión que siguieron los ítems relacionados con una hipotética actuación ante un caso de VG fue: P50 pre: 3 y post: 4
1- En la emisión de parte judicial ante lesiones físicas graves (p = 0,003).
2- Informar al juez o a la policía de inmediato (p = 0,024).
3- Si la víctima tiene hijos comunicar al pediatra (p = 0,037).
Forma de actuar ante maltrato psicológico sin lesiones físicas: P50 pre: 1 y post: 3 (p = 0,008).
En cuanto a los conocimientos mejoraron la respuesta correcta en la valoración del riesgo (pre: 2,7% y post: 5,4%, p = 0,021), la identificación como factor de riesgo de los antecedentes de la familia de origen de la víctima (pre: 54'1% y post: 94,6%, p = 0,000) y el embarazo (pre: 33,3% y post: 89,2%, p = 0,000). Los abortos de repetición como signo sospecha (pre: 72,2% y post: 97,1%, p = 0,008).
La percepción subjetiva de capacitación para el abordaje de VG, bastante capacitado (pre: 8,1% y post: 34,3%, p = 0,00), así como la formación recibida fue considerada como bastante (pre: 8,1% y post 57,1%, p = 0,00) y consideran necesaria la formación en VG (pre: 78,4% y post: 60%, p = 0,007).
DISCUSIÓN: tras la intervención los resultados han sido favorables. Se consiguió el objetivo de la intervención: los estudiantes progresaron hacia actitudes más acertadas, mostraron mayor grado de conocimientos en el abordaje de la VG y mayor autopercepción de capacitación.
Formar a los estudiantes de enfermería en el problema de la VG, enseñando instrumentos diagnósticos así como un protocolo de intervención correcta, es fundamental para asegurar una correcta atención de este problema en los distintos niveles de atención por parte de los futuros profesionales de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1- Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [Consultado 16 agosto 2011]. Disponible en: http://www.who.int/gender/violencia/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf

2- Colombo G, Ynoub R, Veneranda L. Violencia familiar contra la mujer en las etapas de embarazo, parto y puerperio: la mirada de los profesionales de un servicio público de maternidad y obstetricia. 2006, vol.4,n.7:73-98.[Consultado 3 julio 2011] Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26940704

3- Häggblom, Hallberg, Möller. Nurses' attitudes and practices towards abused women. Nursing and Health Sciences. 2005; 7:235–242

4- Herrero Velázquez S. Conocimientos y actitudes de los médicos de familia de Castilla y León respecto a la violencia doméstica y la opinión de las victimas respecto a sus actuaciones. Tesis Doctoral. Universidad de Valladolid. 2011.

AUTORES/AUTHORS:
Maria Manuela Martins, Maria Júlia Costa Marques Martinho, Margareth Angelo, José Carlos Carvalho, Ilda Fernandes

TÍTULO/TITLE:
Capacitación en servicio: diferencias en las actitudes de las enfermeras hace la familia

Introducción:
El desarrollo profesional en las organizaciones se considera una inversión en la mejora de la calidad del desempeño, centrada en las competencias de los profesionales y cuyo propósito es mejorar el servicio al cliente. La formación como estrategia de desarrollo profesional se presenta en diversas modalidades. Cardim (2009) presenta como más frecuentes “las actualizaciones” (cuyo objetivo es desarrollar nuevas técnicas o funciones que den respuesta al desarrollo tecnológico), el “reciclaje” (que tiene como objetivo actualizar conocimientos, competencias o actitudes en una misma función cuando se verifica pérdida de capacidad) y la “formación o promoción de la complementariedad” (destinado a preparación de nuevos aspectos de la profesión). En este estudio proponemos a entender actitudes hace las familias desarrolladas por enfermeras que trabajan en hospital, en servicios de medicina y de que forma estas actitudes se relacionan con la formación en servicio. A menudo, las organizaciones desarrollan sus dispositivos de formación, utilizando sus propios recursos, ya que es una forma accesible de educación y de apreciación de los trabajadores, pero a veces las organizaciones hacen uso de consultores privados recorriendo a las instituciones de educación superior, tiendo sido este el caso, en que se estableció una asociación con una escuela de enfermería.

Objetivos:
Evaluar si existe una relación entre la formación en servicio y las actitudes de las enfermeras hace la familia en unidades de medicina en dos hospitales generales con características similares.

Métodos:
Estudio cuantitativo, descriptivo. Se ha hecho la comparación entre dos grupos de enfermeros de servicios de área medica de dos hospitales generales (Se ha homogeneizada la muestra por el género, la cual está compuesta en la misma proporción de hombres y mujeres en cada servicio en un total de 85 enfermeros en cada hospital). Muestra: El 66,4% de la población (no probabilística intencional). Variables: sociodemográficas, actitud del enfermero, y formación en familia. Recolección de datos: Cuestionario de auto-realización que abarca datos socio-demográficos y la escala La importancia de la familia en la atención de enfermería - Actitudes de las enfermeras (IFCE-AE) versión portuguesa de Oliveira et al. (2009) aplicada antes para el diagnóstico e después del desarrollo de la formación para evaluación.
El dispositivo de formación fue desarrollado a partir del diagnóstico. Las estrategias de formación se centraron en momentos expositivos en sala en un total de 24 horas repartidos por varios días dando la posibilidad que todos participaran, siendo también facultado un email que daba la posibilidad de discutir dificultades que podrían surgir en la práctica. El contenido de la formación se centro en el concepto de la familia, tipología familiar, evaluación familiar, Modelo Calgary, entrevista, genograma, ecomapa y discusión de casos. Controlamos los efectos de cada variable en los enfermeros sujetos al estudio.

Resultados:
La media de edad es de 30,52 años, moda 28 años. El tiempo medio de experiencia profesional en el servicio es de 7 años, situando-se la moda en los 5 años distribuidos por el 23,5% en el sexo masculino y 76,5% en el femenino. En lo que respecta a la formación, el 98,2% es licenciado y el 1,8% tiene un grado de maestría. El 46,5% han tenido formación en ámbito de la familia en contexto académico y de estos, solo el 3,5% dice que han hecho formación continúa sobre el tema.

Se han verificado que en el hospital B (en que los enfermeros tuvieran formación en la temática de la familia) los enfermeros integran la familia como interlocutor en la conversación y recurso de coping con un promedio 35,72, más elevado que en el hospital A pero sin significado estadístico. En el hospital A (en que los enfermeros no ha tenido formación) los enfermeros integran la familia como recurso en la atención de enfermería (M=32.68) verificando-se en esta dimensión diferencias estadísticamente significativas (p=0,026). En lo que se refiere a la dimensión familia como una carga, en el hospital A los enfermeros tiene una frecuencia de valores mayores do que en el hospital B.

Discusión:
Consideramos que la actitud de las enfermeras que hacen cargo de la familia un elemento crucial en el proceso de atención. Se verifica que después de la intervención con un dispositivo de formación, los enfermeros desarrollan actitudes de mayor inclusión de la familia en los cuidados de enfermería, no la considerando apenas como un recurso sino también como un elemento de conversación - pareja en los cuidados, lo que indica una actitud de apoyo hace la familia.

Implicaciones hace la práctica:
Los resultados son un indicador de como es importante desarrollar y promover este campo de la formación en servicio.
La calidad de la interacción con la familia es influenciada por las actitudes de las enfermeras siendo fundamental entender cómo podremos manejar los conflictos que surgen en esta interacción con el fin de promover la participación y la inclusión de la familia en los cuidados de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alves, PV. Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho - O caso de um serviço hospitalar. Sísifo Revista de Ciências da Educação, 2008;5:19-32.
- Bezein et al - Families' Importance in Nursing Care Nurses' Attitudes—An Instrument Development. Journal of Family Nursing, 2008; 14 (1): 97-117.
- Cardim, J. C. Gestão da formação nas organizações – Lisboa, ed. Lidel, 2009.162 p.
- Hopia H, Tomlinson PS, Paavilainen E, Astedt-Kurki P. Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. J Clin Nurs., 2005; 14(2):212-22.
- Leal, P. M. V. – A transferência das aprendizagens do contexto formativo para a prática profissional. [Tese de Mestrado].Porto: Universidade Fernando Pessoa;2011.110 p.
- Lee, MD, Friedenberg AS, Mukpo, DH, Conray K, Palmisciano, A, & levy MM – Visiting hours polices in New England intensive care units: strategies for improvement. Critical care medicine,2007;35(2):497-501.
- Martins, M, Martinho, J., Ferreira, MR, Barbiéri-Figueiredo, Oliveira, PC, Fernandes, HI, Vilar, AI, Figueiredo, MH, Andrade, L, Carvalho, JC. Enfermagem de família: atitudes dos enfermeiros face à família – estudo comparativo nos CSP e Hospital. IN: Escola Superior De Enfermagem Do Porto - Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família [e-book]. (pp.20-33). Porto: UNIESEP-Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família, 2010. Disponível em WWW: <URL:http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2118743933/
- Oliveira, PCM. et al. Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. Rev. esc. enferm. USP [online].2011,45(6):1331-37. Disponível em WWW: <URL: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008
- 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.

- Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS.5ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.
- Silveira, A.O. & Angelo, M. A experiência de interação da família que vivencia a doença e hospitalização da criança. Rev. Latino-Am. Enfermagem,2006; 14(6): 893-900.

AUTORES/AUTHORS:
Maria Júlia Costa Marques Martinho, Manuela Martins, Margareth Angelo

TÍTULO/TITLE:
"Decisional Conflict Scale "- adaptación y validación al portugués.

Resumen
Las diferentes opciones que están disponibles para los pacientes en el cuidado de la salud hoy en día implican toma de decisiones más difíciles y pueden provocar conflictos durante la misma(1-6), en este sentido, fue nuestro propósito con este estudio, tener un instrumento que nos permita conocer esta variable. Hemos hecho la adaptación, comprobando la fiabilidad y la validez de constructo de la versión portuguesa del instrumento "Decisional Conflict Scale (DCS)" O `Connor (1993), que permite obtener información acerca de la toma de decisiones tomadas por el paciente y los factores que influyen en la elección, percibida como eficaz para ello(7-8,6). Hemos seguido el método propuesto en la literatura(9).

Descriptores: Actitud del Personal de Salud, Enfermería, Comparación Transcultural, Psicometría

Introducción:
En materia de salud, las decisiones implican en una serie de posibilidades diagnósticas y terapéuticas, que desencadenan respuestas inciertas. El conflicto de toma de decisiones es un estado de incertidumbre sobre el curso de una acción.
El nivel de incertidumbre es mayor cuando se enfrentan decisiones que implican riesgo o la incertidumbre en los resultados, cuando hay un cambio de valores o cuando es probable que haya un sentido temprano de culpabilidad sobre los aspectos positivos de las opciones rechazadas(10-11).

Objetivo:
Hacer la adaptación cultural y validación de la " Decisional Conflict Scale " al portugués.

Material y métodos:
Se llevó a cabo la equivalencia: conceptual, semántica (con la traducción y la traducción de vuelta), operativa (con la aplicación de la versión final del instrumento en junio y julio de 2011), y de medición (con los estudios psicométricos - Evaluación de la validez dimensional y de constructo a través de una análisis factorial exploratoria utilizando el método de análisis de componentes principales con rotación ortogonal de los ejes a través Varimax; Evaluación de la fiabilidad a través de la consistencia interna mediante el cálculo de coeficiente alfa de Cronbach)(9). Se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia, teniendo en cuenta los requisitos para proceder al análisis estadístico inherentes a la validación de la escala. La muestra fue composta por 521 estudiantes (42,3%) de una población de 1233.

Resultados:
Se consideró una probabilidad de error del 5%. El método utilizado en el análisis de los factores fue el componente principal con rotación ortogonal de los ejes a través de Varimax, donde el objetivo era encontrar una rotación de los factores que maximice la varianza de la matriz de peso, para simplificar la interpretación de los factores(12). El análisis factorial reveló la existencia de tres factores por encima de uno, que en conjunto explican la varianza del modelo en 69%. Se consideró como mínimas las respuestas válidas, diez veces el número de variables. En cuanto a la comunalidad, las variables tienen un valor igual o superior a 0,5. Después del análisis de los resultados, se verifica que divergen ligeramente de las dimensiones originales. Replanteamos los artículos y se

mantuvo la composición de tres dimensiones. El a de Cronbach=0,94 de la escala transformada tiene valores muy buenos y superiores a la escala original (a Cronbach=0,86). La validez discriminante se obtuvo a través del coeficiente de correlación de Pearson (r) entre los 16 artículos que componen la escala global y los diferentes factores obtenidos mediante análisis de componentes principales. Los elementos fueron correlacionados con los resultados de las dimensiones a las que pertenecen y la escala total, con una importancia p=0,01.

Discusión:
El instrumento mide tres áreas de conflicto "El conocimiento y el valor atribuido a las opciones particulares de su decisión", "toma de decisiones eficaz" y "apoyo a las decisiones", cuando se realiza una toma de decisiones en salud. El análisis de correlación entre las tres dimensiones apoya esta conclusión, porque demuestra que las correlaciones entre todas las dimensiones y la escala total son más fuertes que las correlaciones entre las dimensiones solamente.
La evaluación de la fidelidad de la escala oscila entre 0,73 y 0,93 para las tres dimensiones y hay una buena inter-correlación y homogeneidad de los elementos que la componen. La designación adoptada en portugués trató de ir en contra del nombre original. Consideramos que una de las fortalezas de este estudio, es el número de participantes (n=521), teniendo-se superado el número requerido y recomendado en la literatura(12).
No hubo diferencias significativas en el estudio de las relaciones entre las variables demográficas y profesionales con las dimensiones de la escala. Este instrumento ha sido adaptado al francés y al español y aplicado en diferentes contextos sanitarios, por lo que consideramos que sea relevante, fiable y válida.

Implicaciones para la práctica:
La "Escala de Conflicto en la Toma de Decisiones en Salud", cumple los criterios psicométricos de validez y es una herramienta prometedora. Potencializando, así el desarrollo de estrategias de apoyo à decisión en salud de modo que la decisión del paciente sea mas clara, informada, concordante con sus principios personales e consecuentemente mas satisfactoria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. O`Connor AM., Bennett CL., Stacey D., et al. Decision aids for people facing health treatment of screening decisions (Review).The Cochrane Collaboration. Cochrane Library.2009
2. Stacey D., Murray MA., Legaré F., Sandy D., Menard P., O`Connor A. Decision coaching to support shared decision making: a framework evidence, and implications for nursing practice, education and policy. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2008; 5(1):25-35
3. Martinho, MJCM. A relação terapêutica e estilos de aprendizagem em enfermagem: uma abordagem em contexto psiquiátrico. [tese mestrado]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto;2005
4. Barroso LMM., Soares AP., Soares BC., Araújo MAL., Silva DMA. Percepção dos usuários acerca do aconselhamento pré-teste anti-hiv em uma unidade de referência em Fortaleza. Ceará: Revista Espaço para a Saúde.2010;12(1):23-9
5. Chaves AAB., Massarollo MCKB. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades de Terapia Intensiva. Rev. esc. enferm. USP. 2009, 43(1):30-6
6. Stacey D, Murray MA, Légaré F, Sandy D, Menard P, O'Connor AM. Decision Coaching to Support Shared Decision Making: A Framework, Evidence, and Implications for Nursing Practice, Education, and Policy. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2008; 5(5): 25–35
7. O`Connor AM., Légaré F., Stacey D. Risk communication in practice: the contribution of decision aids. BMJ.2003;327: 736-47
8. O'Connor A.M., Wennberg JE, Legare F., Llewellyn-Thomas HA., Moulton BW., Sepucha KR., Sodano A.G, King JS. Toward the

'tipping point': decision aids and informed patient choice. Health Affairs.2007; 26 (3):716-725
9. Reichenheim M., Moraes C. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. Revista de Saúde Pública. [periódico na Internet]. 2007; [citado 2008 Nov. 23]; 41(4): 9 p.Disponível em: http//www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/6294.pdf
10. O`Connor AM. User Manual. Decisional Conflict Scale (16 item statement format) [Document of internet]. Ottawa: Ottawa Hospital Research Institute, 1993 [update 2010;cited 2011.09.15] 16p. Avaliable from http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User_Manuals/UM_Decisional_Conflict.pdf
11. O`Connor, AM. Validation of a decision conflicts scale. Medical Decision Making.1995; 15(1):25-30
12. Pestana MH., Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS.5ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008

AUTORES/AUTHORS:
ELENA ALMEIDA SUÁREZ, GLORIA RIVERO DARIAS, OLIVIA ALMEIDA SUÁREZ, LUCÍA ACOSTA SUÁREZ, LETICIA CALCINES PÉREZ, TEODORO ALMEIDA SUÁREZ, ANA ACOSTA SUÁREZ, ESTHER PADRÓN RODRÍGUEZ

TÍTULO/TITLE:
Taller de relajación a cuidadoras informales

Introducción:

Entre las actividades concretas dirigidas al colectivo de cuidadoras informales por parte del SCS (Servicio Canario de Salud) se encuentran los talleres.

Según múltiples bibliografías consultadas entre las posibles alteraciones a las que están expuestas las cuidadoras se encuentran trastornos emocionales como la ansiedad ó síntomas depresivos y, concretamente, en un estudio realizado en la zona básica de salud de Santa María de Guía en el 2011 y con dicho colectivo la prevalencia de ansiedad fue del 23%, la aflicción crónica alcanzó un 36% y riesgo de cansancio del rol de cuidador se situó en un 27%; teniendo en cuenta que hay estudios científicos que evidencian que las técnicas de relajación son efectivas para la mejora de trastornos emocionales y estando convencidos que adiestrándolas en estas técnicas se les puede capacitar para lograr mejorar su calidad de vida y, en consecuencia, la de las personas a las que cuidan, se determinó poner en marcha este taller.

Objetivo general:

Conseguir mejorar el estado emocional de las cuidadoras asistentes al taller de relajación impartido en la ZBS de Santa María de Guía desde el 27 de marzo hasta el 3 de mayo de 2012.

Objetivos específicos:

-Adiestrar para que reproduzcan algunas de estas técnicas.
-Demostrar la efectividad de estas técnicas con datos objetivos.
-Facilitar un espacio de encuentro entre las cuidadoras de la zona.
-Medir la satisfacción de las participantes en el taller.
-Facilitar posteriores espacios de encuentro entre las cuidadoras.

Metodología:

Se trata de un estudio experimental y la muestra la forman las diez cuidadoras asistentes al taller. Las variables: edad, sexo, tensión arterial, frecuencia cardíaca, niveles de ansiedad, niveles de depresión, grado de satisfacción con el taller.

Impartición de 4 sesiones sobre técnicas de relajación y una sesión de exposición de resultados del taller a las participantes en el mismo.

Medición de niveles de ansiedad y depresión con la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) antes de la primera sesión y una segunda medición tras finalizar la última sesión.

Controles de tensión arterial y frecuencia cardíaca inmediatamente antes y después de cada sesión del taller.

Cumplimentación por parte de las asistentes tras finalizar el taller de un cuestionario de evaluación del mismo, de elaboración propia.

Propuesta de una actividad de senderismo organizada por el centro de salud.

Resultados:

Acuden 10 cuidadoras con una media de edad de 54,6 años, 100% mujeres.

Control de constantes: En la 1ª sesión: Las constantes previas a la sesión presentan una media de TA: 134/77 y FC: 78 x'. Al finalizar la sesión es de TA: 129/74 y FC: 70 x'. Todas, excepto una cuidadora, han conseguido mejoras en los valores de sus constantes En la 2ª sesión: Media de TA: 126/79 y FC: 77 x' previa a la sesión. Al finalizarla, se obtiene una media de TA: 123/78 y

FC: 70 x'. Se consiguen mejoras, excepto en 2 casos. En la 3ª sesión: Previamente hay una media de TA: 129/80 y FC: 82 x'. Al finalizar, la media es TA: 119/78 y FC: 73 x'.En la 4ª sesión: Al inicio la media es de TA: 128/78 y FC: 74 x'. Al terminar es de TA: 115 /73 y FC: 66 x'.

El 100% de las participantes han logrado mejorar alguna de sus constantes en la 3ª y 4ª sesión.

Resultados del HAD: En la 1ª sesión:-Subescala de ansiedad: 4 casos de ansiedad, 5 casos dudosos y un caso no indica ansiedad. -Subescala de depresión: 2 casos de depresión, 2 casos dudosos y 6 casos no indican depresión. En la 4ª sesión:-Subescala de ansiedad: 2 casos de ansiedad que en la 1ª sesión presentaban mayor puntación que en esta medición; 2 casos dudosos, en un caso pasó de ansiedad positivo a dudoso y en el otro caso se mantuvo la misma puntuación que la primera vez; 6 casos que no indican ansiedad. -Subescala de depresión: 0 casos de depresión; 2 casos dudosos que fueron anteriormente positivos; 8 casos no indican depresión. Por tanto, el

100% de las participantes logran mejoras en sus niveles de depresión y/o de ansiedad.

Evaluación del taller: responden el 100%; el tema les parece muy bien a todas y todas se han sentido muy bien, excepto una; el 100% se consideran capaces de reproducir estas técnicas y han conseguido relajarse durante el taller dándole la máxima puntuación a la ponente y estando de acuerdo con horario, duración y espacio físico. El total lo recomendarían a otros y repetirían.

Son captadas 8 cuidadoras para la actividad de senderismo.

Conclusiones:

Los resultados pueden indicar mejoras en el estado de salud con su práctica continuada.

El grado de satisfacción con el taller es elevado y ha sido un espacio de

encuentro facilitando la escucha activa, el apoyo emocional y capacitándolas para su autocontrol emocional.

Sería oportuno realizar estos talleres abarcando mayor número de cuidadoras y a otros grupos poblacionales, coordinarse con otros recursos de la zona (asociación de vecinos, ayuntamiento,…) y dar a conocer los resultados a la empresa para que facilite su puesta en práctica.

Consideramos que la devolución de la información a las participantes ha contribuido al convencimiento de la efectividad de dichas técnicas.

Se ha logrado implicarlas para próxima actividad cuidadoras.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-Camós Llovet, L.; Casas Tautiña, C. Rovira Font, M. Ansiedad en los cuidadores principales de personas mayores. Enfer. Clin. 2009; 15(5): 251-256.

-Crespo López María, López Martínez Javier. Estrés en cuidadoras de mayores dependientes. Editorial Pirámide. 2007

-Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados en Atención Domiciliaria. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio de Atención Primaria Planificación y Evaluación, Servicio Canario de Salud.2002.

-Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V. Terapias psicológicas para el trastorno de ansiedad generalizada (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.

Disponible en: http://www.updatesoftware.com. (traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

-Taller de formación y educación sanitaria para personas cuidadoras. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación, Servicio Canario de Salud. 2003.

-Almeida Suárez, M.E, Acosta Suárez, L., Acosta Suárez, A, Almeida Suárez, T, Gómez Perera, L, Moreno Miranda, R. Diagnósticos de enfermería en cuidadores del Servicio de Continuidad de Cuidados en atención domiciliaria en una zona básica de salud rural. VII Congreso Nacional FAECAP y II Congreso Regional SEAPREMUR de Enfermería de Familia y Comunitaria.

-Sánchez Pacho, L. La sensibilidad a la ansiedad disminuye tras realizar un programa de enfermería en relajación. Enfer. De Castilla y León. 2009; 1(1):66-76.
-Caro I, Ibáñez E. La escala hospitalaria de ansiedad y depresión: su utilidad práctica en psicología de la salud. Bol Psicol 1992; 36: 43-69.

Mesa de comunicaciones 15: Cáncer / Cuidados paliativos

Concurrent session 15: Cancer / Palliative Care

AUTORES/AUTHORS:
Pedro E Ventura Puertos, Félix Santacruz Unquiles, Salvador López Quero, Mª Aurora Rodríguez Borrego

TÍTULO/TITLE:
"María, te vas a morir"...Alumbrando a la muerte a través de un cortometraje.

OBJETIVOS
-Estimar el interés del cortometraje «Alumbramiento», una historia familiar en torno a la muerte, para la reflexión sobre la muerte y su proceso por parte de la sociedad y de los profesionales sanitarios.
-Reconocer causas de distanciamiento emocional y conductual de la muerte y su proceso por parte de la familia y sus integrantes.
MÉTODO
Estudio documental a partir de «Alumbramiento» (Chapero-Jackson, 2007), corto que se analiza mediante observación sistemática con visualización en red (http://vimeo.com/5317622) describiéndose acciones verbales y no verbales de los personajes, además de elementos significativos del entorno y de títulos de crédito. Después, se describen las categorías de partida: Personaje, con la subcategorización Lenguaje Verbal y Lenguaje No Verbal (cada uno con la doble subcategorización de Expresiones emocionales/Expresiones conductuales) (Pease, 2006) (Ekman, 2007) (López-Quero, 2011); con la descripción de Elemento entorno y Títulos de crédito se realiza una interpretación de su simbolismo. Tras un segundo análisis emergen nuevas categorías.
RESULTADOS
Las categorías emergentes coinciden con el subtítulo del corto: Una guía/Una liberación/Un paso más allá del miedo
Una guía:
Sara encarna el rol de guía mostrando a María, su suegra, una anciana moribunda, cómo puede morir dulce y significativamente. Sara toma contacto físico (cálido, confiado) con María; sabe de su vida, valores y estado actual; la invita a que se confíe y se deje ir, comunicándole abiertamente la inmediatez de su muerte con una frase de impacto positivo en la anciana y en su familia. Sara le invita a evocar los aspectos más felices y los mayores logros de su existencia; además, respeta e integra la conducta de negación familiar en todo momento.
Una liberación:
La muerte es presentada como alivio y superación de una pobre (calidad de) vida presente.
Un paso más allá del miedo:
La actitud inicial de la familia es de negación, motivada por los sentimientos de miedo, de repulsa, de ira, de culpabilidad, de frustración y de desamparo (que hacen que se intensifiquen los de apego). La negación provoca sentimientos de soledad, incomunicación, aislamiento y falta de comprensión en María. Sara es capaz de superar estos sentimientos con empatía, congruencia/veracidad y aceptación incondicional (actitudes fundamentales de la relación de ayuda) (Bermejo, 2005)
DISCUSIÓN
Estudios recientes ponen en duda la presencia en la práctica clínica de las citadas actitudes (Eide, 2011); otros apuntan a la arraigada presencia en nuestra sociedad de la cultura de la negación en forma de conspiración del silencio (Gómez, 2006) (Molero, 2010): la “luz” de la relación de ayuda facilitaría el tránsito de la vida a la muerte y de la negación a la aceptación.
Entre las limitaciones del estudio se encuentra la ausencia de triangulación del análisis del lenguaje no verbal para interpretar las emociones de los personajes con una mayor validez interna.
La principal IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA es la consideración del corto, a juicio de los autores, para ser recomendado como herramienta de reflexión sobre la muerte, el dar malas noticias y los cuidados paliativos, aparte de apoyo didáctico para el aprendizaje-refuerzo de las actitudes citadas durante el proceso de morir.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R (2005). Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Ariel. 1ª Ed. 2ª Imp.

Bermejo JC. (2005) Estoy en duelo. PPC. 1ª Ed.

Bimbela JL (2008). Gimnasia Emocional. Escuela Andaluza de Salud Pública. 1ª Ed.

Buckman R (1992). How to break bad news: a guide for health care professionals. Johns Hopkings University Press. 1ª Ed.

Canet AP (2006). Las alas de la vida. http://documentales.tv-on.es/personalidades/las-alas-de-la-vida/. Gorgos Films (consultado el 23-05-2011).

Chapero-Jackson E (2007). Alumbramiento. http://vimeo.com/5317622. Prosopopeya Producciones (consultado el 23-05-2011).

Dibarbora EA (2008). Definición y criterios de muerte. Una mirada bioética. http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/901/1/Definicion-y-criterios-medicos-de-muerte-Una-mirada-bioetica.html. Portales médicos (consultado el 23-05-2011).

Eide H, Sibbern T, Johannessen T. Empathic accuracy of nurses' immediate responses to fibromyalgia patients' expressions of negative emotions: an evaluation using interaction analysis. Journal of Advanced Nursing. 2011 jun;67(6):1242–53.

Ekman P. (2007) Emotions revealed. St. Martin´s Griffin. 2ª Ed.

García-Orellán R (2003). Antropología de la muerte: entre lo intercultural y lo universal. http://www.uned.es/cabergara/ppropias/antropologia/curriculum/Antropologia%20de%20la%20muerte%20entre%20lo%20intercultural%20y%20lo%20universal..pdf. UNED (consultado el 23-05-2011).

Gómez M. (2006) Cómo dar malas noticias en medicina. Arán. 3ª Ed.

Kübler-Ross E (2007). La muerte: un amanecer. http://millenio.wordpress.com/2007/04/14/lamuerte-un-amanecer-elisabeth-kubler-ross-2/. Milenio (consultado el 23-05-2011).

Marina JA, López M. (2007) Diccionario de los sentimientos. Compactos Anagrama. 4ª Ed.

Martínez I (2010). María José Molero Enfermera y psicóloga. "Sabemos demasiado poco sobre cómo mueren las personas". http://www.diariodesevilla.es/article/entrevistas/717184/sabemos/demasiado/poco/sobre/como/mueren/las/personas.html. Diario de Sevilla (consultado el 06-08-2010).

Pease A, Pease B. (2006) El lenguaje del cuerpo. Amat. 1ª Ed.

Saramago J. (2006) Las intermitencias de la muerte. Punto de lectura. 1ª Ed.

Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. (2007) Patient-Centered Medicine, Transforming the Clinical Method. Radcliffe Medical Press. 1ª Ed. 2ª Imp.

Valverde C (2007). Comunicación terapéutica en enfermería. DAE. 1ª Ed.

AUTORES/AUTHORS:
GEMA GALLEGO DONCEL, FRANCISCO JAVIER JIMENEZ NUÑEZ, JAVIER PEREZ CANO, Mº DOLORES DELGADO BERNADES, Mª JOSE RODRIGUEZ MONTES

TÍTULO/TITLE:
PERCEPCIÓN Y ACTITUD PROFESIONAL EN LA RELACIÓN CON EL PACIENTE TERMINAL Y SU FAMILIA

INTRODUCCIÓN
Proporcionar una atención excelente y humana a los pacientes cerca del final de la vida, cuando lo medios curativos ya no sean posibles o no deseados por el paciente, es una parte esencial de enfermería. Para dar esa atención de calidad al final de la vida, las enfermeras no sólo deben poseer conocimientos y habilidades referentes a esa etapa, si no que deben desarrollar actitudes y competencias interpersonales. Históricamente no se ha recibido una extensa educación de cómo cuidar a los pacientes terminales y sus familias, lo que conlleva a un malestar emocional del personal sanitario por el conocimiento limitado. (1)(2)(3)
Según Yagüe Frías y García Martínez, mencionan que “aceptar la muerte del paciente contradice el objetivo esencial de las profesionales sanitarios, que es conservar la salud y la vida”, sentimientos que dejan sin herramientas para acompañar y apoyar al paciente y la familia. Por ello, muy a menudo y erróneamente, al individuo que entra en un proceso terminal se le cuida para que se cure y no para que viva con calidad el tiempo que le quede, ocultándose en un gran número de casos la realidad y negándole la oportunidad de ser él mismo hasta el final.(4)(5)
OBJETIVO GENERAL
Determinar los conocimientos y actitudes de enfermería ante el enfermo agónico y su familia.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
• Evaluar el grado de formación y conocimientos de las profesionales sobre cuidados al final de la vida en nuestro hospital y si existe relación con la actitud mostrada.
• Conocer en qué medida las profesionales están de acuerdo en aplicar técnicas invasivas a este tipo de pacientes.
• Describir la relación y los conflictos que surgen entre las profesionales y los familiares.
• Determinar si existe relación entre la unidad de trabajo y la actitud mostrada por las profesionales.
MÉTODO
El estudio es transversal, observacional y descriptivo, con participación de 143 profesionales de enfermería (D.U.E. y A.E.) de atención especializada. Las participantes completaron la escala cuantitativa Frommelt Attitude Toward care of de Dying Scale (Original form A) ,que toma valores entre 30 y 150. Los niveles de actitud son: actitud positiva (>65% del total del cómputo), actitud neutra (entre el 51 y el 64%) y actitud negativa (< 50%) y un cuestionario sociodemográfico con 12 items .
Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPPS 15.0.
Primero, se revisaron los datos para evitar errores de codificación o transcripción.
En segundo lugar se llevó a cabo la estadística descriptiva. Para las variables cualitativas, frecuencias absolutas y relativas y para la variables cuantitativas, diferentes medidas de tendencia central y dispersión atendiendo las caracteristicas de las distribuciones de datos.
En tercer lugar se realiza un análisis bivariante empleando las pruebas de Chi-Cuadrado para variables cualitativas y t de student fisher para cuantitativas con dos categorías y Análisis de la varianza (para más de dos categorías) siempre y cuando no se vulneren los supuestos de aplicación. En su defecto, se emplearan las pruebas no paramétricas de U de Mann Whitney y kruskall Wallis respectivamente.
RESULTADOS

El perfil de los sujetos objeto de estudio fue el siguiente:
• Edad: media de 35 años (IC 95%: 33,55-36.45). Edad mínima 21 años y máxima 61 años.
• Sexo: el 90.9% (130) fueron mujeres frente al 9.1% (13) que fueron hombres.
• Años de Experiencia: 1.4 % < de 1 año, 26.6 % entre 1 y 5 años, 50.3 % entre 5 y 10 años y 21.7% > 10 años.
• Unidad donde trabaja : Medicina Interna-Cardiología (18.9 %), Medicina Interna-Geriatría (8.3%), Oncología-Neumología-Neurología (12.9%), Cirugía (15.2%), Urología (13.6%), Traumatología (6.8%), Otorrino-Digestivo-Hematología (8.3%), Unidad de Cuidados Intensivos (15.9%).
• Formación previa en cuidados al final de la vida: Si: 61 profesionales y No: 82.

Para determinar el primer objetivo específico " Determinar el grado de formación y conocimientos de los profesionales sobre cuidados al final de la vida en el HGLMC y si existe relación con la actitud mostrada", 59 encuestados (42,4%) han recibido formación previa en cuidados al final de la vida y que el 98,6% de los encuestados cree necesario el aprendizaje en habilidades comunicativas en este tipo de pacientes.

Para determinar el segundo objetivo específico "Determinar en qué medida los profesionales están de acuerdo en aplicar técnicas invasivas a este tipo de pacientes", 16 profesionales (11.3%), lo creen necesario.

Para determinar el tercer objetivo específico "Describir la relación y los conflictos que surgen entre los profesionales y los familiares del paciente" podemos señalar que la mayoría de las encuestadas piensa que la interacción con la familia es positiva, 88,6 % y que es necesario proporcionales cuidados (84,1%), aunque un 27,4 % piensa que es difícil mantener una relación estrecha con ella . Sin embargo, existe disparidad de opinión respecto a si los familiares interfieren en el trabajo de los profesionales: 37,4% creen que no y el 41,7% que sí.

Para determinar el cuarto objetivo específico " Determinar si existe relación entre la unidad de trabajo y la actitud mostrada por los profesionales de enfermería", concluimos que no existe relación significativa. Podemos citar que la planta con una actitud más positiva ha sido Traumatología (77,8%), seguida de Medicina Interna – Cardiología (70,4%) y U.C.I. (70%).

La unidad con una actitud más negativa ha sido Otorrino-Digestivo-Hematología (37,5%), Medicina Interna- Geriatría (50%) y Medicina Interna -Oncología-Neumología-Neurología (53,8 %). Estos datos nos han sorprendido, pues en estas dos últimas unidades es donde más enfermos agonizan. ¿Es posible que la sobreexposición a este tipo de pacientes produzca una mayor deshumanización en su cuidado?

DISCUSIÓN

Como se citó anteriormente, el objetivo general de este estudio es Determinar los conocimientos y actitudes de enfermería ante el enfermo agónico y su familia.

La primera de las preguntas del cuestionario era relativa a la formación previa en cuidados al final de la vida. Que el 57,6% del personal encuestado no haya recibido formación puede deberse al actual plan de estudios académicos, ser un tema poco atractivo en cursos postgrados y/o porque desde los hospitales no se realicen suficientes sesiones o charlas encaminadas al trato con este tipo de pacientes.

Continuando con el análisis, apreciamos que existe consenso entre el personal encuestado en no aplicar técnicas invasivas a este tipo de pacientes (88.7%). Además de resultar fútiles e ir en contra de la justicia distributiva, supone un aumento del nivel de estrés profesional.

Otro dato que no esperábamos es que sólo el 22,7% del personal encuestado cree que "a menudo se informa de forma clara y explícita", vulnerando con ello el Capítulo II, "Derecho a la información sanitaria", de la ley 41/2002.

En cuanto a la intervención de la familia, el 54,2% de la enfermería consultada cree que la familia reclama medidas en contra de la voluntad del paciente intentando prolongar la agonía porque piensa que la situación es reversible.

Si queremos prestar una atención de calidad, deberíamos dedicar más de nuestro tiempo asistencial en educar para integrarla de forma activa en los cuidados. Ésta actitud también resulta un factor protector del duelo patológico.
Nos ha sorprendido gratamente la actitud positiva 62.3% en el cuidado del paciente terminal, superior incluso a datos de un estudio similar en el Mansoura University Hospital (37.6%). (1)
El citado estudio también afirma que los años de experiencia demuestran un aumento en la actitud positiva, algo que no ocurre en nuestro hospital. Por ello, proponemos como otra línea de investigación, ampliar este estudio a profesionales con la titulación recién terminada.

CONCLUSIONES

La atención sanitaria a los enfermos agónicos y a sus familiares, constituye un problema que adquiere cada día mayor importancia para el sistema sanitario.
Hasta los años 50, el 80% de las muertes tenían lugar en casa y apenas un 15% en el hospital; hoy día, casi el 75% se encuentra en el medio hospitalario.
Este es un tema poco tratado, al menos en nuestro país, de hecho nos hemos encontrado con escasa bibliografía nacional. Por todo ello considerábamos que era muy importante realizar este estudio.
Recomendamos una adecuada formación pregrado y una preparación postgrado intensiva sobre la muerte y los moribundos para todos los miembros del equipo multidisciplinar. Esto último se podría hacer mediante sesiones clínicas.
También sería deseable que exista un entorno adecuado en los hospitales para la atención del enfermo agónico, así como también instancias de apoyo psico-emocional para los profesionales que se enfrentan frecuentemente a la muerte de pacientes.
Además de las previas, podemos sugerir las siguientes recomendaciones:
• Asumir que la enfermería brinda la oportunidad de ayudar y confortar al moribundo, así como proporcionar consuelo y comprensión a sus familiares.
• Animar al profesional a escuchar a los pacientes que deseen hablar de sus miedos.
• Humanizar los cuidados y adaptar las normas del hospital a las necesidades de cada paciente.
• Agilizar si el paciente y/o familia desean el alta voluntaria, de manera que pueda morir en su hogar, en un ambiente íntimo.(6).
• No extremar las medidas terapéuticas para alargar la vida a costa de aumentar el sufrimiento humano.
Lo que pretendemos es invitar a la reflexión, personal o en grupo, para fomentar actitudes positivas en los profesionales de Enfermería de cara al cuidado de enfermos terminales. Estas actitudes se traducirán en la protección de nuestra salud mental, la mejora de la relación terapeútica , aumento de la calidad asistencial y del prestigio profesional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Wafaa Gamael, M.A, Nahed Saied Ayoub. Nurses´ Attitudes Toward Caring for Dying patient in Mansoura University Hospitals. Journal of Medicine and Biomedical Sciencies, ISSN:2078-0273, May, 2010
2. Molina Contreras, O. Actitudes y emociones en estudiantes de enfermeria y medicina ante la muerte y el proceso de morir. www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2291/5/
3. Los Profesionales de Enfermería ante los pacientes Moribundos. 9/Feb/2008

www.cuidadosenfermedadterminal.blogspot.com/2008/02
4. Yagüe Frías, A.C; García Martinez, M.C. Actitudes de los profesionales de Enfermería ante los pacientes terminales. Revista de Enfermería nº4, 1994, Sep
5. Beckstrend, R; Clark Callister, LL & Kirchhoff, K.T. Providing a “Good Death”: Critical Care Nurses´ Suggestions for Improving End-of-Life Care. Am J Crit Care 2006; 15:38-45
6. Miguez Burgos, A; Muñoz Simerro, D. Enfermería y el paciente en situación terminal. Enfermería Global. Nº16:1-9. Junio 2009
7. Vargas-Daza E.R., Pacheco-Rodriguez A, Arellano-Martinez M, Martinez-Gonzalez L, Galicia-Rodriguez L. Percepción de enfermería en torno a la muerte de pacientes en etapa terminal. Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol. 16, nº01. Ene-Abr. 2008:37-44
8. Ward, L; Fenton, K; Maher, L. The high impact actions for nursing and midwifery 6: where to die when the time comes. Nursing Times. 106(32): 9-18. 2010. Agosto 17-23
9. Douglas, C; Murtagh, F.E; Chambers, E.J; Howse, M; Ellershaw, J. Sympton management for the adult patient dying with advanced chronic kidney disease: a review of the literatura and development of evidence-based guidelines by a United Kingdom Expert Consensos Group. Palliat Med. 23:103-110. 2009.
10. Ho, T; Barbero, E; Hidalgo, C; Camps, C. Opinions i Actituds de les Infemeres de Nefrologia envers l´Atenció al final de la vida. Server de Nefrología, Hospital del Mar. Desembre 2009.
11. Iturra, V. El significado de la muerte de las personas adultas hospitalizadas para las enfermeras que estan a su cuidado. Tesis de Magíster en Enfermería. Universidad de Concepción. Chile. 2002
12. Organización mundial de la Salud. Revista Salud, Trabajo y Ambiente. Vol. 10, Nº36, segundo trimestre.
13. Munday, D; Petrova, M; Dale, J. Exploring preferences for place of death with terminally ill patients: qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England. BMJ. 2009;338: b2391. 2009.

AUTORES/AUTHORS:
Juana María Granero Moya, Antonio Frías Osuna, Pilar Peña Amaro, Antonio Jesús Ramos Morcillo

TÍTULO/TITLE:
El papel de la enfermera de Atención Primaria en la planificación anticipada de las decisiones al final de la vida

INTRODUCCIÓN
Un elemento importante de calidad en los cuidados del final de la vida es la planificación anticipada de las decisiones (PAD). Se entiende la PAD como un proceso integral de participación (Simón-Lorda et al., 2008), de comunicación entre pacientes, profesionales que los atienden, sus familias y otras personas importantes para ellos en el que se abordan cuestiones sobre preferencias de tratamiento o cuidados anticipándose al momento en el que el paciente no podrá decidir(Martin, Emanuel, & Singer, 2000). La PAD tiene como objetivos establecer los valores y deseos de la persona enferma y también, ayudar a disminuir el miedo sobre el proceso de morir, fortalecer la relación con la familia y los seres queridos y aliviar la carga que les supone tener que decidir en lugar del paciente (Singer et al., 1998). Por otro lado puede hacer más fácil para los profesionales sanitarios el abordaje de situaciones complejas cuando la persona ha perdido su capacidad. En nuestro país, la mayoría de los estudios realizados en torno a decisiones para el final de la vida se han referido a los documentos de voluntades anticipadas. Sin embargo, las experiencias de otros países han mostrado que es un error centrar la atención sólo en la cumplimentación de esos documentos y que es más conveniente acercarse a los deseos de los pacientes desde un proceso más amplio de comunicación como es la PAD. Se hace necesario entonces promover la investigación en el ámbito de los cuidados al final de la vida para comprender la manera en que los profesionales afrontan esas situaciones y poder mejorar la atención a los ciudadanos también cuando la vida se acaba.
OBJETIVO
Conocer las percepciones de enfermeras de Atención Primaria sobre su papel en la PAD para el final de la vida.
MÉTODOS
Estudio cualitativo de tipo fenomenológico basado en siete entrevistas en profundidad realizadas a enfermeras que trabajan en Atención Primaria. La selección de los participantes en el estudio fue intencional, buscando a profesionales que tuviesen una experiencia mayor de 6 meses en la atención a pacientes en la etapa final de su vida. Las entrevistas se llevaron a cabo durante el primer semestre del año 2012 después de ofrecer a los participantes información previa sobre los objetivos y el método de la investigación y tras obtener su consentimiento. Fueron grabadas en audio y transcritas en su totalidad a continuación. El comité de Bioética de la Universidad de Jaén y el Comité de Ética de Investigación de Jaén emitieron sendos informes favorables previos a la realización del estudio. La información obtenida se analizó siguiendo los pasos propuestos por Taylor-Bogdan: preparación de datos, descubrimiento de temas, codificación y relativización(Taylor & Bogdan, 1998). Como apoyo en el análisis de los datos utilizamos el apoyo del software Nudist-vivo 8.
RESULTADOS
Varios de los participantes consideraron que la enfermera puede tener un papel importante a la hora de hablar con los pacientes sobre sus deseos de tratamiento y cuidados para el final de la vida. Los principales temas que identificaban para argumentar acerca de ese rol relevante fueron: más tiempo de relación y características específicas de la relación clínica como la confianza o el mayor contacto.
El tiempo de relación: El hecho de que la enfermera comunitaria pase más tiempo con los pacientes que otros profesionales fue uno de los elementos considerados como importantes en el razonamiento acerca de qué profesional sería el más adecuado para conversar con los pacientes sobre la muerte, sobre el testamento vital y la planificación de las decisiones de manera anticipada:
Yo creo que es un tema que tenía que ser más nuestro sacarlo a relucir porque lo estás viendo con más frecuencia al paciente. ..estas cosas deberían hablarse con su enfermero o con el enfermero de enlace porque somos quienes tenemos más contacto con

el paciente, incluso más que el médico, es que nosotros, ehh.. el enfermero tiene mucho más contacto que con el médico.
Pero yo creo que debería ser la enfermera comunitaria que trabaje con su propio paciente, todas las enfermeras, las que trabajaran con sus pacientes porque ellas los conocen y tienen eh, tienen más contacto con ellos…….Tienen más contacto, entonces yo creo que debían de ser ellas
Las características de la relación clínica: Otro argumento aducido se refería a la relación clínica y a las características más humanas de esa relación que se fundamenta en cercanía, confianza, personalización:
La enfermera, la enfermera de primaria porque es la que más conoce al paciente en su domicilio y además que hay una relación, de, de mmmm, es que hay una relación personal…… es la persona que más cercana hay al paciente.
Tienes mucha confianza con ellos, ellos contigo
Que ellos la verdad se vuelcan mucho en ti a contarte sus cosas. Son pacientes que vas rotando tanto desde la consulta como en domicilio pues claro se adquiere mucha confianza.
Aunque también encontramos discursos que arguyen que igualmente otros profesionales del equipo de salud pueden o deben ser quienes hablen con los pacientes sobre sus deseos de tratamiento o cuidados para el final de su vida.
¿Quién debería abordar el tema? Pues el profesional que en ese momento esté hablando con él, si es su médico de familia, el médico de familia, si es enfermería, pues enfermería.
Yo creo que todos deberíamos ser capaces de abordar el tema para empezar.
El médico, el médico de familia, la enfermera responsable, el enfermero gestor de casos, me refiero a todos incluso los de especializada, todos, todos, porque en el momento en que el usuario te haga referencia al tema tendríamos que saber cómo abordar el tema, todos.

Por otro lado, también las enfermeras hablaron de obstáculos y necesidades para poder mantener esas conversaciones con los pacientes.
Obstáculos: Fundamentalmente se refirieron a limitaciones derivadas de la presión asistencial, especialmente a la escasez de tiempo:
Luego también otra cosa importante que es el tiempo eh?
Si, si, yo creo que sería interesante pero.., pero eso que requiere tiempo.
¿Sabes el problema que tenemos nosotros también? El tiempo
Necesidad de formación: En casi todas las entrevistas aludieron a la necesidad de formación específica acerca del modo de hablar sobre la muerte, su proximidad y la planificación anticipada de las decisiones sanitarias para el futuro:
Pues sí, para manejar estas situaciones, sí, una formación para tener, para adquirir unas habilidades y tener unos recursos a la hora de manejar este tipo de situaciones, pues sí, dar información o malas noticias, tratar el tema con la familia, hablarlo con la familia para después hablarlo con el paciente, pues si estas habilidades seria interesantes tenerlas.
Uno de los temas que nos podríamos formar para nosotros hablar con los familiares o incluso con el paciente si está totalmente lúcido, hablar con él a ver qué piensa de eso. Pero que es un tema que yo ya te digo, que jamás se ha sacado aquí en ningún momento ni se ha dicho de decir pues vamos a hacer una formación para que sepáis como actuar en estos casos.
DISCUSIÓN
Ayudar al paciente a decidir en el final la vida es algo más que darle la oportunidad de cumplimentar un documento de voluntades anticipadas. Las experiencias en otros países han mostrado las ventajas de acompañar a los pacientes en la toma de decisiones a través de la PAD. Así, por ejemplo, se ha encontrado que mejora el acceso a los cuidados paliativos, reduce las hospitalizaciones y también los tratamientos intervencionistas(Seymour, Almack, & Kennedy, 2010). La literatura internacional sugiere además que la enfermera puede desempeñar un importante papel en la PAD dando apoyo al paciente, facilitando el diálogo con la familia y promoviendo la formalización de documentos de voluntades anticipadas (Jeong, Higgins, & McMillan, 2010) (HPNA Position

Statement, 2011). Este estudio explora las experiencias de enfermeras en estos temas para valorar la posibilidad de que puedan promover mejoras en el proceso de PAD. Podrían contribuir a clarificar los valores y a identificar los deseos de las personas para la última etapa de la vida desde una relación clínica de confianza y duradera en el tiempo. Ahora bien, es necesario valorar los obstáculos generados desde las instituciones así como proporcionar una formación adecuada para que los pacientes y las enfermeras puedan hablar sin problemas sobre la atención al final de la vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

1. HPNA Position Statement. (2011). The nurse's role in advance care planning. Journal of Hospice, 4(13), 199-201.
2. Jeong, S. Y. S., Higgins, I., & McMillan, M. (2010). The essentials of advance care planning for end-of-life care for older people. Journal of Clinical Nursing, 19(3-4), 389-397.
3. Martin, D. K., Emanuel, L. L., & Singer, P. A. (2000). Planning for the end of life. The Lancet, 356(9242), 1672-1676.
4. Seymour, J., Almack, K., & Kennedy, S. (2010). Implementing advance care planning: A qualitative study of community nurses' views and experiences. BMC Palliative Care, 9, 4. doi: 10.1186/1472-684X-9-4
5. Simón-Lorda, P., Tamayo-Velázquez, M. I., González Rubio, M. J., Ruiz Díaz, P., Moreno González, J., & del Carmen Rodríguez González, M. (2008). Conocimientos y actitudes del personal de enfermería acerca de las voluntades anticipadas en 2 áreas sanitarias de andalucía. Enfermería Clínica, 18(1), 11-17.
6. Singer, P. A., Martin, D. K., Lavery, J. V., Thiel, E. C., Kelner, M., & Mendelssohn, D. C. (1998). Reconceptualizing advance care planning from the patient's perspective. Archives of Internal Medicine, 158(8), 879-884.
7. Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1998). El trabajo con los datos. análisis de los datos en investigación cualitativa. In M. Cubí (Ed.), Introducción a los métodos cualitativos de investigación (pp. 152). Barcelona: Paidós.

AUTORES/AUTHORS:
Beatriz Braña Marcos, Diego Carrera Martínez, Mónica De la Villa Santoveña, Estefanía Vegas Pardavila

TÍTULO/TITLE:
Mujeres con cáncer de mama. ¿Ha cambiado su calidad de vida a los tres años del diagnóstico?

OBJETIVOS:
Comparar la calidad de vida (CV) de las mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de mama en el Principado de Asturias al inicio del estudio (año 2009) respecto a la valoración final (en 2011).

MÉTODOS:
Estudio multicéntrico transversal prospectivo. Encuesta autoadministrada: EORTC QLQ-C30 y su módulo específico para el cáncer de mama, el BR23. Este cuestionario valora la CV, evaluando el Funcionamiento y los Síntomas. A mayor puntuación en Funcionamiento, mejor CV. A mayor puntuación en Síntomas, peor CV.
Se incluyeron 203 mujeres con diagnóstico cáncer de mama durante el año 2008. Se hicieron valoraciones de su CV en 2009 (valoración inicial) y en 2011 (valoración final).
Se llevó a cabo estadística descriptiva y Test de Wilcoxon, a través del SPSS 18.0, asumiendo un nivel de confianza 95%.

RESULTADOS:
En general, las puntuaciones referidas a la valoración en 2011 del QLQ-C30 mejoraron en buena parte de las escalas de Funcionamiento, descendiendo en las de Síntomas. Respecto al QLQ-BR23, a nivel de Funcionamiento se obtuvieron mayores (mejores) puntuaciones en todas las dimensiones, excepto en ”Funcionamiento Sexual” (21,9 en 2011 vs 22,7 en 2009) y “Disfrute del Sexo” (48,6 vs 50,6). En cuanto a los Síntomas, se obtuvieron menores (mejores) puntuaciones en 2011 excepto en “Preocupación por la pérdida del cabello” (41,6 en 2011 vs 38,2 en 2009). La Salud Global también mejoró (65,8 vs 65,2.
Existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambas valoraciones. En el QLQ-C30, en “F. Social” (82,3 en 2011 vs 79,1 en 2009; p=0,02) e “Insomnio” (36,3 vs 40,9; p=0,04). En el QLQ-BR23: “Imagen Corporal” (78,6 vs 71,8; p<0,00), “S. de la mama” (21,4 vs 23,3; p<0,00) y “Preocupación por el futuro” (55,9 vs 48,2; p<0,00).

DISCUSIÓN:
En general, las puntuaciones referidas a la valoración de CV en 2011 mejoraron en buena parte de las escalas funcionales en comparación con la valoración inicial, excepto en las referidas a la función sexual. Las puntuaciones de las escalas de síntomas presentan descensos en la valoración de 2011, lo que puede representar una mejoría en la sintomatología y, en consecuencia, en la CV. En el caso concreto de la escala de Salud Global, aunque el test no arrojó diferencias estimables desde el punto de vista estadístico, sí se puede establecer una mejoría en la puntuación global en el momento final respecto del momento basal. La preocupación por el futuro es notablemente superior al final del estudio.

IMPLICACIÓN PRÁCTICA:
Nuestro estudio pone de manifiesto la complejidad y variabilidad de la CV de las mujeres con cáncer de mama a lo largo del proceso clínico. Es importante realizar una evaluación continua y prospectiva de la CV de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, independientemente del tiempo desde el diagnóstico. Esa evaluación nos permitirá observar su evolución, detectar áreas afectadas (problemas de salud) e identificar los factores que influyen sobre su CV. El conocimiento de los mismos permitirá la instauración precoz de medidas para evitar o reforzar dichos factores, lo que favorecerá el desarrollo de un proceso asistencial integral y de

calidad.

FINANCIACIÓN:
Nuestro 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 2008-2011) 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. Arraras Urdaniz JI; Illarramendi Mañas JJ, Manterola Burgaleta A, Tejedor Gutiérrez M; Vera García R, Valerdi Álvarez JJ, Domínguez Domínguez MA. Evaluación de la calidad de vida a largo plazo en pacientes con cáncer de mama en estadios iniciales mediante los cuestionarios de la EORTC. Rev Clin Esp. 2003;203(12):577-81.

2. Braña Marcos B, Carrera Martínez, D, De la Villa Santoveña M, Avanzas Fernández S, Gracia Corbato MT, Díaz Barroso A. La estimación de la calidad de vida y la atención integral en mujeres con cáncer de mama. Metas de Enferm. 2010;13(9):67-70.

3. Lu W, Cui Y, Chen X, Zheng Y, Gu K, Cai H, Zheng W et al. Changes in quality of life among breast cancer patients three years post-diagnosis. Breast Cancer Res Treat. 2009;114(2):357-369.

4. García 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.

5. So WK, Marsh G, Ling WM, Leung FY, Lo JC, Yeung M et al. Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. Eur J Oncol Nurs. 2010;14(1):17-22.

AUTORES/AUTHORS:
Ana Soria Verdugo, María Jesús Ortega Solano, Jaime Martin Moreno, Óscar Aguado Arroyo, José Javier García Arroyo, María Rosa López Melero, González Bravo David, Mª Esther García Vega, Ana Ruiz Casado

TÍTULO/TITLE:
DESCRIPCIÓN OBJETIVA DE PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y DE ACTIVIDAD FÍSICA EN POBLACIÓN CON ANTECEDENTES DE CÁNCER

1. OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN
La actividad física es cualquier forma de movimiento realizado con el músculo esquelético que suponga un consumo energético. El ejercicio físico se caracteriza por ser voluntario, planificado y repetitivo y tiene como objetivo, el mantenimiento o mejora de la salud o la condición física. Hasta hace relativamente poco tiempo, el ser humano tenía que realizar necesariamente al menos una actividad física moderada, pero la urbanización e industrialización han modificado este hábito, sobre todo con la aparición de coches particulares y transporte público. En las sociedades más industrializadas e incluso con mayores ingresos, es habitual que el ocio sea fundamentalmente sedentario basado en actividades como ver la televisión o jugar en los ordenadores. Existe fuerte evidencia científica de que la práctica de AF se relaciona con menor mortalidad por cualquier causa (y, sobre todo, por causa cardiovascular). Se sabe que algo de AF es mejor que nada (se han visto beneficios incluso con 15 minutos de AF moderada al día) y cuanta más AF se realice mejor.
BENEFICIOS DEL EJERCICIO: La actividad física disminuye el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular en general y por enfermedad coronaria en particular, previene o retrasa la aparición de hipertensión arterial y disminuye la presión arterial en hipertensos. Es necesaria para evitar la obesidad y la osteoporosis, mantener la fuerza muscular y la integridad de las articulaciones. Además, controla los síntomas de ansiedad y depresión, proporcionando bienestar psicológico. Parece también consistente en los estudios epidemiológicos realizados que la actividad física mantenida, protege contra algunos tipos de cáncer como el cáncer de colon y los cánceres femeninos hormono-dependientes, con independencia de la obesidad (3). Se considera que la evidencia de que el ejercicio protege contra el cáncer de colon es muy sólida y convincente. También parece probable que proteja contra el cáncer de endometrio y mama. En cuanto a la protección frente a otros tumores hay alguna evidencia, pero más limitada. Para prevenir el cáncer, la evidencia soporta el mensaje de que cuanto más activa sea la población, mejor (excluyendo niveles extremos de actividad). Por ejemplo, para la prevención del cáncer de colon se recomienda realizar 30-60 minutos de actividad de moderada a vigorosa al día.
PERSONAS CON ANTECEDENTES DE CÁNCER (estos se conocen en la literatura anglosajona como “cancer survivor”). Se sabe que los pacientes que han sufrido cáncer, tienen un riesgo de muerte superior al de la población general. Esto, se ha estudiado fundamentalmente en la población que sufrió cáncer en la infancia para la que el riesgo de muerte sigue siendo muy elevado (cuatro veces mayor que el de la población general) incluso a los 25 años del diagnóstico, fundamentalmente en relación al desarrollo de segundos tumores y enfermedad cardiovascular (4). La actividad física después de un diagnóstico de cáncer de mama podría ser beneficiosa para mejorar la calidad de vida, reducir la fatiga y contribuir al equilibrio energético. Es bien conocido que después de un diagnóstico de cáncer de mama se produce un aumento de peso, en parte por efecto del tratamiento y en parte por la actividad física reducida. Se ha demostrado que las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que hacen ejercicio de forma moderada (el equivalente a caminar 3-5 horas por semana a un ritmo medio), tienen tasas de supervivencia más prolongadas que las mujeres más sedentarias (5). El beneficio en supervivencia para cáncer de mama se ha confirmado también en un meta-análisis (6).
Hay evidencia también, de que la actividad física ejerce un papel protector después del diagnóstico de cáncer de colon (7,8,9), aunque obviamente esto necesita más investigación y someter esta hipótesis a un ensayo aleatorizado, en el que la única variable sea el ejercicio físico.

Hipótesis

La población del estudio podría no cumplir las recomendaciones internacionales sobre actividad física (AF) para personas con antecedentes de cáncer.

RECOMENDACIONES INTERNACIONALES
· AF en población general
oACSM&AHA (10):
· 30 minutos diarios, 5 días a la semana ó
· 20 minutos diarios, 3 días en semana de actividad vigorosa

o“Guidelines US Department” (11):
· 150 minutos semana de AF Moderada
· 75 minutos semana de AF Vigorosa

· AF en población adulta con antecedentes de cáncer
oACS (12):
· 5 días a la semana
· 30 minutos diarios (45-60 ideal)

El “American College of Sports Medicine” ha publicado recientemente las recomendaciones de un panel de expertos, para pacientes con antecedentes de cáncer, que concluye con la evidencia sobre la seguridad del ejercicio físico durante y después del tratamiento. La mayor parte de las lesiones que ocurren durante el ejercicio podrían evitarse con un entrenamiento progresivo. Aunque se sabe que excepcionalmente pueden ocurrir algunos eventos cardiovasculares graves durante la práctica del ejercicio, el resultado neto es una disminución del riesgo de muerte por causa cardiovascular (12).

Objetivos

· Describir de forma objetiva los niveles de actividad física que realizan las personas con antecedentes de cáncer en seguimiento en una consulta de oncología del Hospital Universiario de Fuenlabrada (HUF) a través de acelerometría.
· Describir la antropometría y el VO2max de los pacientes incluidos en el proyecto.
· Conocer la prevalencia de adherencia a las recomendaciones internacionales en la práctica de AF.

2. METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo transversal para la evaluación objetiva de la actividad física realizada por población adulta, realizado en el HUF.

· Reclutamiento: selección aleatoria en las consultas de revisión de oncología. Han participado 205 pacientes, en esta selección

predominan los pacientes con antecedentes de mama y colo-rectal, lo cual es representativo de las consultas de revisión por la prevalencia de estas dos patologías.

· Criterios de inclusión:
oMujeres y hombres de entre 18 y 80 años, autónomos para caminar
oCon antecedentes de cáncer
oQue hayan recibido el último tratamiento específico para cáncer al menos 3 meses antes y que no tengan evidencia de enfermedad en la última revisión
oQue desee participar y firme consentimiento informado

· Criterios de exclusión:
oMenor de 18 años ó mayor de 80 años
oNo autónomo para caminar
oCon sospecha de recidiva en la revisión

A todos los pacientes que participan en el estudio se les realizó:

1.Acelerometría: Registro de la actividad física realizada de forma objetiva.
· Acelerometro triaxial:
Se utilizará el acelerómetro “ActiGraph GT3X”. La colocación del acelerómetro ha de ser en la cadera y por consenso, en el lado derecho. Transcurrido el tiempo de medición, se recoge y descarga la información registrada en los mismos vía USB al ordenador y filtrados mediante dos programas: el “Actilife Lifestyle Monitoring System” V 2.2.3., encargado de la descarga de los datos, y un Macro de Excel visual Basic para procesar, identificar y filtrar los diferentes tiempos y puntos de corte en cada uno de los niveles de AF. Una vez obtenidos los datos, se realiza un informe individualizado con la actividad desarrollada por el paciente.
· 10 días de recogida de datos.
· Tiempo de uso > 600 minutos. Tiempo mínimo válido (3 días laborables y 2 festivos). Resultado final “counts/minuto”:
· Clasificación de la intensidad:
Sedentario:0–99“counts/minutos”
Ligero:100–1951“counts/minutos”
Moderado:1952–5724“counts/minutos”
Vigoroso:5725–9497(>5999)“counts/minutos”
Muy vigoroso: 9498 –“counts/ minutos”

2.Antropometría
Peso/Talla/IMC/Perímetro de cintura/Perímetro de cadera
3.Condición física
Cardiovascular: Test de la milla: para realizar el cálculo del VO2max (excelente indicador del estado de salud y predictor de la enfermedad).
Muscular: Dinamometría + Test “Sit to stand”
4.Cuestionarios GPAQ: se trata de un cuestionario desarrollado por la OMS, validado para valorar subjetivamente la actividad física realizada en la última semana, que los pacientes rellenan al finalizar la acelerometría.

3. RESULTADOS

Desde el 9 de Mayo de 2011 hasta el 12 de Junio de 2012 en este proyecto han participado 205 personas (132 mujeres y 73 hombres). Los resultados, en cuanto a antropometría, son los siguientes:

•Edad: 54,92 años (18-81)
•Peso: 73,3 kg (36,5-153)
•Talla: 160,6 cm (143-184,5)
•IMC: 27,9 (17-53,8)
•Perímetro de cintura: 93,6 cm (61-199)
•Índice cintura/cadera: 0,88 cm (0,53-1,70)

La distribución de pacientes según tipo de tumor: Ca mama: 93 casos, Ca colon: 34 casos; Ca recto: 19 casos, Ca Germinal: 10 casos, Ca ovario: 9 casos, Ca pulmón: 8 casos, Ca cabeza y cuello: 7 casos, Ca cérvix: 4 casos, Ca vejiga: 4 casos, Ca estómago: 4 casos, Sarcomas: 3 casos, Ca útero: 3 casos, Ca páncreas: 3 casos, Ca timo: 1 caso, Ca cavum: 1 caso y Ca renal: 1 caso.

Los resultados sobre acelerometría revelan un elevado porcentaje de pacientes que cumplen las recomendaciones internacionales sobre AF:

oEl 90.4% de los pacientes cumplen a través de la acelerometría las recomendaciones internacionales (n=189).

•MVPA= minutos de actividad física moderada y vigorosa. Para valorar estos datos se quitaron dos “outliers” por encontrarse sus resultados muy alejados de la media.
oMVPA Moderada: N: 187, media 361,49 (17,67-918,33)
oMVPA Vigorosa: N: 187, media 10,11 (0,00-353,33)

•Dinamometría
oBrazo derecho: N: 203, media 30,30 (8-65)
oBrazo izquierdo: N: 203, media 28,86 (6-63)

•Test de la milla (VO2max): N: 195, media 25.87 (0,00-53,82)

•“Sit to stand”: fuerza dinámica piernas, tiempo sentadilla/seg. N: 201, media 9,9 (4,34-22,5)

GPAQ
•Cuestionarios válidos para AF Moderada: 154. Cumplen recomendaciones internacionales: 126 (82%)
•Cuestionarios válidos para AF Vigorosa: 180. Cumplen recomendaciones internacionales: 48 (27%)

4. DISCUSIÓN

1. Una gran mayoría de nuestra muestra, que es muy representativa de la población que acude a consultas de revisiones en el servicio de oncología del HUF, cumple las recomendaciones internacionales de AF.

oCumplen recomendaciones sobre AF:
oAcelerometría: 90.4% de los pacientes
oCuestionarios: hasta el 82% de los pacientes

2. La población exhibe una media de IMC de 27.9 que indica sobrepeso.
Está descrito que los beneficios del ejercicio sobre el cáncer son independientes de la obesidad. Es necesario seguir investigando en los mecanismos fisiopatológicos a través de los cuáles el ejercicio ejerce su papel protector.

3. Los resultados de este estudio podrían no ser extrapolables a la población española.

El proyecto “Evaluación del cumplimiento de las recomendaciones internacionales sobre ejercicio físico” ha sido financiado a cargo de los fondos para las estrategias 2010 del Ministerio de Sanidad y Política Social que fueron aprobados en el CISNS de fecha 10 de febrero de 2010, como apoyo a la implementación a la estrategia en cáncer”

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.“National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Physicalactivity and health. A report of the surgeon general (1996)”. Descargado el 2 de octubrede 2010. http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/execsumm.pdf

2.“Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohorte study”. Wen CP, Wai JP, Tsai MK, et al. Institute of Population Science, National Health. Research Institutes, Zhunan, Taiwan. Lancet. 2001 Oct 1; 378 (9798): 1244-53. Epub 2011 Aug 16.

3.“Doyle et al. Nutrition and Physical Activity During and After Cancer Treatment: AnAmerican Cancer Society Guide for Informed Choices. CA Cancer J Clin” 2006; 56:323-352

4.“Reulen RC, Winter DL, Frobisher C, Lancashire ER, Stiller CA, Jenney ME, SkinnerR, Stevens MC, Hawkins MM. British childhood cancer survivor study steering group.Long term cause specific mortality among survivors of childhood cancer”. JAMA 2010; 304(2): 172-9

5.“Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, Kroenke CH, Colditz GA. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. JAMA 2005”; 293: 2479-2486

6.“Ibrahim EM, Al-Homaidh A. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis: meta-analysis of published studies”. Med Oncol. 2010 Apr 22. [Epub ahead ofprint]

7.“Meyerhardt JA, Heseltine D, Niedzwiecki D el al. Impacto f physical activity on cancer recurrence andrecurrence and survival in

patients with stage III colon cancer: findings from CALGB 89803, J Clin Oncol 2006; 24

8.“ Meyerhardt JA, Giovannucci EL, Colmes MD et al. Physical activity and survival
after colorectal cancer diagnosis”. J Clin Oncol 2006; 24: 3527-3534

9.“Meyerhardt JA, Giovannucci EL, Ogino S et al. Physical activity and male colorectalcancer survival. Arch Intern Med 2009”; 169(22): 2102-2108
10. “Physical activity and public health updated recommendations from adultsfrom the American College of sports Medicine and American Heart Association”. Haskell WL et al. Med. Sci Sports Exerc. 2007 Aug; 38(8): 1423-34

11.”Guideline US Department”

12.“Schmitz, L.H., Courneya, K.S., Matthews, C., Demark-Wahnefried, W., Galvao,D.A., Pinto, B.M, Schwartz, A.L. American College of Sports Medicine roundtable on
exercise guidelines for cancer survivors. Medicine and Science in Sports and Exercise 2010”; 42: 1409–1426.

Mesa de comunicaciones 16: Cuidados materno-infantiles

Concurrent session 16: Mother and children Care

AUTORES/AUTHORS:
Maria Nieves Muñoz-Rodriguez, María Jesús Ruiz-García, Carmen Isabel Gómez-García

TÍTULO/TITLE:
Conocimiento y desarrollo de las competencias profesionales por parte de matronas en la Región de Murcia.

INTRODUCCIÓN

El perfil competencial de las enfermeras especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) se encuentra definido en el último programa formativo de la especialidad publicado en el Boletín Oficial del Estado en mayo de 2009(1). En él se determina que al concluir su programa formativo la matrona debe ser competente y en consecuencia estar capacitada (entre otras cosas) para: prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el parto, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados. Según la Ley 16/2003 de 28 de mayo , de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 42 define la competencia profesional como la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se les plantean. Y tal y como plantea Martínez Clares(3): la formación basada en competencias en la educación superior se está situando como el centro de las reformas y de las innovaciones en el diseño curricular, con lo que consideramos de gran importancia realizar un acercamiento a las opiniones de los y las profesionales sobre esta cuestión.

OBJETIVOS

El objetivo principal de nuestro estudio se basa en conocer las competencias profesionales de las enfermeras que poseen la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) con respecto a la atención al parto normal y recoger las percepciones sobre el grado de desarrollo de dichas competencias en un grupo de profesionales de la Región de Murcia.

MÉTODOS

Nuestra investigación se enmarca dentro de la investigación cualitativa, mediante entrevistas semiestructuradas a profesionales implicados en la atención a la mujer que son enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matrona). Este tipo de entrevista nos va a permitir establecer un contexto comunicativo entre investigador y entrevistado sobre la base de un diseño previo amplio y adecuado a los objetivos marcados, en ámbitos

RESULTADOS

Se han realizado dieciocho entrevistas a matronas de toda la Región de Murcia, cuyas respuestas se han agrupado en dos categorías:

1. Conocimiento de las competencias profesionales.

Aunque la mayoría de las matronas entrevistadas consideran tener conocimientos en relación a las competencias adquiridas durante la especialidad, creemos que algunas/os de ellas/os no poseen la suficiente información y/o formación en cuanto al conocimiento tanto de la definición de lo que es una competencia, la diferencia entre competencia y función e incluso con respecto a las actividades o técnicas adquiridas durante la realización de la especialidad de enfermería.

Algunos de los comentarios recogidos en las entrevistas así lo reflejan:

- Hasta dónde te permiten llegar esos conocimientos y ejercer tu profesión, y que son inherentes a la profesión, es decir un ginecólogo tiene unos y nosotros tenemos otros, informante 2
- Yo creo que si, pero no lo sé, la definición de competencias se lo que es, lo que te compete por ser matrona, lo que te compete por tu disciplina. Informante 3

2. Desarrollo de las mismas.

Por otra parte, la gran mayoría de profesionales entrevistadas opinan que desarrollan sus competencias en parte, como es el caso de la atención al niño sano, aunque sí coinciden casi todas en el seguimiento de la embarazada, destacando la atención al parto normal como una de las principales competencias desarrolladas durante su labor asistencial.

- Las competencias de las matronas son muchas, pero se centran sobre todo en la salud sexual y reproductiva de la mujer y de la comunidad, no solamente de la mujer sino también tiene que atender a la pareja y al resto de la comunidad, las personas que rodean a esa mujer, y también la atención al niño sobre todo el primer mes de vida. Informante 10

- La atención al parto normal, al parto eutócico, iniciación a la lactancia, no sé, la atención a la ginecología, más bien la asistencia con el ginecólogo a la ginecología, porque en ginecología tampoco tenemos mucha autonomía, la preparación al parto, la atención al embarazo normal. Informante 12.

DISCUSIÓN

Nos planteamos si la formación en competencias de los y las profesionales de enfermería al finalizar la especialidad de matrona es adecuada al programa formativo vigente o al modelo de trabajo actual de los hospitales de la Región, lo que consideramos puede influir en la forma de proveer los cuidados a las mujeres, sus hijos e hijas, parejas y familiares, no sólo durante el transcurso de un parto normal sino también en aquellos procesos con dificultades que requieran de un/a profesional científicamente preparado/a y dotado/a de competencias tanto en el saber hacer como en el saber ser.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1)Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el Programa Formativo de la Especialidad Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) Boletín Oficial del Estado de 28 de mayo de 2009. http://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf

(2)Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, 29 de mayo 2003. http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf

(3) Martinez-Clares, Pilar, Martínez-Juárez, Mirian & Muñoz-Cantero, Jesús Miguel (2008). Formación basada en competencias en educación sanitaria: aproximaciones a enfoques y modelos de competencia RELIEVE, v. 14, n. 2. http://www.uv.es/RELIEVE/v14n2/RELIEVEv14n2_1.htm. Consultado el 12 mayo 2012

AUTORES/AUTHORS:
Pedro Hidalgo Lopezosa, Mª Aurora Rodríguez Borrego, Mª Carmen Muñoz Villanueva

TÍTULO/TITLE:
Factores relacionados con los resultados del pH neonatal

OBJETIVO:
Identificar la posible relación entre ciertos factores presentes en el parto y determinar su influencia en los valores de pH de cordón umbilical.
MÉTODOS:
Estudio descriptivo y analítico llevado a cabo en 2012 con mujeres que tuvieron su parto entre Enero de 2009 y Diciembre de 2011 en un hospital de Tercer Nivel. Se incluyeron las historias clínicas de 165 mujeres seleccionadas mediante muestreo aleatorio sistemático, tras aplicar los criterios de inclusión (parto vaginal, a término y gestación de bajo riesgo) y los de exclusión (cesárea, embarazo de alto riesgo, parto prematuro y parto gemelar).
Las variables independientes que fueron consideradas para el análisis de regresión logística múltiple fueron: Edad materna (años), paridad (primípara/multípara), edad gestacional (37-39sem+6días / 40-40sem+6d / >=41sem), administración de analgesia epidural (si/no), uso de plan de parto (si/no), episiotomía (si/no), duración de fase de dilatación (horas) y uso de oxitocina (si/no). La variable dependiente fue: valores de pH de sangre arterial de cordón inferiores a 7,25 (si/no). Para el análisis estadístico se utilizó el programa PASW Statistic 18.
RESULTADOS:
El análisis de regresión logística múltiple mostró que las variables influyentes en valores de pH de sangre arterial de cordón inferiores a 7,25 fueron: edad gestacional >=41sem (OR = 2,84; IC95% = 1,08-7,46; p = 0,034), el uso de anestesia epidural durante el parto (OR = 4,07; IC95% = 1,32-12,57; p = 0,015) y haber presentado plan de parto (OR = 0,31; IC95% = 0,11-0,84; p = 0,021). Ésta última influiría por tanto de forma positiva en el resultado del pH.
DISCUSIÓN:
Nuestros resultados discrepan de otros autores que concluyen que la paridad y el tipo de parto son los factores más influyentes en el pH neonatal, sin embargo, sí coinciden con otros estudios en cuanto a que la analgesia epidural y la edad gestacional son los factores más influyentes. Pero sin duda lo más relevante de este estudio es la relación encontrada con el plan de parto, es decir, las mujeres que presentaron plan de parto obtuvieron mejores resultados en el pH neonatal.
IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA: El conocimiento de estos resultados aporta a los profesionales que atendemos este área de la salud, y en especial a las matronas, mayor evidencia sobre los elementos que pueden influir en el bienestar neonatal, y así, poder actuar en consecuencia, aplicando cuidados más eficaces, favoreciendo el papel más activo y las medidas que la mujer demanda cuando presenta un plan de parto, y ofreciendo una información más veraz a las gestantes para dotarlas de mayor capacidad en la toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 348,
November 2006. Umbilical cord blood gas and acid-base analysis. Obstet Gynecol. 2006; 108(5): 1319-22
2..Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour.Cochrane Database Syst Rev.2012;12CD000331.
3. Amstrong L, Stenson BJ. Use of umbilical cord blood gas analysis in the assessment of the newborn. Arch Dis Child fetal Neonatal.

2007; 92(6):430-4.
4. Blickstein I, Green T. Umbilical cord blood gases. Clin perinatol. 2007; 34:451-9.
5. De Franco S, Esposito S, Rossaro D, Bona G, Ferrero F. Risk factors in newborns with severe acidosis at birth. Panminerva Med. 2007;49(1):17-19
6. Fratelli N, Prefumo F, Andrico S, Lorandi A, Recupero D, Tomasoni G, Frusca T. Effects of epidural analgesia on uterine artery Doppler in labour. Br J Anaesth. 2011;106(2):221-4.
7. Greenwell EA, Wyshak G, Ringer SA, Johnson LC, Rivkin MJ, Lieberman E. Intrapartum temperature elevation, epidural use, and adverse outcome in term infants. Pediatrics. 2012;129(2)e447-54.
8. Helwig JT, Parer JT, Kilpatrick SJ, Laros RK Jr. Umbilical cord blood acid-base state: what is normal? Am J Obstet Gynecol. 1996 Jun;174(6):1807-12..
9. Iglesias S, González S, Montenegro MS, González MC, Conde M. Factores perinatales que influyen en el descenso de la hemoglobina materna tras el parto y en el pH neonatal. Matronas prof. 2011; 12(4): 97-103.
10. Monitorización fetal intraparto. Protocolo asistencial de la SEGO. 2004. Disponible en www.sego.es

AUTORES/AUTHORS:
Carmen Terré Rull, Roser Gol Gómez, Noemí Obregón Gutierrez, Alicia Ferrer Comalat, Neus Garriga Comas, Isabel Salgado Poveda

TÍTULO/TITLE:
DIFERENTES APLICACIONES DE TERMOTERAPIA EN EL PERINÉ DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO DE PARTO Y EL DOLOR PERINEAL

El dolor asociado al parto se define como un dolor agudo, severo, de intensidad variable a lo largo del trabajo de parto y que se acentúa durante el periodo expulsivo en la zona perineal (1,2). El alivio del dolor durante el parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante y es uno de los cuidados prioritarios de las matronas, en especial en aquellas mujeres que deciden no utilizar medidas farmacológicas para reducir el dolor y quieren utilizar otros métodos alternativos(3). Se han descrito numerosos mecanismos para el alivio del dolor durante el parto, entre ellos la aplicación de termoterapia.
La termoterapia consiste en la aplicación de calor local en los tejidos con fines terapéuticos, por encima de los niveles fisiológicos de temperatura corporal(4). La termoterapia, aplicada de forma superficial, provoca una hiperemia que permite la llegada de nutrientes en la zona a tratar y un aumento de la oxigenación de los tejidos. Además este aumento de flujo sanguíneo mejora la eliminación de residuos y sustancias algógenas (5). El calor local superficial por conducción se puede aplicar utilizando calor húmedo o calor seco. A pesar de que faltan estudios que acrediten las diferencias entre ellos, se cree que el calor seco aumenta más rápidamente la temperatura de los tejidos mientras que el calor húmedo penetra con mayor profundidad en los tejidos(6).

Objetivos
Valorar la diferencia entre las dos aplicaciones de termoterapia para reducir la percepción de dolor perineal durante el periodo expulsivo de parto.
Comparar las diferencias en el resultado del Test de Apgar entre los grupos de estudio.

Método
Ensayo clínico multicéntrico, abierto, con asignación aleatoria.
Los sujetos de estudio fueron las gestantes mayores de edad, de riesgo bajo o medio, que acudieron a 5 Hospitales catalanes adheridos al protocolo para la asistencia natural al parto normal del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, desde enero del 2009 a junio del 2010, solicitando un parto normal y que finalizaron el mismo mediante un expulsivo normal.

La captación de las gestantes se realizó al inicio de parto, valorando los criterios de inclusión antes mencionados y de exclusión como: ingreso en periodo expulsivo, masaje perineal durante el embarazo o dificultad idiomática. Se ofreció documentación escrita para reforzar la información oral y se solicitó el consentimiento de participación mediante la firma de un documento. Se captaron 224 gestantes.
La asignación aleatoria al grupo de estudio se realizó mediante sobre cerrado, y se distribuyó a las participantes en 3 grupos de estudio: aplicación de calor húmedo (GCH), calor seco (GCS) y grupo control (GC).

Se aplicó el protocolo de asistencia natural al parto normal a todas las gestantes que consistió en: no utilizar de forma sistemática el rasurado, el enema, la sueroterapia, la amniorrexis, la administración de oxitocina y la episiotomía. Permitir la ingesta a la gestante, dejar libertad de movimientos y de posiciones para el parto y realizar el cuidado habitual del periné durante el expulsivo que consistió en la protección activa del periné con control de la salida de la cabeza fetal. Todo ello se llevó a cabo en un clima de privacidad e

intimidad y se fomentó la participación de pareja. Además de estos cuidados, en el GCH se aplicó en el periné calor húmedo mediante campos mojados con agua caliente y en el GCS se aplicó calor seco con compresas colt-hot (nexcare®) calientes envueltas en un campo seco. A las gestantes del GC no se les aplicó calor.

Durante el expulsivo se valoró en tres ocasiones el dolor en la zona perineal, mediante la escala de valoración numérica (de 0 ningún dolor a 10 máximo dolor): se midió en cada gestante el dolor previo a la aplicación y tras la aplicación de calor a los 5 minutos y a los 10 minutos.

Para la valoración de la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina y su posible relación con la aplicación de termoterapia se realizó el Test de Apgar.

En el análisis de los datos se comprobó qué variables cumplían las condiciones de parametricidad, se realizaron pruebas de homogeneidad entre los grupos de estudio y pruebas de contraste estadístico utilizando un nivel de confianza del 95%. Se realizó el Test de Wilcoxon y la T de Student para el contraste estadístico del dolor y el tipo de calor aplicado y la prueba de Kruskal-Wallis para el test de Apgar. Se realizó el análisis estadístico con el programa PASW 17.

Resultados

Se perdieron un 11,6% de los casos (n= 26). Éstos se fueron sustituyendo a medida que se producían las pérdidas mediante nuevos sobres en que constaba el grupo perdido y que se mezclaron con los sobres restantes con el fin de conseguir el tamaño de la muestra requerida que fue de 198 gestantes, 66 en cada grupo de estudio.

La edad de las gestantes osciló entre 18 y 43 años, con una media de 30 años (DE 5,39) y una mediana de 31 años, un 40% de las gestantes fueron nulíparas, un 60% parieron en posición de litotomía, un 69% de las gestantes pujaron en Valsalva, un 82,5% expulsaron la cabeza fetal coincidiendo con la contracción. El peso del neonato osciló entre 2.040-4.360 gr, con una media de 3.319 gr. (DE 413 gr) y una mediana de 3.335 gr.

La media del dolor previo en todos los grupos de estudio fue de 8. En el grupo control la evolución del dolor no varió. A los 5 minutos y a los 10 minutos de aplicación de termoterapia se apreció una reducción del dolor estadísticamente significativa en el GCH ($p<0,001$) y en el GCS ($p<0,001$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el GCH y GCS ni a los 5 minutos ($p=0,516$) ni a los 10 minutos ($p=0,230$).

Se comparó el resultado del Test de Apgar en los tres grupos de estudio y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los resultados al minuto ($p=0,878$), a los cinco minutos ($p=0,431$) ni a los diez minutos ($p=0,136$) de vida del recién nacido.

Discusión

Coincidiendo con los trabajos de Dahlen 2007(7) y 2009(8), la aplicación de termoterapia redujo el dolor en el periné durante la fase expulsiva del parto.

Los dos tipos de aplicación de calor, húmedo o seco, fueron igual de efectivos a pesar de que el calor húmedo obtuvo mejores resultados. Según la bibliografía consultada, se imputa este hecho a que el calor húmedo tiene mayor capacidad de penetración en los tejidos, debido a la utilización del agua como medio conductor de calor y esto permite que su efecto sea más intenso(9,10). Por ello, y coincidiendo con los estudios revisados que utilizan calor húmedo(7,8), sugerimos que en las nuevas investigaciones que se

promuevan a partir de este estudio, se realicen utilizando únicamente el calor húmedo.

Respecto al estado general del recién nacido y coincidiendo con el estudio de Alberts(11), no se observaron diferencias significativas con la aplicación de termoterapia en los resultados del test de Apgar entre los grupos de estudio. En este estudio las puntuaciones obtenidas mediante el Test de Apgar se consideraron satisfactorias, por lo que la aplicación de termoterapia no interfirió en la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.

Implicaciones para la práctica: La aplicación de termoterapia, en especial la húmeda, en el periné durante el periodo expulsivo de parto es una terapia segura, accesible, fácil de aplicar y de bajo coste económico por lo que se recomienda su uso para disminuir la percepción de dolor durante el periodo expulsivo de parto normal, en especial en aquellas mujeres que no utilicen analgesia farmacológica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.Willens J. Tratamiento del dolor. En: Smeltzer S, Bare B. Enfermería medicoquirúrgica Brunner y Suddarth. 10ª ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2005.

2.Melzack R. The myth of painless childbirth. Pain 1984; 19:331-7.

3.Biedma L, García de Diego JM, Serrano del Rosal R. Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas:"la buena sufridora". Rev Soc Esp Dolor. 2010; 17(1):3-15.

4.Garrison S. Manual de medicina física y rehabilitación. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana de España SAU; 2005.

5.Pavez FJ. Compresas húmedo calientes como intervención para reducir el dolor musculo-esquelético. Análisis de la evidencia. Rev Soc Esp Dolor. 2008; 5(5):182-9.

6.Nadler SF, Weingand K, kruse RJ. The physiologic basis and clinical applications of cryotherapy and thermotherapy for the pain practitioner. Pain Physician. 2004; 7:395-9.

7.Dahlen H, Ryan M, Homer C. An Australian prospective cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth. Midwifery 2007:23(2):196-203.

8.Dhalen HG, Homer CSE, Cooke M, Upton A, Nunn R, Brodrick B. "Soothing the ring of fire" australian women's and midwive's experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. Midwifery 2009; 25(2):39-48.

9.Chapman BL, Liebert RB, lininger MR, Groth JJ. An introduction to physical therapy modalities. Adolesc Med Satate. 2007; 18(1):11-23.

10.Robinson VA, Brosseau L, Casimiro L, Judd MG, Shea BJ, Tugwell P, Wells G. Thermotherapy for treating rheumatoid arthritis. The Cochrane Library 2008, Issue 2.

11.Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels SM, Hunter C, Sedler KD, Teaf D. Factors related to perineal trauma in childbirth. JMWH. 1996; 41(4).269-76.

AUTORES/AUTHORS:
Alicia Lucas Lledó, MªAngela Verdu Martinez, Inmaculada Masiá Estivalis, Mar Perez Lopez, Antonio Oliver-Roig, Miguel Richart-Martinez

TÍTULO/TITLE:
Lactancia Materna Sin Biberones al Alta Posparto: ¿Seguridad Materna o Apoyo Profesional?

Antecedentes:
El abandono prematuro de la lactancia es la norma en nuestra sociedad. Existen grandes diferencias entre las tasas de lactancia de los diferentes países europeos, aunque sólo una minoría de los niños en Europa son amamantados según las recomendaciones de los organismos internacionales y las asociaciones profesionales. En España, según la encuesta nacional de salud de 2006, el 61% de los niños no recibe ya leche materna a los 6 meses de vida (la OMS la recomienda hasta los dos años de edad o más).
Existen gran cantidad de estudios sobre los beneficios a corto y largo plazo de la lactancia para las madres y los lactantes. Este efecto de la leche materna sobre la salud humana es un efecto dosis-respuesta, de modo que no solo el inicio, sino también la exclusividad y la duración de la lactancia materna tienen un efecto sobre la salud.
La reducción de la morbilidad asociada a la lactancia es de suficiente magnitud como para tener sustanciales efectos positivos en la salud pública y la economía. De hecho, las actividades de apoyo a la lactancia se encuentran entre las intervenciones más costo-efectivas, no implican necesariamente un aumento del gasto sanitario y tienen efectos positivos a corto y largo plazo, especialmente en los grupos poblacionales más desfavorecidos.
El efecto de las prácticas subóptimas de lactancia en países en desarrollo es especialmente dramático en condiciones de extrema pobreza y es un recurso vital para la infancia. En una revisión de intervenciones en 42 países en desarrollo se estimó que la LME durante 6 meses, continuada con AC hasta el primer año, podría prevenir 1.3 millones (13%) de muertes cada año en niños menores de 5 años. En comparación, la vacuna del haemophilus influenzae tipo b puede prevenir el 4% de total de muertes infantiles y la vacuna del sarampión el 1% de esas muertes.
En los países desarrollados, la prevención de muertes en menores de 5 años es menor, sin embargo el ahorro del coste del gasto sanitario debido a una menor morbilidad al aumentar las tasas de lactancia puede ser sustancial. En un estudio realizado en Estados Unidos, atendiendo al ahorro del gasto por atención sanitaria debido a la menor incidencia de 10 procesos patológicos en niños amamantados, se estimó que un ahorro anual de entre 10,5 y 13 mil millones de dólares, si entre el 80 y 90 % de los niños recibían lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses.
A un nivel más local, pero también en el ámbito de los países desarrollados, Cattaneo describió un menor coste de la atención ambulatoria y hospitalaria (entre 20 y 110 € respectivamente si los niños eran amamantados al menos 3 meses). En España, Paricio concluyó que si el 100% de los niños recibiera lactancia materna completa a los 4 meses se reducirían el 56% de los ingresos hospitalarios por infección de niños menores de 12 meses de edad.
La mejora de la calidad de las prácticas profesionales relacionadas con la lactancia materna es una estrategia clave para mejorar las tasas de lactancia materna debido a su influencia en el establecimiento adecuado y la continuidad de la lactancia materna. Por otro lado, se ha identificado otras variables socioeconómicas y psicológicas que influyen también sobre las decisiones sobre el tipo de alimentación del lactante, especialmente la seguridad materna para amantar, que puede definirse a partir del concepto de autoeficacia, y que se ha identificado en numerosos estudios como la principal causa de abandono de la lactancia descrita por las mujeres.

Objetivo:
El objetivo de este estudio fue determinar los factores relacionados con la tasa de lactancia materna exclusiva al alta en un hospital

comarcal de la Comunidad Valenciana.

Ámbito de estudio:
El Hospital de Alcoi es un hospital comarcal con un total de 32 camas en el área materno-infantil, que no cuenta con UCI pediátrica. Atiende entre 75 y 100 partos mensuales. Hasta el momento, el hospital no dispone de una política explicita y consensuada para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, y en el momento del estudio no había constancia del cumplimiento del código de comercialización de sucedáneos de la leche materna ni de los criterios globales de evaluación del apoyo a la lactancia de la Baby-Friendly Hospital Initiative de OMS/UNICEF.
El hospital dispone de un Comité de Lactancia que lleva trabajando un total de 4 años. Durante ese tiempo se han elaborado protocolos de atención a las madres y recién nacidos relacionados con la lactancia, se han realizado cursos de formación sobre el tema para el personal sanitario y se han desarrollado mejoras aisladas como por ejemplo control de los biberones que se dan a demanda y observación de la toma antes de darlos. Con el objetivo de conocer la realidad del Departamento de Salud sobre lactancia materna y debido a que no existen datos previos sobre el tema, el comité de lactancia decidió llevar a cabo un estudio sobre las tasas de lactancia y algunas de las actividades profesionales relacionadas, en el marco de un estudio multicéntrico llevado a cabo en Alicante y Murcia, promovido desde el Departamento de Enfermería la Universidad de Alicante.

Personas y método:
Se administró un cuestionario autocumplimentado a una muestra accidental de 188 gestantes entre las semanas 28-42 de gestación, atendidas en un departamento de salud con un hospital comarcal sin la acreditación “Baby-friendly Hospital Initiative” (BFHI) de OMS/UNICEF. El cuestionario incluía variables sociodemográficas, antecedentes maternos de lactancia, dos escalas de autoeficacia general (Escala General de Autoeficacia y Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés) y sobre la intención de amamantar. Con el mismo método, dos días después del parto, se obtuvieron datos obstétricos, sobre el grado de seguridad para amamantar de la madre (versión española de la Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF)), sobre la introducción de suplementos de leche de fórmula (LF) u otros líquidos durante el ingreso y sobre actividades de apoyo profesional a la lactancia. La evaluación materna del apoyo profesional a la lactancia se realizó mediante una escala tipo lickert de 5 puntos y se consideraron óptimas las puntuaciones >=4.
Para la obtención del modelo explicativo de la lactancia materna exclusiva al alta, se realizó una primera selección de variables relacionadas con el estatus de lactancia al alta (lactancia materna exclusiva, parcial escasa, parcial moderada, parcial abundante o lactancia artificial) mediante un análisis individual, utilizando la correlación de Spearman, el test de la T de Student, el test de la U de Mann-Whitney o el test X2 según procediera.
Se llevaron a cabo análisis multivariados utilizando modelos de regresión logística para determinar las variables asociadas independientemente con la lactancia materna exclusiva al alta. Se utilizaron modelos secuenciales por pasos hacia atrás, seleccionando el conjunto óptimo de variables utilizando el test de la razón de la verosimilitud.
En una primera fase del análisis multivariante se desarrollaron cuatro modelos parciales, que incluía las variables que de modo bivariado habían mostrado asociaciones ($p<0,05$) con la variable dependiente para cada grupo de variables: sociodemográficas, antecedentes maternos, psicológicas y de apoyo profesional. En la segunda fase, se introdujeron en un segundo modelo sólo aquellas variables que habían mostrado a su vez ser buenos predictores en los modelos de regresión parciales, para cada una de las cuatro agrupaciones de variables. Finalmente, se descartó la existencia de posibles factores de confusión o interacciones de tipo multiplicativo en el modelo final, observando el cambio significativo del logaritmo de la verosimilitud después de introducir el factor o interacción en los modelos (método manual).
Resultados:
Durante el ingreso ofrecieron lactancia materna exclusiva el 51,1% (n=96) de las mujeres, lactancia materna parcial el 39,4% (n=74)

y no amamantaron el 9,5% (n=18) de ellas.
El análisis bivariado mostró asociación estadística entre el estatus de lactancia materna y antecedentes maternos o variables socioeconómicas como los ingresos familiares, la edad materna, tener hijos anteriores y experiencia en lactancia y el tipo de parto. También se detectó la relación con el estatus de lactancia al alta de variables psicológicas como la intención materna respecto a la duración de la lactancia, el nivel de autoeficacia general, de autoeficacia para el afrontamiento al estrés y de autoeficacia para la lactancia. Además, variables de apoyo profesional como la práctica del método piel con piel tras el parto entre la madre y el recién nacido, la ayuda en la lactancia durante la primera hora y durante el ingreso y la ausencia de mensajes contradictorios sobre lactancia durante el ingreso se asociaron también con el estatus de lactancia en el análisis bivariado.
El modelo final de de regresión logística explicaba el 54,6% de la varianza y reveló que un mayor nivel de autoeficacia para la lactancia materna (Odds Ratio Ajustada (ORa)=0,87; IC95%=0,83-0,91) y una mayor edad materna (ORa=0,86; IC95%=0,77-0,96) fueron factores protectores para la LME. Por otro lado, haber sufrido un parto por cesárea tuvon efecto independiente negativo sobre la LME (ORa=8,30; IC95%=2,92-23,62). Las variables de apoyo profesional no mostraron un efecto independiente sobre la LME en el modelo.
Conclusiones: En un contexto sin la implantación de la BFHI, la seguridad materna es un factor determinante para no ofrecer al recién nacido suplementos de leche de fórmula (LF). El nacimiento por cesárea es un factor asociado a menores tasas de LME durante el ingreso.
Las intervenciones que aumentan la seguridad materna para amamantar son clave en nuestro contexto para aumentar la tasa de LME, especialmente en las mujeres más jóvenes. Es necesario implementar intervenciones globales de protección, promoción y apoyo a la lactancia, basadas en la evidencia (como la BFHI), en lugar de intervenciones aisladas de apoyo, así como revisar y mejorar los cuidados relacionados con la lactancia tras una cesárea.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

José María Paricio Talayero, Máxima Lizán-García, Ángel Otero Puime, María José Benlloch Muncharaz, Beatriz Beseler Soto, Marta Sánchez-Palomares, Luis Santos Serrano and Leonardo Landa Rivera. Full Breastfeeding and Hospitalization as a Result of Infections in the First Year of Life. Pediatrics 2006;118;92-99

Gareth Jones, Richard W Steketee, Robert E Black, Zulfiqar A Bhutta, Saul S Morris, and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? Lancet. 2003

ADRIANO CATTANEO, LUCA RONFANI, TEA BURMAZ, SOFIA QUINTERO-ROMERO, ANNA MACALUSO & SIMONA DI MARIO Infant feeding and cost of health care: A cohort study. Acta Pediátrica, 2006; 95: 540-546

Melissa Bartick and Arnold Reinhold. The Burden of Suboptimal Breastfeeding in the United States: A Pediatric Cost Analysis. Pediatrics 2010;125;e1048

AUTORES/AUTHORS:
Pedro Hidalgo Lopezosa, Mª Aurora Rodríguez Borrego, Mª Carmen Muñoz Villanueva

TÍTULO/TITLE:
Efectos del Plan de Parto en el Neonato y en la Finalización del Parto

OBJETIVOS:
- General: Determinar los resultados obstétricos y neonatales que obtienen las gestantes que presentan plan de parto.
- Específicos:
> Valorar si con la utilización de los planes de parto disminuye el porcentaje de cesáreas y partos instrumentados, y aumenta el de partos eutócicos.
> Valorar si los recién nacidos de madres con plan de parto obtienen mejores resultados en Test de Apgar y en pH de sangre de cordón umbilical.
MÉTODOS:
Estudio retrospectivo de casos y controles realizado en el Hospital Reina Sofía de Córdoba (España). Unidad de partos. Los participantes fueron mujeres asistidas de parto entre Mayo de 2008 y Septiembre de 2011. Del total de la muestra, N = 182, hay 52 casos (gestantes con plan de parto) y 130 controles. Se compararon variables obstétricas y perinatales para determinar la eficacia de los planes de parto. Los datos para el estudio se obtuvieron de las historias clínicas, previa consideración positiva del Comité Ético de Investigación de dicho Hospital.
Las variablesque se tuvieron en cuenta fueron: Paridad (nulípara/multípara), plan de parto (si/no), tipo de parto (eutócico/instrumentado/cesárea), desgarros de 3-4 grado (si/no), Test de Apgar a los 5 minutos(<=9/=10) y pH de cordón umbilical (>=7,25/<=7,24). Variables secundarias: Historia de cesárea anterior (si/no), inicio del parto (espontáneo/inducido), anestesia epidural (si/no) y episiotomía (si/no). Variables sociodemográficas: edad, situación laboral (trabaja/no trabaja) y formación universitaria (si/no).
El análisis de los datos realizó con el programa PASW Statistic versión 18. Para la comparación de porcentajes entre ambos grupos se ha utilizado el estadístico ji cuadrado y el estadístico exacto de Fisher, en el caso de variables cualitativas, y el estadístico t de Student para variables cuantitativas.. Los datos se expresaron con número y porcentaje en el caso de variables cualitativas, y con media y desviación estándar en las cuantitativas.
RESULTADOS:.
Se han hallado diferencias estadísticamente significativas en los resultados de pH arterial de sangre de cordón umbilical en nulíparas, donde el porcentaje de neonatos con pH < = 7,24 entre el grupo de casos (15%, n=5) fue significativamente menor al de controles (37,5%, n=26, P = 0,01). También se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la variable “edad” y “nivel de estudios”, siendo la edad media en el grupo de casos(33 años) superior a la del grupo control (30 años, P < 0,001), y el porcentaje de mujeres con estudios universitarios es también mayor en mujeres que han presentado plan de parto (48% frente a 18%, P < 0,001). No se hallaron diferencias significativas en tipo de parto, desgarros 3- 4 grado ni en Test de Apgar.
DISCUSIÓN:
Las mujeres que presentaron plan de parto no tienen un menor riesgo de cesárea ni de instrumentación del parto, pero sus recién nacidos si obtuvieron mejores resultados en pH de sangre arterial de cordón, a pesar de que este grupo de madres presentó una edad media superior a la del grupo control. Esto podría ser indicativo de que una menor intervención durante el parto (en el plan de parto todas las gestantes solicitaron evitar medidas intervencionistas y favorecer un parto más natural) pueda mejorar este resultado, y así, contribuir a un mayor bienestar del neonato.
- IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA: Los resultados obtenidos deben servir para potenciar la utilización de los planes

de parto por parte de los profesionales que atienden esta área del cuidado, favoreciendo el papel más activo y las medidas que la mujer demanda en ellos, y ofreciendo una información más realista a las gestantes para dotarlas de mayor capacidad en la toma de decisiones. Sería importante considerar los planes de parto como herramientas útiles para la aplicación de cuidados más eficaces encaminados a conseguir unos mejores resultados neonatales y posiblemente obstétricos, Además, el menor intervencionismo puede influir en una mejor relación coste/beneficio, consiguiéndose unos resultados iguales o mejores a un menor coste humano y también económico.<br

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bakker PC, Kurver PH, Kuik DJ, Van Geijn HP. Elevated uterine activity increases the risk of fetal acidosis at birth. American Journal of Obstetric& Gynecology. 2007;196 (4): 313.
2. Deering SH, Zaret J, McGaha K, Satin AJ. Patients presenting with birth plans: a case-control study of delivery outcomes. J Reprod Med. 2007; 52 (10): 884.
3. Estrategia de Atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud y Consumo. 2007
4. Iglesias Casas S, Conde García M, González Salgado S. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. Matronas Profesión.2009; 10 (2): 5-11.
5. Lundgren, I., Berg, M., & Lindmark, G. (2003). Is the childbirth experience improved by a birth plan? Journal of Midwifery & Womens Health, 48 (5), 322-328.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Estrategia de Atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud y Consumo.
7. OMS. Appropiate technology for Birth. Lancet. 1985; 2: 436-437.
8. OMS. Care in normal birth: a practical guide.Plan de Parto y Nacimiento. OMS.1996.
9. Plan de parto y nacimiento.Servicios Públicos de Salud de Andalucía. Consejería de Salud. 2009.
10.Svardby K, Nordstrom L, Sellstrom E. Primiparas with or without oxytocin augmentation: a prospective descriptive study. Journal of clinical nursing. 2007; 16(1): 179-84.<b

Mesa de comunicaciones 17: Profesión/Gestión

Concurrent session 17: Nursing Profession/Management

AUTORES/AUTHORS:
Havva Sert, Dilek Aygin, Sevin Altinkaynak, Serap Oguz

TÍTULO/TITLE:
KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF THE STUDENTS OF HEALTH HIGH SCHOOL REGARDIN TUBERCULOSIS

OBJECTIVES: Tuberculosis is the most common infectious disease in the world today. Tuberculosis maintains its daunting position of being the world's second most infectious illness leading to a high number of adult deaths, after HIV/AIDS. The World Health Organization (WHO) estimated that there were 8.9 million new cases of TB (140/100,000). Among health care team members, nurses have important roles in tuberculosis patients' adaptation to their treatment and care. This study aims to determine the knowledge and attitudes of students having education in Sakarya University (SAU) regarding tuberculosis (TB).
METHODS: The study, which was in descriptive model, was conducted with 331 students having education in Sakarya University between February- March 2012 and accepting to participate in the study upon taking the approvals of them and the institutions. Data were collected using a questionnaire (10 questions for determining attitude level, 20 questions for determining knowledge level) created by examining literature. Attitude and knowledge levels were calculated from 100 points. High scores were valuated positive for knowledge and negative for attitude. Analyses were made in electronic environment using quantile, average, standard deviation, correlation, t-test and ANOVA.
RESULT AND FINDINGS: Most of the students (82.5%) were female, and their age averages was 20.52±1.48 years. 69.2% were studying in the Department of Nursing, 38.4% were sophomore students and 54.4% were staying in dormitory. 82.8% of the students stated themselves as non-smokers and 91.5% stated that they were not using alcohol. 93.4% stated that there were no TB patient in their immediate surroundings, and 56.6% stated to get an education about TB. Knowledge score average of the students was 74.78±13.24, attitude score average was 46.71±25.04. 62.2% were determined to perform positive attitudes towards TB and most of them to have good level of knowledge about TB. While no significant difference was found between attitude score averages of the students according to gender ($p>0.05$), significant difference was found between their knowledge score averages ($t=2.127$, $p=0.037$). No significant difference was observed between age, and attitude and knowledge level score averages ($p>0.05$). While no significant difference was observed in attitude score averages according to the use of cigarette and alcohol, the knowledge score averages of the ones not using cigarette and alcohol were found significantly higher than users ($p=0.024$, $p=0.000$). There were no difference between the attitude score averages of the ones getting education about TB and having TB patients in their immediate surrounding; however while the knowledge score averages of the ones getting TB education were high ($p=0.000$), surprisingly, the knowledge score averages of the ones having TB patients in their immediate surrounding were significantly low ($p=0.025$). Knowledge scores of the senior students were found significantly lower than sophomore and junior students ($p=0.000$) and their attitudes were found more negative than the attitudes of freshmen and junior students ($p=0.003$). While knowledge score averages of the ones with bad economic conditions were determined to be lower than the ones with moderate and good income level ($p=0.001$), income levels were observed to have no effect on attitude levels ($p>0.05$). No significant difference was found between attitude and knowledge levels according to the residence place and the departments of the students.
DISCUSSION: In general, the study determined that knowledge and attitude levels of the students about TB were good, and sophomore students taking the lessons of internal and surgical diseases nursing had better knowledge levels. The study suggests to give education about TB to senior students before graduation in order to remove the negativity in their attitudes and knowledge. In Akin et al. (2011) study, the students who have received education regarding tuberculosis have more positive attitudes about tuberculosis. They are also less concerned, show less avoidance of working in units with tuberculosis patients, and have a lower tendency to hide the condition of family members with TB. Similar to our findings, according to Vassilopoulos in their study show that the 55,6% of the students had average knowledge concerning tuberculosis while only 2% of them had excellent knowledge, fact that affects indirectly in their attitude towards the disease.
Key words: student, tuberculosis, attitude, knowledge level

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REFERENCES
1. Kilicaslan, Z., 2007. Dunyada ve Turkiye'de Tuberkuloz [Tubeculosis in World and Turkey]. ANKEM Dergisi 21 (Ek 2), 76–80.
2. Global Tuberculosis Control, 2009. Epidemiology Strategy Financing. World Health Organization. WHO Report 2009.
3. Akin S, Gorak G, Unsar S, Mollaoglu M, Ozdilli K, Durna Z. Knowledge of and attitudes toward tuberculosis of Turkish nursing and midwifery students. Nurse Educ Today. 2011 Nov;31(8):774-9. Epub 2011 Feb 1.
4. Vassilopoulos A, Roupa Z, Wozniak G, Rekliti M, Tsaras K, Papathanasiou I, Gourgoulianis K. Assessment of knowledge and attitude towards pulmonary tuberculosis in undergraduate nursing students of Applied University in Greece. Interscientific Health Care (2010) Vol 2, Issue 2, 80-85

AUTORES/AUTHORS:
Arzu Uzuner, Leman Senturan

TÍTULO/TITLE:
EMOTIONAL INTELLIGENCE AND SUBMISSIVE BEHAVIORS OF THE NURSE MANAGERS

Introduction:
Emotional intelligence and submissive behaviors are two important concepts that can affect each other. Since nursing is a profession that provides direct service to people through the establishment of interpersonal relationships, they are also important for nursing. The nurse- patient relationship is not only aimed at the facilitation of medical treatment, but also at providing for the patient's emotional needs. Current research sresses the importance of having emotional intelligence besides cognitive intelligence in developing communication skills. Cognitive intelligence is proven to have very little effect in an individual's happiness and managing their lives. One of the main reasons for this is that the ability to think is restricted to the intellect while desire and motivation are driven by emotional intelligence. An individual's success and happiness in life requires a high level of emotional intelligence among a many other factors. The development of emotional intelligence has an important place in preventing psychological problems. Since improved desire and motivation is the product of emotional intelligence, the development of emotional intelligence will reinforce positive coping strategies against submissive behavior. Nurse managers must posess many qualitives including purpose, influence, persuasiveness, intelligence as well as aptitude and intellectual skills or strive to develop these skills.
Approval by others is very important for some people. Personality traits consisting of a combination of: trying hard not to hurt or offend others, benevolence, over-generosity, being 'yes-people' who are unable to reject others, having difficulty expressing their objection to situations they are not happy with, having difficulty expressing anger, needing constant reassurance and being generally unable to defend their thoughs or rights are defined as submissive behaviour. (Goleman, 2005; Goleman 2007).
Nurse managers must possess many qualitives including purpose, influence, persuasiveness, intelligence as well as aptitude and intellectual skills or must strive to develop these skills. Nurses tend to exhibit submissive behaviour during the workday as a result of negative treatment by both their superiors and subordinates. This submissive behaviour may include remaining silent in unacceptable issues where they should not.
Aim:
The study was carried out in descriptive and relation seeking designs to determine emotional intelligence and submissive behaviors of manager nurses and to investigate the relation between these two concepts
Method:
The study was carried out in descriptive and relation seeking designs to determine emotional intelligence and submissive behaviors of manager nurses and to investigate the relation between these two concept. The study population consisted of 205 manager nurses employed in all state and training research hospitals in Europan Side of Istanbul. The study sample consisted of 200 nurse managers who accepted to participate the study. Data were collected by information form, ''Bar- On Emotional Intelligence Inventory'' and ''Submissive Behavior Scale''. Data evaluation was conducted with SPSS statistical analysis packaged software. Descriptive statistical methods, such as frequency distribution, mean, Standard deviation, T test for comparing two groups, One-Way Anova variance analysis for comparing more than two groups and Pearson Correlation analysis to observe the relationships between numeric variables were used in evaluation. The further analysis of the significance between more than two groups was evaluated by LSD test. The level of significance was set at $p<0,05$ in analysis.
Results and Discussion:
Of the nurses in the study sample, 48,5% (n=97) were in the 27-36 age bracket, 74% (n=148) were married, 45,5% (n=148) had undergraduate degrees; 21,5% (n=43) had been working for 16-20 years or more, 71% (n=142) were charge nurses, 55,5% (n=111)

had management experience of 1-5 years. It was founded that the mean scores for self-awareness was 106,79±14,97 (min=66 max=140); the mean scores for Interpersonal relationship was 70,15±5,63 (min=51 max=85); the mean scores for Adaptability was 55,05±5,90 (min=40 max= 68); the mean scores for Stress management was 42,56±7,31 (min=25 max=61); the mean scores for General mood components was 42,53±5,06 (min=26 max= 55).

Nurse managers must be able to maintain good relationships with their environment and the skill to solve problems related to their staff without creating crises. This can only be possible with high emotional intelligence. (Goleman 2005). Considering the minimum and maximum scores that can be obtained from the sub-dimensions of the Emotional Intelligence Scale, nurse managers are observed to have scored above average- in other words we can say that they fared quite well.

We have observed that the Submissive Behaviour Scale average scores varied between 16 and 114 with a means and standard deviation of 40,06±17,57 in nurse managers. Based on these results, it is safe to say that submissive behaviour in the study sample is average.

There is a negative correlation between the nurse managers' levels of emotional intelligence and their mean submissive behaviour scores ($p<0.001$). This statistically significant correlation is an important finding due to the improvable nature of emotional intelligence. An individual with high emotional intelligence is expected to have better skills in effective communication. Effective communication skills facilitate easier coping in problem solving and coping with stress. Nurse managers have responsibilies that include protecting the rights of their subordinates and providing a positive working environment for their staff. With their skills, they must resolve problems without creating crises and avoid submissive behaviour while doing so.

Conclusion:

The nurse managers in the study have average levels of emotional intelligence and submissive behaviour. Quality in care and management services requires nurse managers to have high emotional intelligence and low level of submissive behaviour. The concept of emotional intelligence is an important factor for success. In this study, it was concluded that increases in emotional intelligence levels have a reducing effect on submissive behaviour.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.Velioglu P, (1997), Hemsirelik Üstüne Düsünceler, Latin Matbaasi, Istanbul

2. Schuttle N.S. Malouff JM, Thorsteinsson NB,Rooke SE. A. (2007). Meta-analytic Investigation of the Relationship between Emotional Intelligence and health Personality and Individual Differencess,; 42; 921-933

3.John D. Mayer, David R. Caruso ve Peter Salovey (2000). ''Emotional Intelligence meets traditional standarts for an Intelligence'' Journal of Intelligence, Sayi: 27, No:4;ss.267-298.s.267

4.Goleman D. (2005). Duygusal /Neden IQ'dan Daha Önemlidir? Çeviren: B. S. Yüksel, Varlik Yayinlari, 29. Basim, istanbul.

5.Gilbert, P., Allen, S. (1994). Assertiveness, Submissive Behavior and SocialComparison, British Journal of Clinical Psychology, 33. Great Britain: The British Psychological Society, 295-306.

6. Goleman D.(2005). Is basinda Duygusal Zekâ. Çeviren: Balkara H., Varlik Yayinlari, Istanbul.

7. Acar Füsun Tekin, "Duygusal Zeka Yeteneklerinin Göreve Ve Insana Yönelik Liderlik Davranislari ile iliskisi" Yayinlanmamis Doktora Tezi, Istanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Istanbul, 2001.

8. Adler, Alfred (2002), Insani Tanima Sanati, (Çev. Kamuran Sipal), 9. Basim, Istanbul: Say Yayinlari.

AUTORES/AUTHORS:
Renate Stemmer, Ruth Remmel-Faßbender, Martin Schmid, Kerstin Schroeder

TÍTULO/TITLE:
Concepts of profession, role, and care of nurses and physicians – Results of a qualitative study

Objective
The conditions for hospital care have changed significantly over the last years. This includes a change in clientele, shorter length of stay and tougher economic circumstances. In order to sustain the quality of patient care in hospitals, multiple changes are being introduced in many places. These changes are proving to be challenging for the cooperation between the different stakeholders in medicine and nursing.

However, a working inter-professional cooperation between the two main groups in patient care is particularly important in the changing framework conditions.
The way the protagonists of both occupational groups understand their profession and role can be considered a possible factor of influence on the quality of professional cooperation. An expert report carried out in 2007 called for improved cooperation between all health professions in order to be able to achieve together a more efficient and more effective performance for the welfare of the patients. (Sachverständigengutachten 2007). To date there has been no systematic survey of this subject area and of those directly affected.

Method
Personal attitudes and opinions can be researched using qualitative methods. Using qualitative interviews, it is possible to discover the subjective perspectives of the persons affected and, in the ensuing evaluation, to generate core statements concerning the relevant area. (Hopf, 2008)
Accordingly, 10 to 20 semi-structured interviews were carried out with nurses and physicians in four clinical complexes in Rhineland Palatinate. It was thus possible to ask specific questions about their understanding of their profession and their role, but also to let the interview partner have the necessary space to bring in their own topics and comments.
The interviews were recorded digitally and then transcribed. Each interview took approximately 35 minutes. Sufficient data was collected through twenty-five interviews with each occupational group. Participation in the interviews was voluntary and the interview partners were assured in writing that evaluation and storage of the data would remain anonymous.
The interviews were evaluated on the computer with the MAXQDA program using Burnard's qualitative contents' analysis (1991), a thematic contents' analysis which has similarities to the Grounded Theory. One common feature is open coding. With Burnard's thematic contents' analysis, an inductive category scheme is developed by working through the text to discover the core statements of the interview partner on any given subject. The original texts of the interviews are referred to again and again throughout the process.

Results
In the two occupational groups, 24 and 29 categories were developed respectively. All of them are divided in to subcategories. They fell under the generic terms: self-concept, work together, working conditions and expectations regarding nursing. The evaluations showed different concepts of their profession, role and care. For example, on the subject of self-concept, eight categories were generated for the physicians: COMPETENCE, TECHNICAL ORIENTATION, TRAINING ORIENTATION, SUPERVISION FUNCTION, RESPONSIBILITY, ADMINISTRATION, PATIENT ORIENTATION and PATIENT CONTACT. By contrast, fifteen categories were generated for nurses on the same topic: COMPETENCE, PATIENT ORIENTATION, PATIENT CONTACT, RESPONSIBILITY,

PHYSICIAN ASSISTANCE, PASSING ON INFORMATION, MEDIATOR FUNCTION, PHYSICIAN SUBORDINATION, ADMINISTRATION, COMPLETE ALL THE DAILY TASKS, THE NEED TO IMPROVE THEIR PROFILE, RELIEF and POTENTIAL FOR DEVELOPMENT.

It became apparent that those in nursing were more oriented towards the patient's wellbeing whereas the physicians interviewed were more technically oriented. Training was also extremely important for the physicians: „… I think that everyone who starts working here at the university clinic would like to learn how to do operations. This is an area that is extremely important for all of us…".

Nurses, on the other hand, put direct patient contact as a high priority, with the focus on NEEDS ORIENTATION and forming a relationship. Nurse: „That the patient is not only a number, but that I can really say that I have contact to him/her. You develop a personal relationship to the patient and he trusts you. You can talk now and then. You have to be empathetic and able to listen. There's no doubt about that."

The emphasis on direct PATIENT CONTACT mentioned by nurses and the PASSING ON INFORMATION and MEDIATOR FUNCTION resulting from this are also expected by physicians. Physicians consider empathy, sympathy and the ability to perceive patients' needs as prerequisites for those in nursing.

On the subject of POTENTIAL FOR DEVELOPMENT of nurses, physicians are concerned that with the Academization of nurses, this competence will be lost. Physician: „…The danger is that …an Academization will take place …and that nurses will be so busy with workflows and implementing measures that they will no longer have the time to do the actual caring. – There's a difference between actually caring and sitting at a desk describing how it should be. The one mustn't replace the other."

For physicians, POTENTIAL FOR DEVELOPMENT is related to being closer to medicine, specializing or taking on certain medical responsibilities. Nurses also consider these as developing in their field. Physician: „Yes. That nurses can become more of a link between patient and doctor and, without wishing to demean such tasks, can move away from the simpler nursing tasks towards more independent work…".

Nurses echo these sentiments. Nurse: „We are here to care, but also to go more into the medical side of things and to connect the two. "

However, nurses also feel responsible for the smooth running of the ward even in times of lower staff resources. Restructuring here is actually seen as positive.

Nurse: „…If it is clarified legally and people are trained and are able to do that, then I hope that it will make for a smoother running of the ward. Then a patient doesn't have to wait until the afternoon for the doctor to finish operating and come and do it…"

From a restructuring of the organization and tasks, physicians expect considerable relief from routine tasks such as taking blood, putting in infusions and administrative tasks.

This leads us to another heading, namely working conditions. In the working conditions subject area, the main categories LACK OF ORGANIZATION and TIME PRESSURE were generated in both occupational groups. A separate category called DIVISION OF RESPONSIBILITY was generated by the physicians and is expressed in this example: Physician: "To be honest, the problem is that the line between my tasks and those of the nurse and secretary is very fine and it is often difficult to know exactly what my task is."

In the generic term work together, both occupational groups are interested in inter- professional cooperation, but they have also experienced resistance and noticed that there are parallel worlds. The common categories here are: COOPERATION, INTERDEPENDENCE, RECOGNITION, HIERARCHY, COMPETITION and PARALLEL WORLDS. The category EXPERIENCE OF RESISTANCE is only found in the physicians' interviews whereas the category INTEGRATION is only found in the nurses' comments.

The COOPERATION category includes the sub-categories ARRANGEMENTS, COMMUNICATION, DISCUSSING CASES TOGETHER, REACHING CONSENSUS, TEAM SPIRIT, RECIPROCITY, CONSEQUENCES and COLLEGIALITY. Both occupational groups list DISCUSSING CASES TOGETHER as a constructive form of inter-professional cooperation:

Physician: „It is often the case that when care and medicine overlap, the decisions are taken together. The nurse can judge certain things better and then decisions should be made accordingly."

Nurse: In oncology, for example, there is normally a talk with the patient….we usually go to this together so that the physician can ask the nurse later how the patient took things…"
In contrast, both occupational groups mention the lack of cooperation in the PARALLEL WORLDS:
Nurse: "That the end of the day, we are the ones working with the patient… and we shouldn't work against each other, but with each other. The way it is at the moment the care is separate and the physicians are separate…. There's no working together any more…"
Physician: "Yes, the cooperation with the nursing staff is, I think, largely parallel. Not together, just parallel. "
Physicians also mention resistance in their dealings with nurses. The above quote shows that it is also about power: Physician: "That we doctors do our work as the nurses want us to." Similar comments come up from nurses in the HIERARCHY category when talking about the managerial role of the physician in their daily work together: Nurse: „The fact that the physician says "You have to do this now because I have time now" is what actually prevents our work from flowing smoothly."
Yet the mutual dependence is seen similarly by both occupational groups in the category INTERDEPENDENCE:
Physician: „…when you know that each side is dependent on the other…if the nurse doesn't do her part, then I can't work and if I don't do the medical things, then the nurse can't do her job…"
Nurse: „Without care, no-one will get better. But if the doctor doesn't operate, then there's not much to care for…"

Discussion and conclusion
With this comprehensive survey into the concept of care, roles and profession, opportunities and obstacles in inter- professional cooperation can be found. Measures to expand competencies and improve inter-professional cooperation go hand in hand with the clarification of roles and contribute to the continued supply of high-quality care.
The core competence of nurses is seen by both occupational groups as being in the area of patient contact and relationship building and the role of mediator between patient and doctor. So that this can succeed in everyday life, binding regulations, suitable framework conditions and mutual understanding need to be created.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Literature

Burnard, Philip: a method of analyzing interview transcripts in qualitative research. Nurse Education Today, 1991, 11, 461 – 466

Hopf, C. (2008). Qualitative Interviews - ein Überblick. In U. Flick, Qualitative Forschung (S. 349-360). Hamburg: Rowolth Taschenbuch Verlag.

SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung
im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung Gutachten 2007
Kurzfassung http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf 24.07.2012

AUTORES/AUTHORS:
Thomas Schwarze, Sabine Hahn, Dirk Richter

TÍTULO/TITLE:
Is There a Consensus on Good Practice in Psychiatric Nursing?

Objectives
According to numerous authors, psychiatric care is in a crisis (1). In contrast to other professions within psychiatry, psychiatric nursing practice is often not well structured. It is also frequently focused on ward and patient management. In the last few years in German speaking countries, there has been a change regarding what defines the elements and characteristics of good psychiatric nursing practice. Psychiatric nursing has been challenged by new concepts such as recovery, social inclusion, empowerment, coaching and motivational interviewing (2, 3). Continental Europe still has much work ahead of it before these approaches can be successfully implemented into everyday practice.
The objective of the study, conducted by the University of Applied Science Berne, Health Section, was to identify the core elements of good practice in psychiatric nursing. By analyzing the previously mentioned concepts, direction was provided as to where psychiatric care and support should evolve within the next few years.
Methods
The concepts recovery, empowerment, social inclusion, coaching and motivational interviewing were investigated for both similarities and differences. A matrix for synthesis based on qualitative methods for comparison of concepts was developed (4, 5). Almost exclusively Anglophone studies were retrieved during a literature search in Pubmed and Psychinfo databases, and they were then evaluated utilizing this matrix.
Based on this literature review, the core elements of good psychiatric nursing were identified and then discussed in three focus groups. These groups consisted of experienced users (n=6), relatives (n=9) and psychiatric nurses (n=8).
Subsequently, a two phase internet-based Delphi questionnaire, which was based on the results of the literature review and focus groups, was carried out. The first questionnaire contained statements regarding the goals and methods of good psychiatric nursing, the involvement of the users and relatives in decision making, information processing and the desirable personality characteristics of nurses,.
The second questionnaire was based on the results and comments of the first questionnaire. The statements under evaluation were then either formulated more precisely, or in case of clear consensus or dissent, were not investigated any further.
As the objective of a Delphi survey is to achieve a clear consensus regarding certain statements (6-8), the respondents were asked to give their consent (I strongly agree, I agree) or dissent (I strongly disagree, I disagree) via a Likert scale. 80% or more votes were regarded as consensus. The responses, “I strongly agree, I agree” and “I strongly disagree, I disagree”, were combined for analysis.
Results
80 persons participated in the Delphi questionnaire (24 users, 21 relatives, 35 psychiatric nurses).
The average age of the psychiatric nurses was 44 years (ranging from 30 to 59), the average age of the relatives was 64 years (ranging from 47 to 75) and for the users it was 51 years (ranging from 26 to 80). The users had, on average, 20 years of disease history (ranging from 6 to 40 years). In 15 cases relatives supported their children and in 6 cases they supported their spouse. Nurses had, on average, 18 years of work experience (ranging from 3 to 40 years) and they worked mainly with adults in stationary care settings.
In almost all areas of the survey, consensus was achieved. In regards to the objectives of psychiatric care, the following three areas were identified: social integration or inclusion, reduction of disease symptoms and personal development. The targets where consensus was reached were: nurses should be realistic and not too optimistic, they should raise hopes for personal development,

they should support acceptance of the disease and its integration into daily life, they should support an optimal personal development of the users and they should improve the autonomy and self-determination of the users. The definition of what the joint objectives between the nurses and the users were was also established. There was clear agreement that the objectives should be based on the daily life of the users at home, outside of the psychiatric care situation. Factors such as the respective disease phase, the biography and individual situation of the users as well as the users' needs and capabilities should also be considered. The responsibility that nurses assume in acute disease phases should be returned back to the users as soon as possible, in order to relieve the pressure on them.

The work that psychiatric nurses engage in with users should be in principle open, it should develop perspectives and it should enable the users to practice and test their capabilities in everyday life. To be open denotes to search for a way of life that is congruent with the psychological and physical resources of the users. The practicing and testing of daily life activities is also a central part of psychiatric nursing care. Concurrently, any support provided should be based upon the principles of coaching. Consensus was reached regarding the importance of the joint development of a meaningful occupation or an employment perspective.

There was disagreement as to what extent relatives should be informed and involved in psychiatric care. Only 56% of the nurses felt that the relatives had a right to information even if they guaranteed care and support of the diseased person outside the hospital

There was no consensus as to whether or not relatives had a right to be involved to the utmost extent possible in the entire care and support process. Nurses and users agreed only moderately to this statement

All groups agreed more or less that relative should have the possibility to contribute their experiences in the training and education of nurses. No consent was reached regarding the active contribution to the development of any advanced education. Neither nurses nor users wanted their relatives to actively influence the development of the education contents. A collaboration of users in training and higher education is desired by only two third of the nurses.

All of those questioned rated respect and appreciation as being good characteristics for a psychiatric nurse. Other important characteristics for relatives and users were patience and also taking time for the users. Competence was rated as an important characteristic for a psychiatric nurse only among the nurses themselves.

However, group specific expectations regarding the characteristics of a psychiatric nurse also became evident. About one third of the relatives liked their experience as well as their resources to be used by nurses. Users consider the characteristic empathy as the most important characteristic. Nurses considered the competence to question themselves and their work as essential.

Conclusion

Users and their relatives, as well as psychiatric nurses, have a clear picture of the meaning of good psychiatric nursing practice. A respectful and appreciative relationship along with the collaborative development of goals, were highly valued characteristics in psychiatric nursing. Users should be individually supported and encouraged to pursue their personal goals.

Being goal orientated is the key point to be improved upon in psychiatric care. Consideration of individual resources and need is of high relevance. Objectives should, to a lesser degree, be based on the users' deficits, although this might be difficult in the clinical routine. While the situation in the hospital or on the ward is initially of the upmost of importance, the focus of all parties involved should be on the social situation outside of the hospital setting, with respect to social integration as well as to employment and occupation. The formation of a relationship as well as orientation to a goal can be a good support for psychiatric nurses, especially if they increasingly use recovery and empowerment concepts as guidelines.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Schulz, M. (2005). Neuorientierung und Paradigmenwechsel: Psychiatrische Pflege im Umbruch. Psych. Pflege heute, 11: p. 256-263.
2. Cutcliffe, J.R. and Ward, M.F., Key debates in psychiatric/mental health nursing. 2006, Edinburgh: Churchill Livingstone.
3. Powers, P. (2003). Empowerment as treatment and the role of health professionals. ANS Adv Nurs Sci, 26(3): p. 227-37.

4. Pope, C., Mays, N., and Popay, J., Synthesizing Qualitative and Quantitative Health Evidence. 2007, Maidenhead: Open University Press.
5. Finfgeld, D.L. (2008). Qualitative comparison and synthesis of nursing presence and caring. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 19: p. 111-119.
6. Häder, M. and Häder, S., eds.: Die Delphi-Technik in den Sozialwissenschaften: Methodische Forschungen und innovative Anwendungen. 2000, Westdeutscher Verlag: Wiesbaden.
7. Hasson, F., Keeney, S., and McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. J Adv Nurs, 32(4): p. 1008-15.
8. Keeney, S., Hasson, F., and McKenna, H.P. (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. Int J Nurs Stud, 38(2): p. 195-200.

AUTORES/AUTHORS:
MELTEM YILDIRIM, PINAR KARATAS, GOKCE NESE KILIC, SELIN GUNEY, BUSRA TUNCDEMIR, SEVIM DURSUN

TÍTULO/TITLE:
THE EFFECT OF OBESOGENIC FOOD ADVERTISING ON JUNK FOOD CONSUMPTION AMONG 4-6 YEARS OLD CHILDREN

Objectives: The increased incidence of chronic diseases in developing countries is mainly related with childhood obesity (Kelishadi 2007). There are many individual, familial and environmental factors which can cause weight gain and imbalanced nutrition in children. One of these factors is obesogenic food advertisements (Kelly et al 2008, Powell et al 2007). TV advertisements have an important place on children's choice of food. Furthermore, the risk for childhood obesity rises with the increased time that the children spend by watching television (Anschutz et al 2009, Neville et al 2005). Children are undefended against food advertisements and their perception of what "food" is also changing with obesogenic food advertising (Neville et al 2005, Harrison and Marske 2005). Food advertisements mostly published between the times the children watch television. Advertisements published during this period of time are the ones which are low in nutrient density and conflict with a healthy diet (Neville et al 2005). The purpose of this was to investigate the effect of obesogenic food advertising on junk food consumption among 4-6 years old children.

Methods: A controlled experimental study design was used with 40 children aged between 4-6 in a daycare center in Istanbul, Turkey between 05-14-2012 and 05-25-2012. Written permission was obtained from the daycare center. Informed consent was obtained from the parents and the children were asked for their participation. There were one experimental group and one control group. Every group contained of 20 children. The children invited one by one to a private room which has a television, couch and junk foods on a coffee-table. Junk foods are consisted of chips, pop-corn, soft-candy, chocolate, and fruit juice. Children in the experimental group watched a well-known cartoon movie for 17 minutes. The cartoon movie was contained of 2 minutes' food advertisement periods for two times. The first period started in 5th minute and second one started in 12th minute. The children in control group only watched the cartoon movie. All junk foods consumed by children were recorded by amount per minutes. Child's demographic characteristics, eating habits, features that are associated with television viewing were asked to parents. The data were evaluated by descriptive statistics, Independent Sample t-test and One Way ANOVA.

Results: Forty-five percent of the parents stated that they allowed their child to watch advertisements to feed them easily or to keep them calm in their babyhood. Sixty percent of the parents stated that their children want to eat junk food while watching television. Forty-two point five percent of the parents stated that their child eats junk food every day. Forty-two point five of the children want their parents to buy the junk food they see in the advertisements. The total amount of chips eaten was found 22.95±10.4 in the experimental group and 13.6±7 in the control group ($p<0.01$). The total amount of soft-candy eaten was found 11.7±5.71 in the experimental group and 6±2.77 in the control group ($p<0.001$). There were no statistically significant differences between experimental and control groups in terms of pop-corn, chocolate and fruit juice consumption. It was found that the girls first started to eat the junk foods in average 0.34±0.34 seconds while the boys first started to eat in average 2.14±3.23 seconds ($p<0.05$). The children who were allowed to watch advertisements in their babyhood to be fed or to be calm, first started to eat the junk foods in average 0.45±0.69 seconds, while the ones who didn't allowed first started to eat in average 1.89±3.15 seconds ($p<0.05$).

Discussion: With the increased incidence of childhood obesity; the researchers focused on the possible reasons and pointed that television watching times of children is correlated with childhood obesity. In this study; it was found that junkfood consumption during television viewing is mainly affected by food advertising. Parents have an important role in the food selection for their children. However; children make their own selections with their pocket money and these selections are mainly affected by food

advertisements (Harrison and Marske, 2005). In this perspective; the parents should be informed about the possible risks of wrong food selection. Also the parents should control the child's television viewing hours and the advertisements running during these hours. Not only the children should be under control. The parents' television viewing habits also have a key role. Therefore; the frequency of television viewing of child and parents should be considered together (Borzekowski and Robinson 2001). Sometimes, parents or relatives can choose junkfood as a reward for the child. Especially parents should avoid rewarding their child with junk food and in general; more healthy foods (fruits, fruit juices) should be given instead of junk food.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Kelishadi, R (2007) Childhood Overweight, Obesity, and the Metabolic Syndrome in Developing Countries, Epidemiol Rev, 29:62–76.
2. Kelly B, Hattersley L, King L, Flood V (2008) Persuasive food marketing to children: use of cartoons and competitions in Australian commercial television advertisements. Health Promotion International, 23(4):337-344.
3. Powell LM, Szczypka G, Chaloupka FJ (2007) Exposure to Food Advertising on Television Among US Children. Arch Pediatr Adolesc Med,161:553-560.
4. Anschutz DJ, Engels, RCME, Strien TV (2009) Side effects of television food commercials on concurrent nonadvertised sweet snack food intakes in young children. American Journal of Clinical Nutrition, 89:1328–33.
5. Neville L,Thomas M, Bauman A (2005) Food advertising on Australian television: the extent of children's exposure", Health Promotion International, 20(2):105-112.
6. Harrison K, Marske AL (2005) Nutritional Content of Foods Advertised During the Television Programs Children Watch Most, American Journal of Public Health, 95(9):1568-1574.
7. Borzekowski DL, Robinson TN (2001) The 30-second effect: an experiment revealing the impact of television commercials on food preferences of preschoolers, Journal of the American Dietetic Association, 101(1):42-46.

Mesa de comunicaciones 18: Promoción de la salud

Concurrent session 18: Health promotion

AUTORES/AUTHORS:
Maria Dueñas, Maria Jesus Medialdea, Anna Bocchino, Isabel Lourdes Lepiani

TÍTULO/TITLE:
EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE ALUMNOS DEL GRADO DE ENFERMERÍA RESPECTO AL PROCESO FORMATIVO

Objetivos
La Universidad española se encuentra inmersa, como el resto de las europeas, en un proceso de reforma de la educación superior que tiene como fin igualar los sistemas educativos en el marco de un Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Además, con dicha transformación, el sistema educativo universitario pasa de una metodología basada en la enseñanza a otra basada en el aprendizaje, lo que implica un mayor desarrollo del trabajo autónomo del alumnado y una reducción de las horas de clase presenciales en el aula (Zabalza, 2003; Gené y Pividori, 2007).
La evaluación de estas nuevas metodologías, para poder garantizar una calidad universitaria, está orientada a mediar factores institucionales relacionados con el profesorado y el alumnado. (González, 2003: Tejedor, 2002; Fernández Rico et al., 2007; Tejedor y García-Valcárcel, 2007).
Una vez puesto en marcha en nuestro Centro los nuevos planes de estudios para formar parte del E.E.E.S., nos propusimos medir, analizar y realizar un seguimiento de la satisfacción del alumnado de Grado en Enfermería respecto a diferentes aspectos del proceso formativo adaptado al E.E.E.S.

Métodos

Diseño: Se llevó a cabo un estudio de seguimiento a 59 alumnos que comenzaron sus estudios en 1º de Grado de Enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería “Salus Infirmorum”.

Instrumentos: Para evaluar la satisfacción respecto al proceso de enseñanza se les administró a los alumnos durante los cursos 2009-2010, 2010-2011 y 2011-2012, respectivamente, el cuestionario autoadministrado y anónimo “Encuesta para medir el índice de satisfacción del alumno en el Centro”, elaborado y validado por la Escuela Universitaria de Arquitectura Técnica de Madrid en 2005 (E.U.A.T.M, 2005). El cuestionario consta de 32 ítems, que se agrupan en 7 áreas cuya escala de valoración está definida en una escala tipo Likert de 1 al 5, (1:nada de acuerdo y 5: totalmente de acuerdo). Estas áreas están relacionadas con el proceso formativo: organización de la enseñanza, instalaciones e infraestructuras para el proceso formativo, plan de estudios y su estructura, acceso y atención al alumnado, proceso enseñanza-aprendizaje, conocimientos básicos, y habilidades desarrolladas. Además, se incluyó en el cuestionario preguntas sociodemográficas, así como vías de acceso al Grado (Bachillerato, formación profesional, prueba de acceso para mayores de 25 años u otras titulaciones) y si enfermería fue la primera opción. Tras realizar el análisis de fiabilidad se obtuvo un Alfa de Cronbach del 0,911, que se puede considerar un resultado de fiabilidad muy bueno.

Análisis: Se realizó primeramente un análisis descriptivo de los datos y para analizar la evolución del grado de satisfacción en los tres cursos se realizaron comparaciones de las puntuaciones medias, utilizando ANOVA y test de Kruskal-Wallis.
Para todos los análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19.0.

Resultados

Del total de 59 alumnos a los que se les realizó la encuesta, el 81% eran mujeres, el 62.7% tenían entre 18-20 años, 73% procedían de bachillerato y 84.7% eligieron para estudiar enfermería como primera opción.
Las puntuaciones de todas las áreas de la encuesta superaron la puntuación de 2.6 (sobre 5) en todos los periodos del seguimiento. El área mejor valorada en los tres cursos fue “conocimientos básicos” (1º: 3.94; 2º: 3.84; 3º: 3.97) y la que obtuvo la puntuación más baja fue “instalaciones e infraestructura” (1º:2.88; 2º:2.63; 3º:2.83). En general, a lo largo de todo el seguimiento, comparando las puntuaciones medias de las distintas áreas de la encuesta entre los tres cursos, se obtuvo que en todas ellas disminuyeron en el

segundo curso con respecto al primero, aumentando de nuevo las puntuaciones en el tercer curso. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas sólo en las áreas de “organización de la enseñanza” (1º: 3.81; 2º:3.51; 3º: 3.82; p<0.001) y “plan de estudios y su estructura” (1º:3.39; 2º:3.29; 3º:3.63; p=0.001).

Discusión

En general, la satisfacción de los alumnos respecto a los diferentes aspectos del proceso formativo es adecuada basada en las elevadas puntuaciones obtenidas en todos los aspectos evaluados.

Las diferencias encontradas entre los dos primeros cursos, puede ser debido a que los alumnos de nuevo ingreso no son capaces de manifestar su insatisfacción y una vez que están familiarizados en el Centro y más integrados en el ambiente universitario, son más críticos con respecto a los diferentes aspectos del proceso formativo. El aumento de las puntuaciones en tercero, podría ser debido a las mejoras que se han producido en el Centro en distintos aspectos una vez realizada la encuesta en los dos primeros cursos.

Se ha visto en los últimos años que “Unas Universidades de Calidad” es un tema de gran interés. En la actualidad, el auge de las Nuevas Tecnologías, junto con el interés por la eficacia y la efectividad de los servicios y el elevado coste de la Educación Superior, están íntimamente unidos a “esa preocupación creciente por la calidad de las universidades”. Las propuestas para la evaluación de los procesos educativos coinciden en la importancia de tomar en cuenta el punto de vista de los estudiantes. Por lo tanto, se recomienda explorar la satisfacción del estudiante como una herramienta fundamental para cualquier institución educativa. Por todo ello, se ha considerado de interés conocer la opinión y satisfacción de los alumnos con respecto a distintos aspectos del proceso formativo, analizando la evolución de esa satisfacción y evaluar si se va mejorando o empeorando a lo largo de los años y así examinar los cambios en las expectativas y la satisfacción a lo largo del estudio del Grado en Enfermería en nuestro Centro.

La utilización de las encuestas para recoger información de los estudiantes, se inició en los años noventa, donde se utilizaban modelos de evaluación de la docencia, sustituyendo los modelos personales de evaluación por modelos de evaluación de carácter más institucional, evaluándose el profesorado como docente que participa en la enseñanza de una titulación, sin individualizar ni sus aciertos ni sus errores (Pascual Gómez, 2007). Estos modelos se centran en un conjunto de aspectos que condicionan sus procesos de enseñanza: instalaciones, organización académica, recursos, programas, métodos…..que son compartidos por los alumnos y que condicionan su rendimiento y nivel de satisfacción.

En líneas generales podemos considerar los resultados del estudio “muy satisfactorios” en todas las áreas, encontrando fortalezas en aspectos tan importantes como proceso enseñanza-aprendizaje y la publicación anticipada de los exámenes, favoreciendo así la planificación de horas de estudios del alumnado. Y el hecho de saber que el alumnado piensa que tanto los conocimientos básicos como las habilidades han sido cubiertas de forma notable, nos da la convicción de que el proceso formativo de nuestra Escuela se encuentra en “buen camino”. No obstante, se debe seguir mejorando los servicios para conseguir una mejor calidad en el proceso formativo del Centro.

Conclusión:

El resultado obtenido satisface todos los objetivos específicos planteados en el trabajo, y ofrece una propuesta de herramienta de evaluación de diferentes aspectos del proceso formativo en su adaptación al EEES por parte del alumnado.

Consideraciones éticas

La presente investigación cumple las premisas éticas de la declaración de Helsinki. El proyecto contó con el apoyo de la Dirección y

del Comité General de Calidad de la EUE Salus Infirmorum (c.a) ante los que se pidieron los permisos necesarios y fue muy bien acogido por los estudiantes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Escuela Universitaria de Arquitectura Técnica, Encuesta para medir el índice de satisfacción del alumno en el centro (EUATM). 2005. Recuperado el 10/08/2010, www.euatm.upm.es/ANECA/anexo.pdf.

Fernández Rico, J. Esteban, Fernández Fernández, Samuel, Álvarez Suárez, Alberto y Martínez Camblor, Pablo (2007). Éxito académico y satisfacción de estudiantes con la enseñanza universitaria. RELIEVE, v. 13, n. 2. http://www.uv.es/RELIEVE/v13n2/RELIEVEv13n2_4htm. Consultado en (Septiembre, 2012).

Gené, J.Pividori, M. I., 2007. Objetivos de aprendizaje y actividades cooperativas: experiencias para favorecer el aprendizaje autónomo en el área de la Química Analítica. Red Estatal de Docencia Universitaria. Seminario Internacional 2-07. El desarrollo de la autonomía en el aprendizaje.

González López, I. (2003). Determinación de los elementos que condicionan la calidad de la Universidad: aplicación práctica de un análisis factorial. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa, v9, n.1.Consultado en http://www.uv.es/RELIEVE/v9n1/RELIEVEv9n1_4.htm el 20 de abril de 2006.

Pascual, I., 2007. Análisis de la satisfacción del alumno con la docencia recibida: un estudio con modelos jerárquicos lineales. RELIEVE 13 (1), 127-138.

Tejedor, F. J. (2002). La Complejidad Universitaria del Rendimiento y la Satisfacción. En L.M. Villar. La Universidad. Evaluación Educativa e Innovación Curricular. Sevilla: Kronos. pp 3-40.

Tejedor, F.J. y García-Valcárcel, A. (2007). Causas del bajo rendimiento del estudiante universitario (en opinión de los profesores y alumnos). Propuestas de mejora en el marco del EEES. Revista de Educación, 342. pp. 443-473.

Zabalza, M. A., 2003. Competencias docentes del profesorado universitario: calidad y desarrollo profesional. 1ª. Narcea, Madrid.

AUTORES/AUTHORS:
Conceição Rainho, Cristina Antunes, Teresa Correia, Isabel Barroso, Amâncio Carvalho, Maria João Monteiro, Ana Romano, Elza Lemos, José Manuel Dias

TÍTULO/TITLE:
Percepción de bienestar psicológico y comportamientos de salud en estudiantes de la enseñanza superior

Las definiciones operativas de bienestar psicológico sostienen que el término se refiere a "la felicidad declarada", y que es visto como la diferencia entre la posición de un individuo en dos posiciones independientes, afecto positivo y el afecto negativo (Mangen & Peterson, 1982). En general, parece que el bienestar psicológico se ha asociado con una variedad de constructos, es decir, la satisfacción vital, la felicidad, el ajuste, el afecto, la moral y el bienestar subjetivo.

1– Objetivos: determinar la coherencia interna de la escala de bienestar psicológico en una muestra de estudiantes de la enseñanza superior; analizar las diferencias de género en la percepción de bienestar psicológico; relacionar la percepción bienestar psicológico con ingestión de medicinas, consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, en los últimos treinta días.

2- Métodos: se ha diseñado un estudio, observacional, descriptivo y transversal, los datos se recogieron través de uno cuestionario que incluía el cuestionario breve de bienestar psicológico CBEP (Grossi et. al, 2006) constituido por 6 ítems, cuja puntuación global varía entre cero, nivel mínimo e treinta, nivel máximo de bienestar; una puntuación superior presupone mejor percepción de bienestar. La coherencia interna de la CBEP se determino través el coeficiente de alpha Cronbach. En el análisis se aplicó la prueba t de student para determinar las diferencias entre dos medias de la muestra. Fueran adoptados los procedimientos para garantizar la confidencialidad de la información recogida.

3-Resultados: la muestra fue constituida por 302 estudiantes a frecuentar diferentes cursos de salud en la enseñanza superior, 82,8% mujeres y 17,2% hombres, con media de edades de 19,84 años y desvió estándar 2,77. En esto estudio la coherencia interna del CBEP resultó buena, el alpha Cronbach fue 0,85. La media de bienestar psicológico de los estudiantes fue 18,89 con un desvió estándar 4,67. Los hombres presentaron medias de bienestar psicológico significativamente superiores (21,25), con relación a las mujeres (18,40); (t = 4,096 (300 gl), p<=0,01). Los estudiantes que participaron, 60,9% dijo que usó medicinas en los últimos treinta días. En la análisis, cuando se asoció utilización de medicinas en los últimos treinta días y bienestar psicológico, los que no hicieron uso de medicinas presentaron una media de bienestar de 20,09, quien las ha utilizado la media fue de 18,06; cuando comparamos las medias de bienestar entre los que tomaron medicinas en los últimos treinta días y los que no, se observó una media de bienestar psicológico significativamente inferior en los estudiantes que tomaron medicinas (t = - 3,720 (295 gl), p<=0,01). Cuando cuestionados se habían consumido bebidas alcohólicas o tabaco en los últimos treinta días, contestaron afirmativamente 55,6% e 20,5%, respectivamente. Al relacionarlos con bienestar psicológico, no observamos diferencias en las medias de los grupos que consumieron aquellas sustancias y los que no lo habían hecho.

4- Discusión: en este estudio hemos utilizado la versión abreviada del Cuestionario de Bienestar Psicológico, que mostró una buena coherencia interna (0,85); el coeficiente alfa obtenido en el estudio realizado por Grossi et al. (2006) fue de 0,60 (con la participación de 440 estudiantes universitarios). En nuestra muestra observamos que los hombres presentaron medias de bienestar psicológico significativamente superiores con relación a las mujeres, lo que va de acuerdo con lo que refieren Bussey & Bandura, (1999), las mujeres tienen para soportar la discriminación en todos los ámbitos, a partir de su propia familia para la sociedad, lo que puede afectar su bienestar y personalidad en general.

El bienestar psicológico es significativamente inferior en los que han tomado medicinas en los últimos treinta días, pero cuando el bienestar psicológico es relacionado con el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas no se observaron diferencias, lo que nos puede indicar que estas sustancias no parecen afectar el bienestar de estos estudiantes, y con frecuencia ayudan a desinhibir en la relación social. Todavía el uso y abuso de sustancias, específicamente tabaco y alcohol, constituyen un fenómeno complejo que tiene consecuencias adversas en la salud de los estudiantes. Este estudio va proporcionar informaciones que fundamentarán intervenciones preventivas, que envolvieran educación por los compañeros y las intervenciones preventivas serán direccionadas al refuerzo del bienestar y refuerzo de capacidades que permitan opciones saludables. También las estrategias y contenido de las mismas variarán de acuerdo a la etapa de adquisición de hábito en que el estudiante se encuentre y a los factores de riesgo presentes. De acuerdo con lo anterior, los jóvenes tiende mostrarse más motivados y con un éxito superior para el cambio (Werch, 2001). Luego es importante estudiar la percepción del bienestar psicológico, en este sentido, surge la necesidad de producir conocimiento útil en el desarrollo de esta investigación, cuya aplicación nos permitirá desarrollar una intervención fundamentada y contribuir a mejorar la calidad de vida y el bienestar de los estudiantes. Concordamos con Tsouros, Dowding, Thompson & Dooris (1998) cuando refieren que las universidades son instituciones de enseñanza que pueden hacer muchas cosas para promover y proteger la salud de los estudiantes y ser un recurso para la salud de la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. In L. Pervin, and O. John (Eds.), Handbook of personality (2nd eds.). New York: Guilford Publication.

- Damasio, B. F., Machado, W. L., & Silva, J. P. (2001). Estrutura fatorial do Questionário de Saúde Geral (QSG-12) em uma amostra de professores escolares. Aval. psicol.10, (1), pp. 99-105.

- Grossi, E., Groth, N., Mosconi, P., Cerutti, R., Pace, F., Compare, A., & Apolone, G. (2006 ahead of print). Development and validation of the short version of the Psychological General Well-Being Index (PGWB-S). Health and Quality of Life Outcomes. Recuperado em Junho de 2010, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1647268/pdf/1477-7525-4-88.pdf.

- Werch EC. (2001). Intervenciones Preventivas de Alcohol basadas en un modelo de etapas de Adquisición. Am J Health Beh 25(3), 206-16.

AUTORES/AUTHORS:
AURORA ESTEVE CLAVERO

TÍTULO/TITLE:
Problemas de salud del adolescente diferencias con la edad adulta.

1.Objetivo(s)
Los objetivos de este trabajo son determinar si para problemas de salud particularmente importantes en la adolescencia/ juventud existen diferencias con la edad adulta.
Determinar en que medida persisten en la edad adulta problemas de salud que la literatura ha identificado como especialmente relevantes en la etapa de la adolescencia.
Accidentes de tráfico
Conductas adictivas
Salud Mental
Alimentación.

2. Métodos
Se plantea un estudio analítico transversal, en el que se analizan datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud (1) 2006 que realiza el Ministerio de Sanidad español. Se obtiene información de la conducta de los encuestados en relación con los siguientes aspectos: seguridad vial, conductas adictivas, salud mental y hábitos alimenticios.

Variables analizadas
Las variables analizadas en relación a los accidentes de tráfico son el uso de casco y el uso de cinturón de seguridad cuando se viaja en ciudad y cuando se viaja en carretera, y cuando se viaja como acompañante o como conductor.
Para las conductas adictivas, las variables analizadas se relacionan con el
consumo de tabaco (fumadores /no fumadores. Nº de cigarrillos) y con el consumo de alcohol (tipo de alcohol, cantidad de alcohol consumida, días de consumo)
Para la salud mental se analizan variables relacionadas con la sensación que sobre sí mismos tienen los individuos, y varables que hacen referencia a la relación de los individuos con su entorno.
Las variables relacionadas con la alimentación se han analizado agrupándolas en tres conjuntos: los hábitos de desayuno, los hábitos de alimentación, y el seguimiento de una dieta.

Análisis de los datos:
En los ítems asociados a datos categóricos se han utilizado, en general, las categorías establecidas en la encuesta, si bien para alguna de las variables se ha reducido el número de categorías, agrupando varias de ellas, con el fin de obtener una mejor interpretación de los resultados.
Tal y como se ha señalado anteriormente, el objetivo del presente estudio es determinar en que medida persisten en la transición hacia la edad adulta los problemas de salud que la literatura ha identificado como especialmente difíciles en la etapa de la adolescencia. Con este objetivo se ha contrastado, para estos problemas de salud, la existencia de diferencias entre dos grupos de población: los adolescentes tardíos / jóvenes (aquellos individuos entre 17 y 25 años) y los adultos (personas mayores de 25 años y menores de 51). Se ha optado por limitar la edad de los adultos a los 51 años con el fin de que el grupo con el que se comparan los adolescentes contenga información de los problemas de salud de la edad adulta, sin incluir otros problemas correspondientes a

edades más tardías del desarrollo humano.

Para el caso de las variables categóricas (la mayor parte de los ítem analizados se corresponde con este tipo de variables) la diferencias entre ambas poblaciones se han analizado utilizando el test de la Chi cuadrado de Pearson, a través del cual se contrasta la existencia de independencia entre dos atributos. En aquellos casos en los que las categorías son 2, se aplica el anterior test con la corrección de Yates.
Para las variables de tipo numérico se contrasta la igualdad de las medias (contraste de la t de Student) y de las medianas (test rangos de Wilcoxon) de la muestra (datos de la encuesta). Se realizan dos tipos de contraste: el contraste de la t de Student. En el caso de las medias, previo al contraste de igualdad enunciado, se analiza, a través del test de la F, la igualdad de varianzas entre lo dos grupos estudiados (adolescentes y adultos). El contraste de la t de Student se formula en base a la aceptación o rechazo de la mencionada igualdad de varianzas.

3. Resultados

Accidentes de tráfico
En este apartado se analiza el uso del casco y del cinturón de seguridad cuando se circula por carretera o ciudad y se conduce o se es acompañante. En todos los casos, más del 90% de los adolescentes y de los adultos utilizan el cinturón de seguridad. Ahora bien, se han detectado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos cuando circulan por ciudad como acompañantes, un 10% de los adolescentes no usa el cinturón habitualmente, frente a un 6.2% de adultos.
En el caso del uso del casco la situación es similar: hay diferencias entre ambos grupos cuando circulan por ciudad: el 11.6% de los adolescentes no siempre usa casco, frente al 6.1% de adultos

Conductas adictivas
Se analiza si existen diferencias entre adolescentes y adultos en el cuanto al consumo de tabaco y alcohol. En los resultados obtenidos no se han detectado diferencias estadísticamente significativas en el número de fumadores, donde en términos proporcionales, hay más fumadores en el grupo de los adultos. Sí hay diferencias entre ambos grupos en cuanto al número de cigarrillos que los fumadores habituales suelen consumir: los adultos fuman más que los adolescentes lo que confirma que la adquisición del hábito de fumar en la adolescencia continúa en la edad adulta y que la adicción genera un mayor consumo en el largo plazo.
Por otro lado, se detecta que el consumo de los tipos de alcohol está relacionado con la edad. Las diferencias principales se encuentran en el consumo de vino o cava (mayor en adultos) y el consumo de aguardiente y otros licores (mayor en el grupo de adolescentes). También hemos detectado diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de cada tipo de alcohol consumido por los grupos analizados, llama la atención que en todos los casos los adolescentes consumen cantidades más altas que los adultos. Por último se han analizado los días en que cada tipo de alcohol se consume. Los adolescentes se concentran principalmente en el consumo de fin de semana y cada vez que consumen alcohol, consumen más que los adultos resultando en patrones de consumo muy diferentes entre los dos grupos. Los adolescentes beben cantidades mayores en un espacio más corto de tiempo.

Salud mental
Sólo para dos elementos se han detectado diferencias estadísticamente significativas, y los resultados muestran que el problema es mayor para los adolescentes que para los adultos. Concretamente, frente a los adolescentes es más frecuente que los adultos hablen de problemas domésticos en el hogar o tomen, en ese ámbito, decisiones importantes de forma conjunta con el resto de

miembros del hogar.
Alimentación
Para los hábitos de desayuno, los resultados muestran que los alimentos tomados en el desayuno son bastante similares para los dos grupos analizados. Destaca el mayor porcentaje de adolescentes que no toma nada para desayunar (un 7,5% frente a un 3,3% de adultos)
En cuanto al consumo de alimentos destaca que el grupo de los adolescentes tiene un menor consumo de frutas, verduras y legumbres. Y un consumo mayor de embutidos, dulces y refrescos azucarados, en relación con los adultos.
El análisis de las variables relativas al seguimiento de dietas muestran que los adultos siguen en mayor medida dietas. Ahora bien, cuando se analizan los motivos llama la atención que, entre aquellos adolescentes que siguen una dieta, la mayor parte lo hacen para adelgazar. Es más, en términos porcentuales, hay más adolescentes (45.7%) que adultos (40.2%) que siguen dietas para adelgazar.

4. Discusión.
La Organización Mundial de la Salud (2) define al grupo adolescente como la población entre los 10 y 19 años. Aunque cada vez más, en los países desarrollados, se habla de la prolongación de la adolescencia (adolescencia tardía o juventud), considerando el inicio de la edad adulta a los 25 años. La adolescencia constituye en nuestra sociedad un grupo claramente diferenciado, cuyos problemas en el ámbito de la salud son de gran importancia. En este periodo se adquieren hábitos relevantes para la salud, tanto positivos, como negativos o de riesgo (3). Podemos decir pues, que durante la adolescencia se establecen los cimientos de la salud de la edad adulta.
Son muchos los trabajos que analizan conjuntamente los problemas de salud de la adolescencia y juventud(4,5,6,7). Así mismo son muchos los trabajos que se preocupan de la salud de los adolescentes y en los que se identifican un conjunto de problemas de salud relacionados con las conductas de riesgo, que afectan especialmente a la adolescencia y que ponen en peligro no solo su salud actual, sino también la futura (8,9,10,11,12).
En el presente trabajo se analiza en qué medida los hábitos poco saludables que se adquieren en la adolescencia prevalecen en el período de transición hacia la edad adulta. Con ese fin se ha analizado si, en relación con dichos hábitos, existen diferencias entre dos poblaciones: la formada por los individuos con edades comprendidas entre los 17 y los 24 años (adolescentes), y la conformada por individuos cuya edad se encuentra limitada en el intervalo de los 25 a los 50 años (adultos). Los datos se han obtenido de la última encuesta nacional de salud de España (ENS) 2006.
En relación con conductas de riesgo relacionadas con los accidentes de tráfico se ha detectado que cuando se circula por carretera o se conduce, el colectivo de adolescentes no tiene una conducta diferente a la del colectivo de adultos. Sin embargo cuando se circula por ciudad o se es acompañante, el uso del casco y del cinturón de seguridad es más frecuente en la población adulta.
En relación con las conductas adictivas, nuestros resultados confirman que la adquisición del hábito de fumar en la adolescencia continúa hasta la edad adulta y que la adicción genera mayor consumo a largo plazo. En cuanto al alcohol, se han encontrado diferentes patrones de consumo en los grupos analizados: los adolescentes beben mayores cantidades en un espacio corto de tiempo. Este comportamiento de riesgo de adolescentes detectados en diversos estudios, persiste en la transición hacia la edad adulta y por lo tanto, indica que podría convertirse en un problema de salud en la edad adulta.
En lo relativo a salud mental, tan solo en dos puntos concretos se ha detectado que los adolescentes tienen, potencialmente, más problemas que los adultos: es menos frecuente que los adolescentes hablen de problemas domésticos en el seno del hogar o tomen, en ese ámbito, decisiones importantes de forma conjunta con el resto de miembros del hogar.
Para los hábitos alimentarios, los resultados de las pruebas estadísticas muestran, que el consumo de alimentos saludables es menor en adolescentes que en adultos, mientras que el consumo de alimentos poco saludables es mayor en aquellos. Al analizar los motivos por los que se sigue una dieta, llama la atención que, para los adolescentes la causa mayoritaria está relacionada con la

imagen corporal: deseo de adelgazar.
En resumen, el presente trabajo pone de manifiesto que gran parte de los hábitos poco saludables que se detectan en la adolescencia, persisten en la juventud y en la edad adulta. Resulta, por tanto, necesario reforzar las acciones educativas dirigidas a los adolescentes hacia la disminución de comportamientos de riesgo que pueden tener una incidencia negativa en su salud y calidad de vida cuando alcancen la edad adulta.

Implicaciones para la práctica
Los resultados obtenidos en el presente trabajo permitirán mejorar programas de salud del adolescente ya existentes, así mismo ayudarán al diseño de nuevos programas de salud que contengan actividades dirigidas de forma específica a disminuir las conductas de riesgo de los adolescentes.
Así mismo abre la posibilidad de estudiar la necesidad de creación de unidades específicas de atención a adolescentes/ jóvenes en el ámbito de los sistemas de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía
1 Instituto Nacional de Estadística (INE) 2008 . Encuesta Nacional de salud 2006. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase
2 Organización Mundial de la Salud Comité de expertos. Necesidades de salud del adolescente. Serie de informes técnicos. 1977; nº 609
3 Jessor, R. Adolescent development and behavioural health. En J.D. Matarazzo, N. Miller, C. Weiss y J. Herd (Dirs), Behavioral Health. A handbook of health enhancement and disease prevention. New york; Wiley.
4 Mulye, T.P.; Park, M.J. Neson C.D.; Adams, S.H.; Irwin, C.E.; Brindis, C.D. (2009) Trends in adolescente and young adult health in the United States. Jounal of adolescent health 45: 8-24.
5 Ott, M.A. Rosenberger, J.G. McBride, K.R. Woodcox, S.G. (2011) How do adolescents view health? Implications for state health policy. Journal of Adolescent Health 48: 398–403
6 Reavley, N.J.; Cvetkovski, S.; Jorm, A.F.; Lubman, D.I. (2010) Help-seeking for substance use, anxiety and affective disorders among young people: results from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 44:729–735
7 Rodríguez, A., Goñi, A. y Ruiz de Arzúa, S. (2006). Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia. Intervención Psicosocial, 15, 81-94
8 Stewart, S.D. Menning, C.L.(2009) Family structure,non resident father involvement, and adolescent eating patterns. Journal of Adolescent Health 45:193-201

9 Merino, B., coord (2008). Ganar salud con la juventud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, España.
10 Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Barnekow & Rasmussen, V. (Ed) (2004). Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. European Region. World Health Organization
11 Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2006-2007
12 McCoy, S.I., Jewell, N.P. Hubbard, A. Gerdts, C.E Doherty, I.A. Padian, N.S and Minnis, A.M. (2010) A Trajectory Analysis of Alcohol and Marijuana Use Among Latino Adolescents in San Francisco, California Journal of Adolescent Health 47 564–574

AUTORES/AUTHORS:
Mª Jesús Albar Marín, Violeta Luque Ribelles, Anna Bocchino, José Manuel Sevillano

TÍTULO/TITLE:
Empatía etnocultural en estudiantes de grado de enfermería de Andalucía Occidental

Introducción
La investigación sobre el constructo empatía etnocultural es muy reciente. Wang et al. (2003) lo definen como la empatía dirigida hacia personas de otros grupos raciales y étnicos, que son diferentes de nuestro grupo etnocultural y, desarrolla una escala para medirlo. Su modelo incluye cuatro componentes (Expresiones y Sentimientos Empáticos; Adoptando una Perspectiva Empática; Aceptación de Diferencias Culturales; y Conciencia Empática), que han sido confirmados posteriormente en adaptaciones realizadas a otros idiomas por Albar et al.(2012), Matricardi et al. (2006) y Rasoal et al. (2011).
La evidencia empírica obtenida sobre la relación de este constructo y sus componentes con las características sociodemográficas de las poblaciones de estudio es escasa. No obstante, algunos autores han puesto de manifiesto que la empatía etnocultural varía en función del sexo (Constantina, 2000; Cowan & Khatchadourian, 2003; Rasoal et al. 2009; Wang, 2003), mostrando las mujeres actitudes más positivas hacia la diversidad cultural que los hombres. Por otra parte, también se ha observado que los niveles de empatía etnocultural cambian en función de la exposición y trato con otros grupos culturales y étnicos diferentes al propio. En este sentido, Rasoal et al. (2009) estudiaron cuatro cohortes de estudiantes de psicología, medicina, trabajo social y enfermería para explorar si existían diferencias en los niveles de empatía etnocultural en función de que fueran programas del primer o último semestre, observándose que aumentaba el nivel solamente en los estudiantes de enfermería.
Dado que recientemente hemos realizado la validación y adaptación al español de esta escala, en este estudio exploramos si existen diferencias en la empatía etnocultural y sus cuatro componentes en función de algunas características sociodemográficas de estudiantes de grado de enfermería.

Objetivo: explorar si existen diferencias en la empatía etnocultural así como en sus cuatro componentes, en función del sexo, universidad y curso en estudiantes de grado de enfermería.

Metodología
Estudio descriptivo, analítico.
Ámbito de estudio: facultades de enfermería de las provincias de Sevilla, Huelva y Cádiz. Las dos primeras pertenecen a universidades públicas y la última a una privada.
Participantes: 441 estudiantes del grado de enfermería fueron seleccionados mediante un muestreo por conveniencia. La edad media de los participantes es de 21.6 años (DT= 5.96), en un rango de 18 a 44. El 81.6% son mujeres. 138 estudiantes (40.4%) pertenecían a la universidad de Sevilla, 132 (29.9%) a Huelva y 131(29.7%) a Cádiz. Respecto al curso, 198 (44.89%) eran de primero, 142 (32.19%) de segundo y 101 (22.90%) de tercero.
Instrumentos:
Escala de empatía etnocultural de Wang et al. (2003) adaptada al español por Albar et al (2012). Consta de 31 ítems distribuidos en las subescalas Expresiones y Sentimientos Empáticos (15); Adoptando una Perspectiva Empática (7); Aceptación de Diferencias Culturales (5); Conciencia Empática (4). Se mide el grado de acuerdo con los ítems en un formato de respuesta escala Likert de 5 puntos de “muy en desacuerdo” a “muy de acuerdo”. La subescala Expresiones y Sentimientos Empáticos refiere expresiones verbales de pensamientos y sentimientos empáticos hacia miembros de otros grupos étnicos; Adoptando una Perspectiva Empática, es la capacidad para entender cómo las personas con diferentes antecedentes étnicos piensan o sienten; Aceptación de Diferencias

Culturales, está relacionada con la aceptación de porqué las personas de otros grupos étnicos se comportan de una determinada manera, por ejemplo llevando sus trajes tradicionales, o hablando su propia lengua y, la Conciencia Empática, hace referencia a ser consciente de cómo la sociedad, los medios de comunicación y el mercado de trabajo trata a otros grupos étnicos.
Registro de datos sociodemográficos: edad, sexo, curso y universidad.
Procedimiento.
Recogida de datos: se llevó a cabo en las aulas de las facultades correspondientes, durante los meses de Abril y Mayo de 2012. Una vez el estudiante aceptaba participar y firmaba el consentimiento informado, cumplimentaba las escalas.
Análisis de datos: se calcularon los estadísticos descriptivos de las variables en estudio y se aplicó el test de ANOVA, y posterior corrección de Bonferroni (cuando las categorías de las variables lo permitían), para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas en las variables dependientes. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 18.0.

Resultados
Descriptivos de las variables dependientes. La muestra total alcanzó en Expresiones y Sentimientos Empáticos un valor de 3.75 (DT=.597) en una rango de 1.53 a 5.00. En Adoptar una Perspectiva Empática, la media fue de 3.20 (DT=.572) en una rango de 1.43 a 4.71. Aceptación de Diferencias Culturales, alcanza una media superior a las obtenidas en las otras subescalas (M=3.94; DT=.750) en un rango de 1.20 a 5.00. En Conciencia Empática, la media es 3.64 (DT=.723) en un rango del 1 al 5. En relación con los valores obtenidos en la escala total, la media fue de 3.63 (DT=4.92) en un rango de 1.80 a 4.83.
Los resultados del test ANOVA, ponen de manifiesto diferencias estadísticamente significativas para un valor $p<.05$ en los valores alcanzados en la escala total, en función del sexo ($F(1, 437) = 5.72$; $p= .017$) y, de la universidad ($F(2, 437) = 3.93$; $p= .020$). Respecto a las subescalas, se observan también diferencias estadísticamente significativas en Expresión y Sentimientos Empáticos en función del sexo ($F (1, 437) = 26.43$; $p=.000$), obteniéndose puntuaciones medias más altas en las mujeres. En la Aceptación de Diferencias Culturales en función del curso ($F (2,435)= 3.57$; $p=.029$), siendo tercero el que alcanza una media superior a primero y, de la universidad ($F (2,435)= 4.97$; $p=.007$). Finalmente, en Conciencia Empática, en función también de la universidad ($F(2,435)= 4.68$; $p=.010$). En ambas subescalas, es el alumnado de la universidad de Cádiz el que alcanza valores medios más bajos.
Discusión
El objetivo de nuestro estudio era explorar diferencias en la empatía etnocultural en función de variables sociodemográficas de estudiantes de grado de enfermería. Las diferencias encontradas en la empatía etnocultural así como en la subescala Expresión y sentimientos empáticos ponen de manifiesto que las mujeres tienen una mayor capacidad para expresar sentimientos empáticos. Este hallazgo apoya los resultados obtenidos en otros estudios (Constantina, 2000; Cowan & Khatchadourian, 2003; Rasoal et al. 2009; Wang, 2003), según los cuales las mujeres muestran actitudes más positivas hacia la diversidad cultural que los hombres. Esto puede ser explicado por las diferencias de género que existen en la educación emocional, siendo las mujeres quienes reciben una educación más centrada en lo emocional y afectivo (Sánchez, Fernández-Berrocal, Montañés & Latorre, 2008).
Por otra parte, hemos observado también diferencias en la empatía etnocultural y en la subescala Conciencia Empática en función de la universidad, siendo en la privada dónde los alumnos han obtenido puntuaciones más bajas. En este sentido, sería necesario explorar si la orientación política de los estudiantes puede influir en este resultado.
Por último, las diferencias encontradas en la Aceptación de Diferencias Culturales en función del curso, siendo mayor en los de tercero, puede interpretarse como resultado de una mayor adquisición de competencias en cuidados transculturales y y de sensibilización como consecuencia del trato con pacientes de otras etnias o culturas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Constantine, M. (2000). Social desirability attitudes, sex and effective and cognitive empathy as predictors of self-reported

multicultural counseling competence. Counseling Psychologist, 28, 857-872.
Cowan, C., & Khatchadourian, D. (2003). Empathy, Ways of Knowing, and Interdependence as Mediators of Gender Differences in Attitudes Toward Hate Speech and Freedom of Speech. Psychology of Women Quartely, 27(4), 300-308.
Matricardi, G., Albiero, P., & Bragaglia, M. (2006). L'empatia etnoculturale e la sua relazione con il pregiudizio: contributo alla validazione italiana della "Scale of Ethnocultural Empathy – SEE". In M.G. Monaci & G. Roccaro (a cura di). Atti del congresso Giornata aostana dei contributi dei giovani ricercatori di Psiclogia Dinamica, Clinica e dello Sviluppo. Visual Data, Torino, 54-59.
Sánchez, M.T., Fernández-Berrocal, P., Montañés, J., & Latorre, J.M. (2008). ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. Education & Psyschology. Research, Innovation and Solutions on line, 6(2), 455- 474.
Rasoal, C., Jungert, T. Hau, S., & Andersson, G. (2011). Development of a Swedish version of the Scale of Ethnocultural Empathy. Psychology, 9, 925-930.
Rasoal, C., Jungert. T., Hau, S., Edvardsson-Stiwne, E., & Andersson, G. (2009). Ethnocultural empathy among students in healthcare education. Evaluation & the Health Profession, 3, 300 -313.
Wang, Y.W., Bleier, J., Davidson , M., Savoy, H., Tan, J., & Yakushkko, O. (2003). The scale of ethnocultural empathy. Development, validation, and reliability. Journal of Counselling Psychology, 2, 221-234.

AUTORES/AUTHORS:
Raquel Rodríguez Morcillo, Antonio Frías Osuna, Rafael del Pino Casado, María del Carmen Vega Martínez, Pedro Ángel Palomino Moral, Antonio Jesús Ramos Morcillo

TÍTULO/TITLE:
Factores relacionados con los estilos de vida y el sentido de coherencia en estudiantes de Enfermería.

OBJETIVOS:
1. Analizar las características socio-demográficas de la muestra.
2. Determinar el sentido de coherencia (SOC-13) de los estudiantes de Enfermería.
3. Analizar las posibles relaciones entre las variables socio-demográficas y el sentido de coherencia (SOC-13).
4. Describir los estilos de vida (PLQ) relacionados con la salud de los estudiantes de Enfermería.
5. Identificar los factores relacionados con los estilo de vida (PLQ) en estudiantes de Enfermería.

MÉTODOS:
• Estudio descriptivo transversal.
• La población de referencia son estudiantes de Enfermería de la Universidad de Jaén matriculados en el curso académico 2011-2012.
• El tamaño de la muestra es de 384 estudiantes de Enfermería (91.5% del total de la población).
• El muestreo utilizado es por conveniencia.

Mediciones:
• Variables socio-demográficas, recogidas a partir del cuestionario autoadministrativo elaborado para este estudio, las cuales son: Edad expresa en años, sexo (hombre/mujer), curso (1º, 2º y 3º), orientación política en un rango del 1 al 7, donde 1 es izquierda y 7 es derecha; actitud religiosa en un rango del 1 al 7, donde el 1 es no creyente y el 7 es creyente; profesión del padre y de la madre (no sanitaria/sanitaria no universitaria/sanitaria universitaria), nivel de estudios del padre y de la madre (sin estudios/primarios/secundarios/universitarios), trabajo de la madre fuera de casa (siempre/ocasionalmente/nunca), colaboración del padre en las labores domésticas (siempre/ocasionalmente/nunca).

• El sentido de coherencia medido por medio del Cuestionario de Sentido de Coherencia (SOC 13), el cual fue validado por Javier Virués-Ortega, Pablo Martínez-Martín, José Luis del Barrio, Luis M. Lozano y el Grupo Español de Estudios Epidemiológicos sobre Envejecimiento, empleado como predictor de medidas en la salud objetiva y percibida, basándose en las dimensiones de: a) manejabilidad b) comprensibilidad y c) significatividad para personas mayores de 70 años (1).
El cuestionario está formado por unas instrucciones que sitúan al estudiante muestreado indicándole la finalidad del cuestionario y como debe contestar a éste. A continuación pasamos a las preguntas. Son concretamente 13 ítems, relacionados con temas personales. Las respuestas van a ser valoradas por medio de una escala que va del 1 al 7. A la hora de interpretar los datos, en algunas preguntas de este cuestionario, es necesario hacer su inversa, como es el caso de las preguntas 1, 2, 3, 5, 7 y 10.

• Los estilos de vida medidos a través The Personal Life Style Questionnaire (PLQ), validado en inglés por Muhlenkamp. A. F., & Brown, N. J. (1983, September) que mide las prácticas positivas de salud e incluye las siguientes dimensiones: a) control de salud, b) relajación, c) nutrición, d) seguridad, e) ejercicio y f) uso de sustancias (2, 3).
En este cuestionario, en primer lugar encontramos las instrucciones, que sitúan al estudiante, explicando cuál es su función y cómo

contestar a las preguntas. A continuación pasamos a 28 preguntas, que serán contestadas por medio de una escala de Likert del 1 al 4, siendo el 1 nunca, el 2 a veces, el 3 frecuente y el 4 siempre. En este cuestionario tenemos que tener en cuenta, que a la hora de interpretar los datos, tenemos que invertir las preguntas 13, 14, 16, 17, 20, 21 y 28.

Estrategia de campo:
• La recogida de datos se ha realizado durante las clases prácticas en 1º y 3º curso y en las clases teóricas en 2º curso de los estudios de Enfermería. Fueron pasados los tres cuestionarios en forma de cuadernillos tanto en turnos de mañana como en turnos de tarde. Dicho cuadernillos los cumplimentan de forma individual cada alumno en un tiempo aproximado de 15 minutos.

Análisis de los datos:
• Objetivos 1, 2 y 4: El análisis descriptivo se lleva a cabo mediante medidas de frecuencias, tendencia central y dispersión y sus correspondientes intervalos de confianza al 95%. Los cálculos descriptivos se han llevando a cabo mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows, excepto para el cálculo de los intervalos de confianza al 95%, donde se ha utilizado el programa Epidat 3.1.
• Objetivos 3 y 5: análisis bivariante utilizando correlación lineal entre dos variables cuantitativas (r de Pearson), diferencias de medias independientes y el análisis de varianza (t de Student) y diferencia de más de dos medias (ANOVA de una vía). Análisis multivariante mediante regresión lineal múltiple (variables dependiente continua). P<=0.05.

RESULTADOS:
La media de edad ha sido de 21,61 años, obteniendo un 79,7% en mujeres frente a un 20,3% en hombres, de los cuales el 34% corresponde al 1º curso, 30% al 2º y 36% al 3º, junto con una posición política centro-izquierda, una posición religiosa heterogénea, nivel de estudios del padre y de la madre secundarios en ambos casos, profesión del padre y de la madre no sanitaria en ambos casos, con madres que trabajan fuera de casa y con padres que ayudan en las tareas domésticas de la casa.

En el cuestionario SOC-13 obtenemos una puntuación media de 60.7 IC (59.6-61.7) (rango teórico: 7-91; a mayor puntuación, mayor sentido de coherencia).
En el análisis bivariante encontramos asociación estadísticamente significativa entre el curso y el SOC-13. En la regresión lineal múltiple, se mantuvo la asociación entre curso y SOC-13 (F=19,455; P=0,000). Dicha variable explica el 12,6% de la varianza del SOC-13.

Las puntuaciones medias en PLQ (a mayor puntuación, el comportamiento es más saludable) son: control de salud: 9,8 (rango teórico: 4-16), relajación: 15,3 (5-20), nutrición: 12,5 (4-16), seguridad: 19,8 (6-24), ejercicio: 7,1 (3-12) y uso de sustancias: 21,6 (6-24).
En el análisis bivariante encontramos asociación estadísticamente significativa entre la edad, el curso, la colaboración del padre en las tareas domésticas y el SOC-13, mientras que en el modelo multivariante están asociadas al PLQ: la edad (B = -0,152, p = 0,018), colaboración del padre en las tareas domésticas (B = -0,243, p = 0,000) y SOC-13 (B = 0,280, p = 0,000). El modelo explica el 14,2% de la varianza del PLQ.

DISCUSIÓN:
En este estudio se permite tener una aproximación de los estilos de vida de los/as estudiantes de Enfermería, reconociendo no sólo cada cuestionario de modo general, sino también basándonos en cada una de sus dimensiones y preguntas, y observando, tanto los resultados satisfactorios, como los menos favorecidos, de los cuales es necesario seguir realizando una revisión periódica para ver

su evolución en el tiempo.
Por todo ello, es necesario saber que los estilos de vida son considerados como uno de los elementos que determinan la salud, el bienestar y la calidad de vida (4, 5, 6, 7) y que son controlados por cada individuo y pueden ser modificados en cualquier momento (7) en cualquiera de sus dimensiones.
Los resultados encontrados permiten, proponer la hipótesis de que el sentido de coherencia es un adecuado predictor de los estilos de vida en jóvenes, por lo que su utilización en promoción de la salud podría ser beneficiosa. Estos resultados apoyan el establecimiento de líneas de investigación que analicen la promoción de estilos de vida en estudiantes universitarios.

En la muestra estudiada, el curso y el SOC-13 están asociados positivamente y dicha asociación se mantiene al controlar por la edad, con ello apoyamos la conclusión de Antonovsky de que el SOC-13 sería un constructo de creación y consolidación validado para una población superior a los 30 años. Ello nos lleva a proponer la hipótesis de que los estudios de enfermería permiten a los individuos aumentar su sentido de coherencia. Dicha hipótesis deberá se ser demostrada mediante los estudios pertinentes, ya que al aumentar el curso aumenta el sentido de coherencia, lo cual parece que los estudios/formación de enfermería contribuyen al sentido de coherencia o lo que deben de contestar cada estudiante en cada momento.

Las dimensiones con mejor estilo de vida son: uso de sustancias, seguridad, nutrición, relajación, control de salud y ejercicio.
Conforme aumenta la edad disminuyen los estilos de vida saludables, lo que hace que cada vez sea más necesaria las intervenciones de salud.
Los/as hijos/as cuyo padre ayuda en las tareas domésticas presentan estilos de vida más saludables, pueden mostrar una preocupación por hacer las cosas bien.
Al aumentar el sentido de coherencia, mejoran los estilos de vida, todo ello se apoya en estudios como: (Binkowska, 2010) (8), (Posadzky, 2010) (9), (Suraj, 2011) (10).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Virués-Ortega J, Martínez-Martín P, Del Barrio JL, Lozano LM. et 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): 486-92.

2. Muhlenkamp AF, Brown NJ. The development of an instrument to measure health practices. Paper presented at the American Nurses Association Council of Nurse Researchers Conference, Minneapolis. 1983

3. Brown N, Muhlenkamp A, Fox L, Osborn M. The relationship among health beliefs, health values, and health promotion activity. Western Journal of Nursing Research. 1983; 5: 155-163.

4. Allardt E. Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. En Nussbaum M. Sen A. (comps.), La calidad de vida. 1996; 126-134

5. Pérez M. Las cuatro causas de los trastornos psicológicos. Madrid: Universitas; 2003.

6. Suls J, Rothman A. Evolution of the biopsychosocial model: Prospects and challenges for health psychology. Health Psycholog. 2004; 23: 119-125.

7. Tercer Congreso de las Américas de Municipios y Comunidades Saludables. Declaración de Medellín “Mejor calidad de vida para los habitantes de las Américas en el Siglo XXI”. Medellín Colombia 1999.Disponible en: http:// www.who.org

8. Binkowska-Bury M, Januszewicz P. Sense of coherence and health-related behaviour among university students – a questionnaire survey. Cent Eur J Public Health. 2010; 18 (3): 145–150.

9. Posadzki P, Stockl A, Musonda P, Tsouroufli M. A mixed-method approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy and optimism: Towards the operationalization of positive health attitudes. Scandinavian Journal of Psychology. 2010; 51: 246–252

10. Suraj S, Singh A. Study of sense of coherence health promoting behavior in north Indian students. Journal Lint Indian J Med Res. 2011;134 (5): 645-652.

AUTORES/AUTHORS:
MARI CARMEN VEGA MARTINEZ, RAFAEL DEL PINO CASADO, PEDRO ANGEL PALOMINO MORAL, ANTONIO FRIAS OSUNA, RAQUEL RODRIGUEZ MORCILLO, ANTONIO JESUS RAMOS MORCILLO

TÍTULO/TITLE:
Validación de un cuestionario en promoción de salud: Cuestionario de Estilo de Vida Personal [PLQ].

OBJETIVOS
En este estudio describiremos las características socio-demográficas de la muestra estudiada y pretendemos obtener la validación transcultural del cuestionario de Estilos de Vida Personal [PLQ] en población universitaria española.

MÉTODOS
El desarrollo de conocimientos sobre estilos de vida saludables es una necesidad que está siempre presente y está supeditada a la disponibilidad de instrumentos fiables y válidos que midan prácticas que se consideren promotoras de salud. Entre las medidas disponibles para evaluar los estilos de vida en salud hay un instrumento desarrollado por Muhlenkampy Brown (1983) llamado Cuestionario de Estilo de Vida Personal (PLQ). El PLQ fue desarrollado para medir hasta qué punto los individuos se comprometen con las conductas de salud, o dicho de otra forma, para ver con qué frecuencia estos individuos participan en actividades de promoción de salud. Pensamos pues, que este cuestionario de Estilos de Vida “The Personal Life Style Questionnaire”, era perfecto para llevar a cabo nuestro trabajo sobre estilos de vida. El PLQ incluye las siguientes dimensiones: control de salud, relajación, nutrición, seguridad, ejercicio y uso de sustancias. Cabe decir que no hemos encontrado en España ninguna validación transcultural sobre el cuestionario PLQ.
Como se mencionó en el apartado de objetivos, este trabajo pretende validar la validación transcultural de dicho cuestionario. Para ello hemos tenido en cuenta la definición de Ortega Martínez, profesora de la Universidad de Jaén, la explica que la validación es un proceso de búsqueda de evidencias que sustenten las inferencias realizadas a partir del test, es decir, no se valida la prueba sino los usos/inferencias realizadas con ella. Además decidimos sentar nuestra base a un famoso libro “Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice” desarrollado por Polity Beck (2008) en el cual hay un capítulo dedicado al desarrollo y pruebas de instrumentos sujetos a validación comentando algunas premisas interesantes.
Adentrándonos más en el estudio en sí, es importante decir que es de tipo descriptivo transversal. Está compuesto por una población de 384 estudiantes (91.5% del total de la población) de Enfermería de la Universidad de Jaén durante el curso 2011 – 2012. Fue escogido el muestreo por conveniencia para poder desarrollar y llevar a cabo nuestra investigación.
Con respecto a las variables socio-demográficas, seleccionamos las siguientes: Edad, sexo, curso, orientación política, actitud religiosa, profesión del padre y de la madre, nivel de estudios del padre y de la madre, trabajo de la madre fuera de casa, colaboración del padre en las labores domésticas.
Realizamos la traducción – retraducción del citado cuestionario, añadiendo adaptaciones culturales y algunos cambios que, nosotros como investigadores, pensamos que pudieran aumentar la comprensibilidad del documento en los estudiantes universitarios. Creímos conveniente incluir además, 3 nuevos ítems decididos por consenso entre los investigadores participantes en el estudio. Por último realizamos una prueba piloto en doce personas con iguales características sociodemográficas a la población de estudio, y todo ello dio lugar a la versión final del cuestionario. Finalmente, procedimos a la entrega del cuestionario a los estudiantes universitarios.
La recogida de datos se realizó durante las clases prácticas y teóricas de los tres cursos de Enfermería. Tuvimos en cuenta que las fechas escogidas para el pase del cuestionario, no formaran parte de días o momentos que cargaran con algún tipo de estrés emocional, como por ejemplo, examenes.

Con respecto a nuestro análisis de datos, se distingue por una parte el análisis de la fiabilidad, mediante el análisis factorial exploratorio por el método de componentes principales, donde acordamos analizar la consistencia interna del instrumento a través del cálculo del alfa de Cronbach, al igual que para la consistencia de ítems dentro de las subdimensiones que se comportan como escalas. Por otra parte, para el análisis de fiabilidad test – retest, decidimos utilizar el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI). Los datos han sido analizados con el programa SPSS 15.0 (Statistical Package for Socila Sciences).

RESULTADOS

El PLQ fue cumplimentado correctamente por 362 alumnos, hombres y mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y 46 años, de los cursos primero, segundo y tercero del grado de enfermería. Tal titulación que compone la muestra, se constituye aproximadamente de 420 alumnos con respecto del total de alumnos de la Universidad de Jaén (UJA) que es de 13.000 alumnos. Resolvimos la fiabilidad de este cuestionario mediante el cálculo del alfa de Cronbach, el cual dio un resultado de 0.639, indicando una fiabilidad aceptable. Decidimos medir la reproducibilidad del PLQ mediante el cálculo del Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI), basado en un modelo de efectos aleatorios. En los resultados obtenidos de esta operación en el PLQ global, dio lugar a un CCI de 0.802 con un intervalo de confianza de 0.707 – 0.878 al 95% del nivel de confianza.

Hemos podido observar que la mayoría de los ítems se encuentran ubicados en la dimensión original; el resto de los ítems no coinciden aunque tienen una nueva ubicación lógica en otra dimensión a la original.

DISCUSIÓN

El proceso de trabajo que hemos desarrollado, permitirá disponer de dos instrumentos hasta ahora inéditos en población universitaria española, para su empleo en la investigación epidemiológica y también de su aplicación en proyectos y diseños vinculados a diferentes estrategias en Promoción de Salud. El PLQ de Muhlenkamp y Brown, es en la actualidad uno de los instrumentos más usados a nivel mundial para medir estilos de vida. La disponibilidad de la versión validada de este cuestionario, también va a permitir nuevas oportunidades de investigación en población universitaria.

En la versión validada del PLQ, hemos encontrado una aceptable consistencia interna y una adecuada estabilidad. Este instrumento ha manifestado un uso satisfactorio tanto en su análisis global como por dimensiones, por lo que hemos decidido realizar una propuesta de nueva clasificación de los 28 ítems en las 6 dimensiones del PLQ, debido a que hemos observado que este reordenamiento es bastante lógico.

Para finalizar, añadir que a partir de esta investigación, la comunidad científica podrá tener a su alcance y disponer de estos instrumentos para futuros proyectos de investigación sobre un colectivo de gran importancia, como es la población joven – universitaria, para la Promoción en Salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Mahon, E.; Yarcheski, Adela; Yarcheski, Thomas. Psychometric Evaluation of the Personal Lifestyle Questionnaire for Adolescents. Nursing & Health, 2002. 25, 68-75.

Hernández Mendo, Antonio. Psicología Del Deporte. (Vol. III) Aplicaciones 1. Tulio Guterman. Buenos Aires, mayo 2003.

D. Scott, Linda; D.S.N; C.F.N.P; L. Jacks, Linda; M.N.; R.N. Promoting Healthy Lifestyles in urban and rural elders. Online Journal of Rural Nursing and Health Care, 2000. Vol. 1, no. 2.

Denise F. Polit, y Cheryl Tatano Beck. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Lippincott Williams &Wilkins; Ninth, North American Edition. August, 2011. Chapter 18. Pp. 474 – 495.

Mesa de comunicaciones 19: Profesión / Gestión

Concurrent session 19: Nursing Profession / Management

AUTORES/AUTHORS:
CONCEPCIÓN ROMERO BRIOSO, MARIA DOLORES ALEX SANCHEZ, MARIA JOSE ANTÚNEZ DOMINGUEZ, PILAR NARANJO CORTES, CARMEN GONZALEZ FERNANDEZ, CARMEN LUPIÓN MENDOZA, CARIDAD GARCÍA BRIZ, MARIA EUGENIA ACOSTA MOSQUERA, JESUS RODRIGUEZ-BAÑO

TÍTULO/TITLE:
Percepción de profesionales sanitarios sobre prácticas de aislamiento para prevención y control de infecciones

La seguridad clínica es un componente fundamental de la calidad asistencial que se presta. Para ello, es necesaria una cultura de seguridad adquirida por la organización y cada uno de los profesionales que desarrollan la actividad asistencial sanitaria, siendo la formación uno de los elementos claves para adquirir esa cultura(1)
El profesional de Enfermería, por estar en contacto directo con el paciente así como por el alto porcentaje que representa en el número de profesionales que desarrollan su labor en una institución sanitaria, tiene un papel muy importante en la mejora de la calidad asistencial y la seguridad del paciente en todos los niveles sanitarios. Por ello, los profesionales en este campo necesitan la mejor información para saber cuáles son las intervenciones y estrategias para mejorar el cuidado y los resultados de salud de los pacientes. El Consejo Internacional de Enfermería, en su declaración sobre seguridad de los pacientes, afirma que: “las enfermeras se ocupan de la seguridad de los pacientes en todos los aspectos de los cuidados que prestan. Esto incluye informar a los pacientes y otras personas del riesgo y del modo de reducirlo, defender la seguridad de los pacientes y comunicar los acontecimientos adversos” (2).
El control de las infecciones constituye una de las principales preocupaciones de los organismos sanitarios internacionales (3). Así, en el ámbito hospitalario, se ha generalizado la práctica del aislamiento de pacientes colonizados/infectados por microorganismos multirresistentes, Estos aislamientos han resultado ser una medida eficaz para la prevención y control de las infecciones, en un intento por reducir las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad, así como su alto coste(4); recogidas por el Center for Disease Control And Prevention (CDC)(5) como infecciones que necesitan aislamiento de contacto.
En nuestro contexto, se carece de investigaciones que hayan abordado la complejidad de la práctica del aislamiento hospitalario para la prevención y control de infecciones, y sus repercusiones en el paciente. Aunque existen algunas recomendaciones sobre las medidas de aislamiento hospitalario, se observa un desconocimiento generalizado sobre las necesidades de estos pacientes y su atención adecuada(6).
Unido a esta falta de información sobre la percepción de los pacientes en relación al aislamiento hospitalario para la prevención y control de infecciones en nuestro contexto, se encuentra el desconocimiento sobre las percepciones del personal sanitario en general, cuyas actuaciones provocan, a veces, el descontento en los pacientes sometidos a este tipo de aislamiento y en sus familias.
Objetivos:
Identificar las opiniones y dificultades del personal de enfermería que atiende a los pacientes sometidos a aislamiento hospitalario de contacto para la prevención y control de infecciones.
Para ello se ha empleado un diseño descriptivo, mediante técnicas cualitativas.
La utilización de técnicas cualitativas se está mostrando como una herramienta de utilidad para la investigación sobre aspectos relacionados con la seguridad del paciente (7). Al aportar las perspectivas individuales de los profesionales, se favorecerá la revisión crítica de este procedimiento sanitario, y el planteamiento de líneas de mejora en las áreas deficitarias encontradas.
Estudio descriptivo mediante técnicas cualitativas. Muestra formada por 21 profesionales seleccionados mediante muestreo intencional no probabilístico. La recogida de información se realizó desde noviembre de 2010 a noviembre de 2011 en el Hospital Virgen macarena de Sevilla. Se utilizaron entrevistas individuales semiestructuradas, grabadas una vez obtenido el consentimiento por escrito de los participantes. El guión de la entrevista incluye los aspectos más destacados en la bibliografía consultada al respecto. A la información obtenida se le ha practicado un análisis de contenido, en base al modelo Giorgy (1997). Para validar los resultados obtenidos, se han triangulado por varios miembros del equipo investigador y por personal experto en análisis de datos cualitativos.
Resultados: los profesionales, en general, se consideran desinformados en aspectos importantes para realizar adecuadamente la

práctica del aislamiento, como localización de protocolos, manejo del tipo de microorganismo, o uso adecuado de medidas de prevención. Consideran que esta falta de información crea inseguridad y limita el trato con los pacientes aislados, de quienes piensan que pueden sentirse en ciertos momentos abandonados o solos. Por otro lado, aunque la mayoría afirma actuar con profesionalidad y atender todas las necesidades de igual manera que las de los pacientes no aislados reconocen limitar al máximo el número de entradas y permanencia en las habitaciones, con el fin de preservar su propia seguridad y la de los pacientes no aislados. Discusión: Se hace imperiosa la necesidad de desarrollar intervenciones formativas con los profesionales sobre la práctica del aislamiento para la prevención y control de infecciones. En concreto, es prioritario la formación adecuada sobre manejo de protocolos y cómo utilizar correctamente las medidas de protección.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Beauregard K. Patient safety, elephants, chickens, and mosquitoes. Plastic Surgical Nursing2006;(26):123-5.
2.Consejo Internacional de Enfermeras. Declaración de posición del CIE sobre Seguridad de los pacientes. 2002.
3. Garner JS, Simmons BP: " CDC Guideline for isolation Precautions in Hospital". Infection Control. 1983; 4 (4 suppl): 245-325.
4. Garner JS, Simmons BP: " CDC Guideline for isolation Precautions in Hospital". Infection Control. 1983; 4 (4 suppl): 245-325.
5. CDC. Center for Disease Control and Prevention. Se encuentra en: htpp://www.cdc.gov .
6. Téllez-Plaza M; Bautista-Rentero D; Usó-Talamantes R; Buch-García MJ; Zanón-Vigue V. "Utilización del aislamiento infeccioso en pacientes no críticos de un hospital universitario". Med Clin. 2006;126:125-8.
7. Aibar-Remóna C, Aranaz-Andrésb JM, García-Monteroc JI, Mareca-Doñatea R. La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. Med Clin Monogr. 2008; 131 (Supl 3):

AUTORES/AUTHORS:
Mª del Rosario Valverde Jiménez, Mª Ángeles Hernández Corominas, Yolanda López Benavente, Juan José Rodríguez Mondéjar, Mª Teresa Martínez Ros, Antonio Serrano Navarro, Mercedes Gómez Ruiz, Josefa Cava Iniesta, Olga Monteagudo Piqueras

TÍTULO/TITLE:
ENFERMERA GESTORA DE CASOS: IMPLEMENTACIÓN y APORTACIÓN EN UN ÁREA DE SALUD

Introducción
Existen factores como el envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida, el decreciente sistema natural de cuidados por los cambios en la estructura de las familias y la crisis del sistema sanitario, entre otros, que provocan una mayor demanda de cuidados y una necesidad de coordinación1.
Con las transferencias de la gestión del Sistema Nacional de Salud a las Comunidades Autónomas, existen ciertos intentos de respuesta para afrontar el problema creciente de la dependencia y la atención domiciliaria2. La atención a la población compleja, necesita de cambios en la orientación de las políticas de salud y la gestión de los servicios, que mejore el cuidado y la calidad de vida tanto de ellos como de sus cuidadores. Esta mejora pasa por una articulación y coordinación de servicios sanitarios y sociales. Los servicios sanitarios son los que se encuentran en una posición más ventajosa principalmente por su acceso, cercanía y reconocimiento por parte de la población3.
La gestión de casos se presenta como un enfoque al desarrollo de una atención integral socio-sanitaria. Es un modelo de colaboración, con metodología participativa, para satisfacer las necesidades integrales tanto de la persona como de la familia y que reduce la fragmentación y duplicación de los servicios, para lograr resultados costo-efectivos4. El 1 de junio 2010, y apoyado por el plan de mejora y modernización de la Atención Primaria 2007-2010, se puso en marcha la gestión de casos en la Región de Murcia y concretamente en el área IX Vega Alta del Segura5,6,7.
Los objetivos planteados en este trabajo son: describir las aportaciones de la Enfermera Gestora de Casos (EGC) en un año tras su inicio, y detallar el perfil sociodemográfico y clínico de la población diana captada por la EGC.
Metodología

Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo.
Lugar: Área IX Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud.
Temporalidad: el periodo de estudio fue desde el 1 de junio de 2010 hasta el 31 de mayo de 2011.
La población de estudio está definida por personas afectadas por demencia, inmovilizados domiciliarios y especialmente aquellos con cambios frecuentes de residencia, trastorno mental grave, personas dependientes, enfermedades cardiovasculares en situación de prevención terciaria, VIH/SIDA, hospitalizados y en domicilio con una situación de enfermedad crónica avanzada con descompensaciones, enfermedad en situación de terminalidad o cuidados paliativos, personas hospitalizadas o en domicilio sin cuidados familiares o apoyo social, personas en situación de alta hospitalaria con necesidad de cuidados domiciliarios continuados y el cuidador/a familiar de los anteriores.
Muestra: todos los pacientes que pudieran estar en programa de gestión de casos según protocolo del SMS7.
Desarrollo: se realizó mapa de procesos de la EGC, identificación de pacientes con OMI-AP y CIVITAS8, y se realizó visita en consulta y/o domiciliaria para valoración inicial con datos sociodemográficos, 11 patrones funcionales de M. Gordon, y cuestionarios validados como Barthel-AGR, Escala de Valoración de riesgo social sociofamiliar de Gijón, y Barber . Procesamiento: análisis descriptivo univariable de las variables cuantitativas, expresadas como media y desviación estándar, y las cualitativas, como número y porcentaje, con programa SPSS v15 en castellano.

Resultados

El total de habitantes de las 3 zonas básicas de salud es de 54.561 personas. Susceptibles de gestión de casos hay 4833 personas en el Área, un 10,45% de la población > de 14 años.

El nº de personas captadas en gestión de casos (GC) es de 258 (0,55%). Edad media 74,4 DE14,9 (26-97), casado/a 40%, viudo/a 40%, con hijos 80%. EPOC 22,9% (59), ACV 20,9% (54), inmovilizadas y dependientes 22,5% (58), Trastorno Mental Grave (TMG) 10,1% (26), demencia 9,3% (24).

Cuidadores familiares captados 115. El 63% (163) derivados desde primaria.

Criterios de inclusión: 44,2% (114) entran en programa por cumplir 3 criterios del grupo C, el 36,8% (95) por puntuación en la escala de valoración de riesgo socio-familiar de Gijón >10, el 14% (36) por claudicación familiar.

El porcentaje de visitas realizadas en tiempo estimado de 7 días desde la captación es 100%, y la media de intervenciones NIC realizadas en la primera visita 4 ± 2.

El patrón funcional de actividad y ejercicio está alterado en el 58% (117), seguido del patrón percepción-manejo de la salud 50,5% (102).
Nº de pacientes con valoración completa 63,9% (129), antes de EGC un 7,9% (16) tuvieron registrada como realizada la valoración completa.

Discusión

La población diana derivada a la EGC tiene un perfil que corresponde con mujer, 75 años, casada o viuda, con hijos que cumplen como criterios de inclusión 3 criterios del C es decir, ser mayor de 65 años, polimedicado/a (> 5 fármacos) y anciano frágil (Barber >1), con nivel de dependencia severo para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y que presentan un patrón funcional de actividad/ejercicio alterado.

En otros estudios9,10, la dependencia de la población diana de la EGC es moderada mientras que la población de la EGC del SMS es más dependiente para las ABVD, esto puede ser debido a que nuestra población está más envejecida. La EGC cubre una actividad concreta y propia de enfermería dentro de la asistencia integral y sociosanitaria a la población más vulnerable/compleja.

Aplicación para la práctica clínica: la labor específica que desarrolla la EGC en la práctica diaria y en los grupos de más riesgo social y de salud, dentro de la atención primaria y en el entorno del paciente, no está cubierta por otra figura en la actualidad

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Rufete Gómez J. Curso Básico en Gestión de Casos. Enfermeras Gestoras de Casos. Murcia [Internet]. 2010 [consultado el 11 julio 2011]. disponible en:
http://www.ffis.es/ups/enfermera%20gestora%20de%20casos/COORDINACION%20SOCIOSANITARIA.pdf
2. Plan para la mejora de la atención domiciliaria de la Comunidad Valenciana, 2004-2007. Generalitat Valenciana, Conselleria de

Sanitat. 2004. [consultado el 17 agosto 2011]; disponible en http://www.uv.es/joguiogo/sitio/5F45EC69-oo45-4D2E-BA8F-1A9938FB3A89_files/PEMAD.pdf
3. Gala Fernández B, López Alonso SR, Pérez Hernández RM. La enfermera, profesional clave para la coordinación de la atención socio-sanitaria a personas con dependencia. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2006 54. [Consultado el 15 de 8 2011]Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/54/0709.php.
4. Case Management Society of America (CMSA). Standars of Practise for Case Management. 2010.
5. Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Ministerio de Sanidad y Consumo [consultado 1 julio 2011] disponible en: http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
6. Plan para la mejora y modernización de la Atención Primaria 2007-2010. Murcia. 2007.
7. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Enfermera Gestora de Casos en el Servicio Murciano de Salud. Programa Pilotaje [Internet] 2010 [consultado el 11 marzo 2011] disponible en: http://www.ffis.es/ups/taller_gestion_casos_2010/triptic_formacion_harvard_2009_4.pdf
8. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Proyecto de Evaluación Pilotaje de enfermera gestora de casos en el Servicio Murciano de salud. 2010
9. Jurado-Campos J, Anglada Dilme MT, Canet Ponsa M, Privat Marcé M, Fábrega Pairó T, Juvinyá Canal D. Implementación de un modelo integrado de enfermería de enlace: un estudio descriptivo. Enferm Clín. 2008; 18(5):253-61.
10. Mañes-López E, Benachi-Sandoval N, López-Poyato M, Martínez-Castellón E, Juan-Andrés C. Estudio descriptivo de la tipología de pacientes atendidos en un programa de enfermeras de enlace. Enferm Clín. 2009; 19(6):306-313.

AUTORES/AUTHORS:
CARIDAD DIOS GUERRA, Mª AURORA RODRIGEZ BORREGO, PEDRO HIDALGO LOPEZOSA, LUIS ANGEL PERULA DE TORRES

TÍTULO/TITLE:
Identificación de Factores Relacionados con el Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (MIRT)

Objetivo: Analizar e identificar las causas que producen el Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico en pacientes crónicos que acuden a consulta de enfermería
Método: Estudio descriptivo, con doble abordaje, cuantitativo y cualitativo, realizado en pacientes crónicos de consulta de enfermería en Atención Primaria. La población de estudio son usuarios de las consultas de enfermería, incluidos en el Proceso Asistencial Diabetes, Programa HTA y Programa de Obesidad, a los que se les haya identificando el diagnostico de enfermería Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico, El periodo de estudio se llevó a cabo entre mayo de 2009 y septiembre del mismo año. En el abordaje cualitativo, los participantes han sido de seis pacientes, que actuaron como informadores-clave. La selección se hizo a través de la enfermera solicitando consentimiento informado al paciente y aceptando su participación en el estudio. En la descripción cualitativa se optó por la entrevista semiestructurada. Las categorías de análisis que se pretendían estudiar eran los conocimientos y habilidades del usuario para cuidarse, los motivos y dificultades, el apoyo familiar y social, y la relación con el equipo sanitario. Los datos se procesaron mediante el programa SPSS para Windows. En su tratamiento se utilizaron herramientas de estadística descriptiva tanto cuantitativas (medidas de tendencia central, de dispersión y de posición) como cualitativas (tabulaciones y cálculo de frecuencias relativas) y de estadística analítica (prueba de la Ji-cuadrado para la comparación de variables cualitativas, y ANOVA de una vía para la comparación de más de dos medias para muestras independientes). Se comprobó previamente si las variables cuantitativas seguían una distribución normal, aplicando para ello el test de Shapiro-Wilk. En todos los casos se consideraron como significativos valores de p<=0,05 (contrastes bilaterales). En el análisis cualitativo se etiquetaron los resultados en cuatro categorías: 1) Conocimientos y habilidades del usuario. 2) Motivación y dificultados para cuidarse. 3) Apoyo familiar y social. 4) relación con el equipo sanitario.
Resultados
Análisis Cuantitativo: Se trata de una población con una edad media de 60 años (desviación típica de ± 13 años. Rango de 34 y 81 años), la representación por sexos ha sido muy similar, un 48% para los hombres y un 52% para las mujeres. Una comunidad en la que predomina el nivel de clase social bajo; el 88% de los participantes son personas sin estudios o estudios primarios, y sólo el 12% tenían estudios secundarios; mas de la mitad, concretamente el 52% está compuesta por profesionales no cualificados y la otra mitad por trabajadores no manuales cualificados (un 16%), y el otro 32% por trabajadores manuales cualificados.
Atendiendo a las características clínicas y asistenciales, los pacientes presentan una media de 4 patologías crónicas, siendo la mas prevalente la diabetes (80%), la obesidad (76%),la HTA (68%), las cardiopatías y otros procesos (68%), y los diagnosticados de EPOC con un 12%. También se han estudiado los años transcurridos desde el diagnostico, siendo su media 6.6 años. En cuanto al estudio de los factores relacionados con el diagnostico de enfermería Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico de NANDA (recordemos que son 18 los factores que propone ésta taxonomía), el que mas frecuente aparece es el nº 8, con un 40% que se define como “Inadecuación del número y tipo de claves para la acción”. En el análisis bivariante, cuando relacionamos las variables sociodemográficos/clínicas con los factores relacionados observamos que en la relación sexo y categorías de factores no se han encontrado diferencias significativas. Cuando lo que relacionamos es la edad, tampoco se ha hallado significación estadística; sí la hemos encontrado (p= 0,015) en la relación entre el número de patologías y los factores etiológicos. La última relación que hemos estudiado ha sido los años transcurridos desde el diagnostico, sin que muestre tampoco diferencia significativa, al obtener p un valor igual a 0,73.

Análisis Cualitativo: Se les hizo una entrevista semiestructurada a 6 mujeres, con edades comprendidas entre los 41 y 66 años, con nivel académico entre estudios primarios y estudios universitarios medios: la media de patologías crónicas presentes en las participantes fue de 1,6, encontrándose la obesidad presente en todos los casos, la diabetes en dos y la HTA en otros dos.
Los principales resultados se agruparon en 4 categorías previamente definidas, no surgiendo categorías emergentes. En la categoría de Conocimientos, las participantes valoran muy positivamente la información recibida desde las consultas de enfermería, admiten que los conocimientos adquiridos son suficientes para cumplir con las recomendaciones sanitarias indicadas en el plan de cuidados: "a través de la consulta me han enseñado…me lo han explicado con ejemplos sencillos" (E.1), "yo me he enterado muy bien" "yo, con lo que me han dado me entero muy bien…no necesito más información" (E.2), "por parte de la información no hay problema", "La información es correcta…" "en ese aspecto no tengo ningún problema, porque cuando me lo explicó lo entendí bien, otras veces… esa información no me la han dado tan correcta, y tan…visualizarla, porque lo más importante de la información es que hay que visualizarla" (E.3),
Se les preguntó también acerca de las complicaciones derivadas de la falta de cumplimiento de las recomendaciones, y conocen las consecuencias: "Pues que estaría en la residencia…o en el hospital…"(E2) "…el tener la tensión alta puedo tener una enfermedad del riñón o una enfermad cardiaca, es que una cosa conlleva a la otra…" (E3). "Hombre pues que me va a dar, ella (enfermera) está harta de explicarme que las complicaciones de la diabetes…porque una tía mía murió de la diabetes…"(E5)
En la de Motivación y Dificultades, fueron expresados diferentes factores para la no adhesión, con cierta homogeneidad en todos los casos: Falta de tiempo: "…yo en mi caso, se lo achaco a la falta de tiempo…debido a que trabajar fuera de casa…nunca ves el momento de hacer el deporte…las cosas de la casa…"(E.1) "No es igual ser una paciente crónica, como yo, que tengo una familia, que una paciente joven que tiene todo el tiempo del mundo para hacer dieta, para cuidarse" (E.5). Duración del régimen: "…la verdad que al principio, en las primeras semanas, haces mejor las cosas, me refiero a las comidas, al deporte…pero cuando llevas un tiempo dejas de cumplir…"(E.1) "Como yo he sido gorda toda mi vida, pues te cansas…bueno, que me aburro, que me canso y me aburro, y al final dejo la dieta y digo: bueno, ya empezaré otro día..."(E.5). Situación emocional: "…y cuando me pongo muy nerviosa me da por comer…o tengo un problema, o me pasa algo…pues estoy todo el día al lado del frigorífico…porque me pongo muy nerviosa, muy nerviosa y ¡ale! a comer, a comer y cuanto más como…más…"(E.2). Circunstancias familiares y personales: "…hay unas circunstancias personales y familiares que muchas veces te impiden pues realizar los consejos…yo, en mi caso, por ejemplo, las circunstancias personales (recientemente separada de su marido) y familiares (cuidadora de su madre, dependiente severa) ahora son regulares, entonces me impiden…"(E.3). "…también la situación laboral… (Se encuentra en paro)"(E.4). Costumbres, y patrones familiares: "…las mujeres, las amas de casa somos como recogealimentos, como recogebasura que queda muy mal dicho...que a mi madre le sobra una poquita de tortilla, yo me la como, que a mi hijo le queda un poco de pescado…yo me lo como…" (E3). "…los domingos nos vamos al campo ¿sabe usted? Pues ya en el campo no podemos hacer la dieta, nadie, ya comemos arroz, ya comemos chorizo, morcilla…lo que se come en el campo…" "…y los guisos no los puedo hacer sin tocino, ella (la enfermera) que los haga sin tocino, y yo sé que no debo, pero en mi casa yo no puedo hacer un cocido sin tocino…"(E.5)
En la de apoyo familiar en general valoran positivamente el apoyo recibido desde la familia: "Por parte de mi familia sí tengo apoyo…porque el que tengas una persona ahí: "venga mamá no comas esto..." "eso ayuda, evidentemente es un apoyo principal" (E3). "Mi familia me tiene "amargá", ellos no quieren nada mas que verme delgada, y todo el rato:"niña que te quites unos pocos de kilos… y mis compañeras del trabajo y todo…" (E5)
Y en la relación con el equipo sanitario, en todos los casos aseguran tener muy buena relación con equipo sanitario y reconocen este factor como un elemento de apoyo para seguir adelante y de contribución al autoestima: "…he visto un interés de verdad personalizado en mi seguimiento…interesándose un poco psicológicamente como lo estabas llevando, y como me iba afectando a mí, a mi vida diaria…ha conseguido prolongar el tiempo que he estado con la dieta..." (E1). "estoy contenta con el trato, con la atención, como me cuidáis…" (E2).
Discusión: El estudio nos revela el complejo conjunto de factores que influyen en el comportamiento del cumplimiento de un grupo de

pacientes con patología crónica, sobretodo cuando analizamos los discursos de las entrevistas .Cuando analizamos los discursos de las personas entrevistadas se descubre bastante homogeneidad en las respuestas. A pesar de que tratamos tres procesos crónicos (diabetes, hipertensión y obesidad), lo que resalta en las entrevistas es la existencia de una preocupación por el tema de la dieta, es al que con mayor profundidad se hizo referencia, y en el que centralizan los cuidados para seguimiento de sus patologías, y es donde encuentra la mayor dificultad para conseguir los objetivos requeridos. Éste es un tema ampliamente estudiado, y para los profesionales de la salud es una experiencia generalizada, la baja adherencia de los pacientes a la dieta y su elevada tasa de abandono, lo que condiciona el resultado final de un plan terapéutico. En este aspecto, el índice de abandono ronda el 50 %, como queda reflejado en otros estudios(1-4).

En cuanto a la práctica de ejercicio físico le asignan un valor importante para limitar las consecuencias de la enfermedad y sobre todo para controlar el peso, sin embargo no lo realizan de forma regular y refieren no realizarlo por problemas de tiempo, dándole prioridad a otras actividades, o bien debido a causas climatológicas, sobretodo por el calor. Este dato es similar al resultado encontrado en otros trabajos, donde se estudia la adherencia a los diferentes componentes del tratamiento, en el caso de la hipertensión arterial, en el que el 68.7% informan encontrar dificultad para el seguimiento del plan de comidas y el 69,3% para el ejercicio físico(5). Cuando analizamos el grado de información que los pacientes tienen sobre sus procesos y en particular sobre los cuidados para cuidarse, no se percibe que exista conocimientos deficientes en nuestro estudio, no ocurre lo mismo en otros trabajos(6) en el que sorprende que pacientes diagnosticados de hipertensión arterial tengan un conocimiento tan básico sobre su patología. De todas formas creemos necesario que la información debe realizarse de forma repetitiva, ya que sabemos que se olvida hasta el 40% de la información recibida (7-8) y está comprobado que la información y la educación sanitaria mejoran los niveles de salud y reducen los factores de riesgo para el individuo(9). La importancia del apoyo familiar se pone de manifiesto como estimulo para el seguimiento de un plan de cuidados, ésta afirmación es compartida con otros trabajos en los que se ha investigado el entorno familiar y social como soporte a la adherencia terapéutica(10).

Implicaciones para la práctica: El personal sanitario debe asumir la existencia de pacientes no cumplidores, y establecer las medidas necesarias para detectarlo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.I. Cano-Rodríguez, MD.Ballesteros-Pomar, B Pérez-Corral y R. Ayuado Dietas bajas en hidratos de carbono frente a dietas bajas en grasas. Endocrinol Nutr. 2006;53(3):209-17.

2.Brehm BJ, Seeley RJ, Daniels SR, D'Alessio DA. A randomized trial comparing a very low carbohydrate diet and a calorierestricted low fat diet on body weight and cardiovascular risk factors in healthy women. J Clin Endocrinol Metab. 2003;8, 1617-23

3.Puigventos F, Lodrá V, Vilanova M y Fortaleza J. Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión: 10 años de publicaciones en España. 1997. Medicina Clínica,109,702-706.

4.Roca Cusachs A, Merino J, Aranda P, Gil V, Guayta R., Abellan J. et al. La observancia terapéutica en el paciente hipertenso. 1996. Madrid: SEH-LELH.

5.Bonada C, Guarner MA, Antó JM, Mata JM, Monrabá M Traveria M. Cumplimiento del tratamiento en la hipertensión arterial. Atenc. Primaria 1985; 2:167-171

6.J. Schmidt Rio-Valle, F. Cruz Quintana, C. Villaverde Gutierrez, D. Prados Peña, MP García Caro, A. Muñoz Vinuesa y A. Pappous. Adherencia terapéutica en hipertensos. Estudio Cualitativo Index Enfermería (Granada) 2006; 54:25-29.

7.Prados JA. Importancia de la relación médico-enfermero y la entrevista clínica en el cumplimiento del tratamiento. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud, 1992; 16: 209-215

8.Ferran M, Parcet J, Casabella B, Fernández ML, de la Torre M. Educación Sanitaria a pacientes hipertensos: propuesta de un test de conocimientos y cumplimiento. Atención Primaria. 1988; 5:35-8

9.Estrategias en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.2007
10.Brenda Cintia Medel Romero, Liliana González Juárez. Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en Diabetes Mellitus. Index de Enfermería 2006;52-53:16-19

Mesa de comunicaciones 20: Promoción de la salud

Concurrent session 20: Health promotion

AUTORES/AUTHORS:
Ruben Colominas, Elisa Puigdomenech, Amalia Rodriguez, Lourdes Lasaosa, Maria Jose Calvo, Fani Rodrigo, Marta Sanjuan, Luis Garcia, Carlos Martin

TÍTULO/TITLE:
La Dieta mediterránea, el antídoto contra la obesidad: Descriptiva basal del estudio Evident.

INTRODUCCIÓN

Las causas principales de enfermedades no transmisibles, muchas de ellas relacionadas con la obesidad, son una alimentación poco saludable y la falta de AF (1).
1. La obesidad y su prevalencia
La obesidad es una enfermedad crónica con una prevalencia creciente desde los años 60 (2). En los últimos 10 años su prevalencia ha aumentado entre un 10 y un 50 por ciento en la mayoría de los países europeos (3).
El incremento de personas obesas no se da solo en países desarrollados como pasaba en un principio; actualmente esta tendencia se da también en los países en vía de desarrollo (1).

Las cifras en España son significativas el 14,5% de la población es obesa y el 38,5% tiene sobrepeso. Así, 1 de cada 2 adultos tiene un peso superior al recomendable (3), y se prevé que estas cifras sigan en aumento.
1.2-Causas
La obesidad se desarrolla cuando se ingiere más de lo que se gasta durante un determinado periodo de tiempo. Se piensa que el incremento de su presencia en la población es consecuencia directa de los cambios que se han dado en nuestro entorno, como la disponibilidad de instrumentos que ahorran esfuerzo físico en el trabajo, el transporte motorizado, los entretenimientos sedentarios como ver la televisión, y un fácil acceso a alimentos ricos en calorías a un menor precio (4, 5).
1.3-Consecuencias
La obesidad como enfermedad crónica se asocia con numerosas complicaciones de la salud, enfermedades y aumento de la mortalidad, sus enfermedades relacionadas reducen la longevidad y la calidad de vida de las personas afectadas (2).
A parte de las consecuencias que tiene su padecimiento sobre la salud del propio individuo, se ha estimado que la obesidad y las enfermedades relacionadas a la misma suponen un coste sanitario del 7% en España (6, 7).
Las elevadas tasas de obesidad en todo el mundo han estimulado el interés tanto por los hábitos alimentarios como por el nivel de AF.
Para mantener el peso a un nivel adecuado es necesario que haya un equilibrio entre la energía que se gasta y la energía que se ingiere (4).

2-La dieta mediterránea
Una buena manera de controlar la energía que se ingiere es el seguimiento de la DM.
El concepto de DM surgió del Estudio de los Siete Países, coordinado por Ancel Keys en 1950, en el que se mostraba que la población de Creta tenía una tasa baja de enfermedad cardiovascular y de ciertos tipos de cáncer (5).

Las características principales de esta alimentación son un alto consumo de productos vegetales (frutas, verduras, legumbres, frutos secos), pan y otros cereales (trigo), aceite de oliva como grasa principal i consumo de vino en cantidades moderadas (4).

Pero, cuando mencionamos la DM nos estamos refiriendo a mucho más que a una pauta nutricional, en definitiva, es el estilo de vida que durante siglos ha mantenido la región mediterránea. Incluye una AF moderada favorecida por un clima benigno. Todo esto hace de la DM un excelente modelo de vida saludable (4, 8).
Existen varios mecanismos fisiológicos que pueden explicar porque componentes clave de la DM podrían proteger de la ganancia de

peso. Al ser una dieta rica en alimentos vegetales, proporciona una gran cantidad de fibra, la cual aumenta el efecto de saciedad a través de mecanismos como la masticación prolongada, el incremento de la distensión gástrica, y el aumento de liberación de coliscitoquinina (hormona que actúa en la liberación de enzimas digestivas). Además la DM tiene una densidad energética baja comparada con otros modelos dietéticos. Su mayor contenido de agua conduce a un aumento de la saciedad y a un menor consumo de calorías, ayudando así a prevenir la ganancia de peso (9).

El contenido moderadamente elevado de grasas de la DM (más del 30% de la energía), debido al uso habitual del aceite de oliva o de frutos secos ha sido un tema de preocupación debido a los posibles efectos sobre la ganancia de peso (9). Sin embargo algunos estudios prueban que dietas altas en grasa no son la principal causa de obesidad (9, 10, 11), y que el empleo de grasas monoinsaturadas en vez de grasas saturadas puede promover la pérdida de peso (12).

A pesar de las evidencias fisiológicas, los indicios epidemiológicos actuales son inconsistentes, aún así la evidencia apunta hacia un posible papel de la DM en la prevención de obesidad (9, 13).

2.1-El seguimiento de la dieta mediterránea

En la actualidad existe un progresivo abandono de la DM por la influencia de nuevos hábitos y costumbres alimentarias poco saludables, que ya está teniendo repercusiones en los países mediterráneos. La dieta se ha visto afectada por diversos factores, como las técnicas de conservación alimentaria, la incorporación de la mujer al mercado laboral, mayores ingresos económicos, esto ha supuesto un cambio tanto en la elección de los alimentos como en la forma de condimentarlos (14). Ha aumentado el consumo de carnes sobretodo de cerdo, por lo que el aporte de aceite ya no representa el mayor aporte de grasa en la dieta (9).

En las últimas 2 décadas España ha disminuido su adherencia a la dieta mediterránea y es el segundo país, después de Grecia, que más se ha alejado de la DM (15).

El País que ha registrado el mayor aumento en el aporte de grasas ha sido España, en donde la grasa constituía tan solo el 25% de la dieta hace 4 décadas, y ahora supone el 40%. (16).

Estos datos contrastan con la creencia que tiene la población, cuando se le pregunta a nivel general si siguen una dieta mediterránea el 41% de los encuestados responden que la siguen a menudo, el 21% la sigue mucho, mientras que tan solo el 26% piensa que la sigue a veces o nunca (17).

Las contribuciones que el tipo de comida de la dieta mediterránea da al beneficio de la salud han estado bastante investigadas, pero se ha prestado menos atención a otro tipo de factores como es el estilo de vida activo que puede que contribuya mas al beneficio que genera la propia dieta (18).

3-La actividad física

Está demostrado que si tratamos de aumentar la energía que gastamos es más fácil mantener el equilibrio con la energía que se ingiere, evitando así el sobrepeso y la obesidad. Aquí es donde interviene la AF como factor determinante (1).

Se define AF como la energía total que se consume por el movimiento del cuerpo. Incluye actividades de rutina diaria, como las tareas del hogar, ir a la compra, trabajar. De tal manera cuando hablamos de aumento de actividad física, hablamos de actividades extras que realizamos para conseguir un buen estado de forma y obtener un estilo de vida saludable (19).

Desde tiempos remotos los sabios ancianos ya sugerían que la AF es buena para la salud, aunque las investigaciones no empezaron hasta mediados del siglo XX. Las primeras investigaciones nos mostraban que los individuos con ocupaciones activas tenían una menor probabilidad de enfermedades de corazón que los individuos con ocupaciones sedentarias.

Actualmente sabemos que el ejercicio regular durante 150 min/semana con intensidad moderada reduce el riesgo de muchas enfermedades crónicas, y preserva la función del corazón (también psíquica y mental) entre las personas de la tercera edad, y aumenta la longevidad (20). Además el ejercicio regular nos ha mostrado que es uno de los mejores armas en el mantenimiento de peso (21, 22).

3.1-La prevalencia del sedentarismo y sus consecuencias
La prevalencia del sedentarismo es elevada en la Unión Europea. España, y otros países de la región mediterránea tienen mayores tasas de sedentarismo en comparación con países del norte de Europa (23).

Existe una estrecha relación entre los niveles bajos de AF y el desarrollo y el mantenimiento de la obesidad, y se ha demostrado que la inactividad física tiene importantes efectos negativos en la salud (24). En Europa se estima que un 5-10% de la mortalidad total es atribuible a la inactividad física, y la mortalidad cardiovascular atribuible al sedentarismo oscila entre el 13 y el 35% (25).
Debido a que la prevalencia de obesidad está aumentando de forma alarmante, son imprescindibles campañas a nivel nacional, así como consejos de los profesionales de la salud en AP sobre el aumento de AF y su relación con la pérdida de peso (26).

En definitiva AF y dieta (mediterránea), son 2 armas fundamentales que se complementan a la perfección para combatir el sobrepeso y la obesidad (1, 27).

Objetivos
Evaluar la relación entre el cumplimiento de una dieta mediterránea (DM) y los parámetros asociados con perfil metabólico no aterogénico (At) en pacientes visitados en Atención Primaria (AP).
Métodos
Estudio multicéntrico descriptivo transversal. Descriptiva basal de los primeros 974 pacientes incluidos en el estudio Evident reclutados en 6 centros de AP de España mediante muestreo aleatorio sistemático. El cuestionario incluyó: medidas antropométricas, analítica, medidas de la actividad física y de la DM mediante cuestionario validado. Se realizo un análisis mediante regresión logística no condicional.
Resultados
Se hallaron diferencias entre pacientes con y sin cumplimiento de DM (36,5% y 63,5%, respectivamente) en las siguientes variables: edad media, índice de masa corporal y porcentaje de grasa corporal (PGC). Se halló que los pacientes con sobrepeso grado 2 y obesos cumplen menos la DM (OR ajustada 0.65 [IC95% 0.45-0.94], p=0.020 y OR ajustada 0.44 [IC95% 0.27-0.69], p<0.001 respectivamente), así como aquellos con un PGC límite y obesos (OR ajustada 0,95 [IC95% 0.92-0.85], p=0.003) y los pacientes con un riesgo elevado de circunferencia de cintura(CC) (OR ajustada 0.68 [IC95% 0.48-0.94], p=0.021).
Discusión
Se demuestra que los pacientes que siguen una DM tienen menos riesgo de padecer obesidad. Así, es relevante la adopción de medidas preventivas relacionadas con nutrición y enfatizar el cumplimiento de la DM en AP.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1-WHO. Obesity and overweight. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Disponible en: http:www.who.int/topics/obesity/es. Consultado: 5 Setiembre 2011.
2-Müllerová. Obesity prevention. Vnitr Lek. 2010; 56 (10): 1098-1102.
3-Nutrición y estrategia NAOS. Obesidad [internet]. Disponible en: http//www.naos.aesan.msps.es/gl/csym/saber_mas/artículos/obesidad.html. Consultado: 5 Setiembre 2011.
4-Wikipedia, La enciclopedia libre. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Obesidad. Consultado en: 5 Setiembre 2011.
5-Fernández-Vergel R, Peñarrubia-María MT, Rispau-Falgàs A, Espín-Martínez, A, Gonzalo-Miguel L;Pavón-Rodríguez F. ¿Seguimos realmente una dieta mediterránea?

Aten Primaria 2006; 37 (3): 148-153.
6- Rodriguez AF, Lopez GE, Guitierrez-Fisac JL, Banegas B Jr, Lafuente Urdinguio PJ, Dominguez RV. Changes in the prevalence of Overweight and Obesity and their risc factors in Spain 1987-1997. Prev Med 2002; 34: 72-81.
7- Aranceta J, Serra LL, Foz M, Moreno B. Prevalencia de Obesidad en España. Med Clin (Barc) 2005;125(12): 460-466.
8-Gonçal Lloveras. La Dieta meditrrànea: Realitat o mite?. En: Quinceabo congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, 1996. Libro de ponencias. 29-34
9-Buckland G, Bach A, Serra L. Eficacia de la dieta mediterránea en la prevención de obesidad. Una revisión blibliográfica. Revista Española de Obesidad 2008; 6 (6): 329-339.
10-Katherine Esposito, Christina-Maria Kastorini, Demosthenes B. Panagiotakos, Dario Giugliano. Mediterranean Diet and Weight Loss: Meta-Analysis of Randomizad Controlled Trials. Metab Syndr Relat Disord. 2011; 9 (1): 1-12.
11-Romaguera D, Norat T, Vergnaud AC, Mouw T, May AM et al. Buckland G. Mediterranean dietary patterns and prospective weight change in participants of the EPIC-PANACEA project. Am J Clin Nutr 2010; 92 (4): 921-21.
12-Piers. LS, Walker KZ, Stoney RM, Soares MJ, O'Dea K. Substitution of saturated with monoinsaturated fat in a 4-week diet affects body weight and composition of overweight and obese men. Br J Nutr 2003; 90 (3): 717-27.
13-Schröder H, Marrugat J, Vila J, Covas MI, Elosua R. Adherence to the traditional Mediterranean diet is inversely associated with body mass index and obesity in a Spanish population. J Nutr. 2004; 134 (12): 3355-3361.
14-Schröder H, Elosua R, Vila J, Marti H, Covas MI, Marrugat J. Secular trends of obesity and cardiovascular risk factors in a Mediterranean population. Obesity 2007; 15: 557-562.

AUTORES/AUTHORS:
Ana Maria Adorna Moreno, Pablo Tendero Martínez, Paloma Martínez del Campo

TÍTULO/TITLE:
Intervenciones no farmacológicas para abordar la obesidad en pacientes adultos en Atención Primaria

Objetivos:
• Encontrar evidencia sobre intervenciones no farmacológicas eficaces para el abordaje de la obesidad en personas adultas desde la Atención Primaria.
• Elaborar recomendaciones que puedan ser implementadas en la práctica, por los Equipos de Atención Primaria, para el abordaje de la obesidad en adultos.
Metodología:
Se realizó una búsqueda bibliográfica en nueve bases de datos disponibles on-line: Medline, Biblioteca Cochrane, Cinhal, Cuiden Plus, Embase, Scielo, Lilac, Trip DATABASE, IME
Palabras clave utilizadas: Obesidad y Atención Primaria, y sus DeCS correspondientes en inglés y español.
Criterios de inclusión de los estudios: ensayos clínicos aleatorios y revisiones sistemáticas, que investiguen intervenciones eficaces para el abordaje de la Obesidad en personas adultas en Atención Primaria. La búsqueda se limitó a los últimos diez años y los idiomas fueron inglés y español. Se excluyen todos los estudios sobre tratamientos quirúrgicos o farmacológicos.
Para la lectura crítica se utilizaron las herramientas propuestas por el grupo CASPe y esta se realizó por dos personas, Para la clasificación del nivel de evidencia y la elaboración del grado de recomendación se utilizo la clasificacion propuesta por el Joanna Briggs Institute.

Resultados:
En enero 2012 se realizó una búsqueda bibliográfica, encontrando 508 artículos, de los cuales se han eliminado 479 por no reunir criterios de inclusión. De los 29 artículos seleccionados se han recuperado a texto completo 22, el resto no ha sido posible conseguirlos. De éstos, sólo 9 reunían los criterios de inclusión, y las recomendaciones que se pueden extraer son:
• La intervención dietética individualizada ha demostrado ser eficaz en cuanto a la pérdida de peso, frente a la no intervención. Con nivel de evidencia 1 y grado de recomendación A.

• Los mejores resultados se obtienen al combinar una dieta específica con el aumento de la actividad física y terapia conductual. Con nivel de evidencia 1 y grado de recomendación A.

Conclusiones:

En base a las recomendaciones encontradas es necesario realizar un abordaje integral de las personas que tienen obesidad, planificando una dieta individualizada, ejercicio físico y terapia conductual.
Nosotros proponemos que en los Equipos de Atención Primaria se debe intervenir en el abordaje de todos los aspectos que están relacionados con este problema de salud: y los enfermeros establezcan dietas conforme al gasto calórico de la persona, junto con un programa de actividad física adaptados a las preferencias de cada persona, con el fin de lograr una mayor adherencia al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Moreno-Esteban B, Tebar-Masso J.B. Consenco de la SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapeútica. Revista española de obesidad Marzo 2007.

Harvey EL, Glenny A-M, Kirk SFL, Summerbell CD. Mejorar el manejo de los profesionales de la salud y la organización de la atención para personas con exceso de peso y obesas (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).

Fecha de la modificación más reciente: 23 de junio de 2001

Fecha de la modificación significativa mas reciente: 13 de enero de 2001

AUTORES/AUTHORS:
JUAN MADRID MERCADER, INMACULADA CARSELLÉ Mª DOLORES, LUIS MARTINEZ MARTINEZ, Mª ANTONIA MARTINEZ SANCHEZ, Mª CARMEN FONT ESCODA, Mª PILAR BONMATÍ MONDEJAR

TÍTULO/TITLE:
INTERVENCIÓN EDUCATIVA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES TRATADOS CON ANTICOAGULANTES ORALES

INTRODUCCIÓN
La complejidad del tratamiento anticoagulante oral pone de manifiesto la ncesidad de instaurar programas de seguimiento, así como intervenciones en este tipo de pacientes.1
El seguimiento del paciente anticoagulado se encarga la enfermera en colaboración con el prosfesional médico.2
El paciente anticoagulado debe recibir educación sanitaria con información escrita, fundamentalmente con aquellas circunstancias que modifiquen el tratamiento anticoagulante.3
OBJETIVO
Mejorar los conocimientos de los pacientes tratados con anticoagulantes orales (ACO) en nuestras Zonas Básicas de salud y valorar la efectividad de las sesiones educativas.
Aumentar el número de pacientes anticoagulados con buen control terapéutico o dentro del rango INR establecido para cada patología.
METODOLOGIA
Estudio cuasiexperimental antes/después. Periodo de estudio: enero-mayo 2012. Población: De una población total de 582 personas en tratamiento con ACO se determinó un tamaño muestral de 231 (nivel de confianza 95%, prevalencia esperada 50% y precisión 5%), adscritas a dos Zonas Básicas de Salud. Se seleccionaron aleatoriamente. Fuentes de datos: Historia clínica informatizada, informe de hoja de dosificación validada por el servicio de hematología, cuestionario de datos sociodemográficos, encuesta previa y posterior a una sesión educativa grupal para valorar la percepción de los pacientes sobre conocimientos, mediante un test de 12 preguntas cerradas (ítems) con 4 opciones de respuesta según escala analógica de 0-3 (nada=0, a bastante=3). Se realizaron 15 sesiones educativas a grupos de 10 usuarios cada una. Se registraron datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel de estudios y situación laboral), control INR antes y después de la intervención, valorando si estaba correctamente anticoagulado o fuera de rango para cada patología concreta. Análisis de datos: Uni-Bivariante (frecuencias, descriptivos, intervalos de confianza 95%, t-student). Se utilizó un cuestionario sobre conocimientos relacionados con la anticoagulación, autoadministrado antes y después de las sesiones educativas. Para valorar las diferencias antes y después en el control en rango de INR se utilizó Xi2.
RESULTADOS
Participaron 148 personas de las que 90(60,8%) eran hombres. La edad media fue de 71,39 (69,37-73,41) años, no encontrándose diferencias por sexo. 133(89,9%) participantes no trabajaban, no tenían estudios 31(20,9%) y con estudios universitarios 26(17,6%).El motivo de anticoagulación oral más frecuente son las arritmias 98(66,7%).
Tras la intervención se mejoró de forma significativa en todos los ítems del cuestionario ($p < 0,01$) destacando en las preguntas "¿Sabe qué es el INR y cual debe tener usted?" (preintervención: 0,97 frente a postintervención: 2,41) y "¿Sabe qué debe hacer en caso de diarrea importante? (0,7 frente a 2,41). "¿Sabe si debe llevar alguna identificación como paciente anticoagulado?" (1,13 frente a 2,71). "¿sabe qué medicación puede tomar en caso de fiebre o dolor?" (1,42 frente a 2,55) "¿sabe usted qué es un Anticoagulante Oral?" (1,54 frente a 2,61). El conocimiento global con respecto al tratamiento con anticoagulantes orales era 19,71 frente a 31,6 postintervención (valor máximo de conocimientos=36) $p < 0,01$.
Antes de la intervención 71 (50% de la población estudiada, ya que existieron 7 pérdidas) personas tenían mal control INR. Tras la intervención, 39 personas de las 71 mal controladas (54,9%) mejoraron y pasaron a estar adecuadamente controladas, ($p= 0,31$).

Sin embargo, de los pacientes bien controlados, 28 (39,4%) obtuvieron un control INR posterior fuera de rango.

CONCLUSIONES

La población anticoagulada presenta un elevado número de personas con estudios básicos o ausencia de ellos y una edad media alta, lo que de por sí justifica una intervención mediante educación sanitaria.

Esta actividad mejora los conocimientos sobre anticoagulación de forma global, y específicamente sobre: actuación ante la diarrea, el concepto de INR y su rango terapéutico, qué fármacos se pueden utilizar ante síntomas y signos prevalentes de dolor o fiebre, y finalmente la importancia de ir en todo momento identificado como paciente anticoagulado ante cualquier eventualidad.

El control mediante INR mejora en los pacientes previamente mal controlados, tras una intervención en educación para la salud, sin embargo, precisamos de estudios con mayor tamaño poblacional para determinar que las diferencias sean significativas, tal y como proponen algunos autores4.

Dentro de la educación sanitaria enfocada a la mejora del control de los pacientes anticoagulados no se puede obviar a los que ya presentan un buen control, dado que el objetivo es que permanezcan en rango terapéutico, lo que supone una posibilidad de mejora en este tipo de estudios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.- Peris JF, Martínez G, Martínez P, Fernández E, Moreno A, Martínez M. Evaluación de un programa de seguimiento de pacientes ancianos institucionalizados en tratamiento con ACO. Farm Hosp 2007; 31: 120-123

2.- Zapata MA, García S, Jiménez A. Manejo del paciente anticoagulado en Atención Primaria. Nure investigación 2008; nº 34.

3.- Guía terapéutica en Atención Primaria. Semfyc. Consultado el 19/07/2012 en: http://www.guitareputica.net/4edicion/ficha_p.php?ID=137

4- De Felipe R. Nivel de conocimiento de los pacientes anticoagulados en un centro de salud; relación con el control terapéutico. Aten Primaria 2003; 32(2): 101-105.

Mesa de comunicaciones 22: Evaluación de Intervenciones

Concurrent Session 22: Intervention Assessment

AUTORES/AUTHORS:
Matilde Fernández y Fernández-Arroyo, Isabel Muñoz San Roque, Jorge Torres Lucas

TÍTULO/TITLE:
Análisis de la evaluación de los programas de Educación Maternal en Atención Primaria en Madrid

JUSTIFICACIÓN: Los programas de Educación Maternal (E.M.) son una de las principales medidas estatales para abordar el objetivo de salud maternoinfantil que dictamina la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) de cara al 2015 [1]. Por ello están incluidos en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud desde 1983 [2]. Sin embargo, a pesar de la importancia de la educación prenatal, según las últimas revisiones, hoy no se conocen ni los resultados ni los mejores enfoques educativos [3-8]. Esta situación hace necesario que se investigue sobre los principales elementos que pueden aportar información sobre la calidad de los programas actuales: los profesionales y la evaluación.
OBJETIVOS: Conocer el perfil profesional de las matronas que imparten los programas e identificar las características de la evaluación que se realiza.
MÉTODO: Ámbito: Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (C.M.). Diseño: Estudio descriptivo transversal. Sujetos participantes: Muestra probabilística estimada por análisis de la variabilidad del cuestionario para un intervalo de confianza del 95% para un promedio tendría una amplitud de +/- 0,99 puntos con un tamaño de 44. Para garantizar la representatividad de las 11 áreas sanitarias se determinó 4 matronas por área. De las 172 matronas que cumplen el criterio de inclusión (impartir el programa) se recibieron 94 solicitudes (54,6%). Cumplían el criterio de representatividad y se aceptaron. Momento del estudio: 1/10/2007 a 31/1/2008. Instrumento: Cuestionario de 25 ítems cerrados de elaboración propia, previamente validado con 10 expertos. Variables: 7 características socio-profesionales, 9 elementos de motivación (escala Fernández, a Cronbach = 0,78) [9] y 16 características de evaluación del programa en base a la revisión bibliográfica. Análisis estadístico de datos con programa SPSS v.14. Operativización de las variables como numéricas y calculo de medidas de tendencia central, dispersión y frecuencias. Consideraciones éticas: aprobación por Universidad Pontificia de Comillas. Consentimiento direcciones asistenciales. Consentimiento informado de los participantes y garantía de confidencialidad según legislación.
RESULTADOS:
Perfil de los profesionales. De los sujetos que participaron en el estudio el 97,8% fueron mujeres (N=92) y la edad media fue de 48 años (s= 8,2). La situación laboral fue de plaza en propiedad en el 81,7%. Su experiencia profesional fue superior a 20 años en un 70%. La formación de las matronas corresponde en un 78,5% (n=73) a la modalidad de formación de especialidades de enfermería anterior a 1986. La primera fuente de formación en E.M. es el intercambio con compañeras con un 84,9% (n=79), seguida de la formación continuada fuera del área de trabajo con 80,6% (n =75) y la búsqueda bibliográfica con 65,6% (n=61). Los mayores porcentaje sobre el tiempo que llevaban impartiendo el programa corresponden a menos de 5 años (24,7%), seguido de las que llevaban entre 15 y 19 años (21,5%) y entre 20 y 24 años (20,4%).
Los resultados de los nueve componentes de motivación estudiados de la escala de Fernández [9] de siete categorías (1-Muy bajo; 2-Bajo; 3-Medio bajo; 4-Medio; 5-Medio alto; 6-Alto; 7- Muy alto) fueron:
1- La “Percepción del valor atribuido a los programas de E.M. por la dirección” fue de nivel "Medio" en el 61,3% (Media= 4,30; DM=1,5).
2- La “Percepción del valor atribuido a los programas de E.M. por la población beneficiaria” o percepción del agradecimiento de las mujeres por la actividad fue "Alto" en el 53,8 (Media= 5,75; DM= 0,96).
3-Las matronas consideraron que los programas tienen un “valor para las gestantes y/o sus parejas” "Muy alto" en el 21,5%, "Alto" en el 44,1%, "Medio alto" en el 24,7%, "Medio" en el 8,6%, "Medio bajo" en un 0% y "Bajo" en el 1,1% (Media= 5,75; DM=0.96).
4- El “nivel de competencia” que las matronas percibieron que ostentan para impartir los programas fue "Alto" en el 50,5% (Media= 5,76; DM= 0,87).
5- El “grado de control” que las matronas percibieron que tienen durante el desarrollo del programa fue "Alto" en el 58,1% (Media=5,78; DM= 0,93).
6- La “elección de comenzar la actividad” expresada a través del agrado con el que realizan la actividad de la impartición de los programas fue en un 53,8% "Alto" o "Muy alto", en un 45,3% "Medio" y en un 1,1% "Bajo" (Media= 5,54; DM= 1,12).

7- La “perseverancia” expresada a través de la monotonía con la que se realizaba la actividad de impartición de los programas fue "Media" en un 56,9%, y "Baja" o "Muy baja" en un 38,7% (Media= 4,99; DM= 1,25).
8- La “percepción del compromiso cognitivo por cumplirla” expresado a través de la atribución de los resultados de los programas al esfuerzo personal de los profesionales fue "Alta" en el 53,8% (Media= 5,69; DM= 0,70).
9- La “percepción sobre el resultado del programa para mejorar la vivencia del embarazo, parto y puerperio” fue "Alta" en el 57% (Media= 5,63; DM=0,70).
Características de la evaluación. De los sujetos que participaron en el estudio realizaban evaluación del programa el 76,3% (n = 71). Consideraron importante el apartado de evaluación un 69,2% (n=63). La evaluación se realizaba siempre en el 52,2% (n=48). El “tipo de evaluación que se realizaba según la extensión” fue global en un 62,4% (n=58). El “momento en el que integraba la evaluación” fue al finalizar el programa en el 69,9% (n=65), un 17,2% (n=16) durante el puerperio, un 15,1% (n=14) después de cada sesión, y al finalizar el puerperio el 7,5% (n=7). Entre los “instrumentos que se emplean para la evaluación” el más utilizado son las preguntas y el coloquio al finalizar el programa en un 59,1% (n= 55), seguido de la observación en un 43% (n=40). La utilización de cuestionario se da en el 21,5% (n=20). Respecto a los “aspectos que se contemplan en la evaluación” destacaron los contenidos del programa 60,2% (n= 56), la resolución de dudas 54,8% (n= 51) y su utilidad para entender y afrontar nuevas situaciones 51,6% (n=48). La mayor utilidad del apartado de evaluación es la toma de decisiones para la mejora 52,7% (n=49) y la menor es la publicación 8,6% (n= 8). El 34,4% no refiere dificultad para llevar a cabo la evaluación y el 73,9% desearía mejorar este apartado. Entre las principales dificultades que encuentran para realizar la evaluación señalan la falta de tiempo específico 50,5% (n=47), el elevado número de población que deben atender en el 47,3% (n=44) y la falta de recursos para explotar los datos en el 43% (n=40).
DISCUSIÓN: Dadas las características de la muestra los resultados se pueden extrapolar a toda la C. M.. El perfil profesional impresiona por la homogeneidad. Hay que destacar que un 65,6% refiera formarse en E. M. a través de la realización de búsqueda bibliográfica, este resultado es positivo ya que supone una actividad científica indispensable para el desarrollo profesional.
En cuanto a las características de motivación con respecto a la impartición de los programas de E.M., los datos son novedosos ya que no se han encontrado trabajos con los que comparar. Resulta interesante que los elevados niveles de motivación de las matronas hacia los programas se muestren independientes de la edad, la formación inicial de las matronas, la situación laboral, los años de experiencia profesional y del tiempo impartiendo los programas. Es positivo que las matronas perciban que los programas de E.M. son una actividad con un alto valor y con un resultado muy beneficioso para que las mujeres puedan mejorar su vivencia de la gestación, del parto y del puerperio. Estos elementos junto con alta percepción de competencia, control y compromiso cognitivo con la actividad formativa hacen pensar que en el momento del estudio dentro de las actividades de matrona de primaria [10], se está priorizando la impartición de los programas de E. M.. En el estudio de Fernández [11] ya se apreciaba este dato. Este hecho invita a estudiar el desarrollo del resto de competencias de matrona en atención primaria. Finalmente cabe preguntarse si esta elevada motivación se da se da en otras comunidades, en otros programas de educación para la salud, en otras intervenciones en cuidados, en otros profesionales, etc.
En cuanto a las características de la evaluación sólo se han encontrado dos estudios en la C.M. con un carácter global con los que comparar [11,12]. El porcentaje de evaluación (76,3%) es superior a los trabajos de 1997 (62,2%) y 2006 (27%). La forma de evaluar predominante corresponde a una evaluación global de todo el programa (62,4%) por lo que deberían estudiarse medidas para mejorar la evaluación de los tres niveles del programa y de las sesiones. En cuanto a la periodicidad hay que mejorar la sistematización de la evaluación (Siempre=52,2%). Respecto al momento en el que se realiza, se aprecia un inicio de evaluación de impacto a corto (17,2% en el puerperio) y a medio plazo (7,5% después del puerperio) que supone un avance. La utilización de cuestionarios es reducida (21,5%), lo que hace que no se fácil cuantificar los datos y realizar análisis estadísticos que permitan objetivar resultados. Esto junto con las dificultades detectadas para evaluar indican la necesidad de investigar en este campo. Los elementos que se contemplan en la evaluación son heterogéneos. Los tres únicos cuyo porcentaje supera el 50% son los contenidos, la resolución de dudas y la ayuda para mantener y afrontar nuevas situaciones. Este dato junto con que la única utilidad

con un porcentaje superior al 50% es la toma de decisiones para la mejora y que hay un alto deseo por mejorar el apartado de evaluación (73,9%), hablan del interés por adecuar los programas a las necesidades de las mujeres y nos plantean si los programas se encuentran en constante evolución. La baja utilidad para publicar (8,6%) junto con los estudios que hablan de la dificultad de las matronas para publicar [13] hace reflexionar sobre la necesidad de buscar estrategias que faciliten la publicación de los estudios y puede explicar la falta de evidencia científica.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: El estudio permite establecer medidas encaminadas a fomentar el alto nivel de motivación encontrado y a desarrollar el apartado de la evaluación. El trabajo evidencia la necesidad de trabajar en la construcción de herramientas de evaluación, tipo cuestionario, que permitan la rápida tabulación y explotación de los datos para el análisis y el diseño de programas de mayor calidad.

La mayor limitación es haber circunscrito el estudio a la C. M., por lo que dentro del estado español sólo conocemos las características de esta Autonomía. Esta circunstancia es también el mayor valor del trabajo, ya que puede ser un referente para que otras comunidades de forma individual o desde una perspectiva interterritorial planteen investigaciones sobre el perfil profesional y las características de la evaluación de sus programas de E.M. en el Sistema Nacional de Salud.

El trabajo aporta conocimiento sobre la motivación de los profesionales hacia una actividad de educación para la salud que promueve la O.M.S. de la que no se han encontrado estudios. Esto hace que se inicie una vía de investigación que relaciona el perfil profesional con el desempeño de las intervenciones de salud. También ayuda a comprender porque hoy no conocemos los mejores enfoques educativos y las mejores estrategias de aprendizaje para la educación prenatal [3-8].

De todas las propuestas de mejora que se derivan del presente trabajo se beneficiarán las Instituciones Sanitarias estatales que conocerán los resultados de un programa de cartera de servicios, los profesionales de la salud que administrarán cuidados más adecuados y eficaces, y todas las futuras madres y padres que podrán recibir una atención sanitaria de mayor calidad.

AGRADECIMIENTO: A todas las matronas de Atención Primaria de la C.M.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe del decenio sobre el seguimiento de la supervivencia materna, neonatal e infantil. 2010. Disponible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/Countdown_2010_es.pdf (Acceso Sep. 2012).

2- Ministerio de Sanidad y Consumo. REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222 Sábado 16 septiembre 2006 32650- 32679.

3- Archabald K, Lundsberg L, Triche E, Norwitz E, Illuzzi J. Women's prenatal concerns regarding breastfeeding: are they being addressed? J Midwifery Womens Health 2011 Jan-Feb; 56 (1): 2-7.

4- Bailey JM, Crane P, Nugent CE. Childbirth education and birth plans. J Midwifery Womens Health. 2009 Nov-Dec; 54(6):469-76.

5- Armigo C. Prenatal education regarding gestational development, viability, and survivorship: looking to our obstetric colleagues for change. Adv Neonatal Care 2008 Jun; 8 (3):185-9

6- Arslan F, Hatipo_glu S. Determining the effect of education and counselling program in infant care on the quality of life of the primiparous mothers. Balkan Mil Med Rev 2007; 10:21–8.

7- Gagnon A J, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(3):CD002869.

8- Barlow J, Coren E. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD002020.

9- Fernández M. Construcción de una escala para medir el perfil motivacional de las matronas hacia los programas de educación maternal. Index Enferm (Gran) 2009; 18 (2):126-130.
10- Circular nº 5/91 (25 Febrero) INSALUD. Sobre ordenación de actividades de la Matrona de Área en Atención Primaria.
11- Fernández M, Sánchez MI, Blanco ML, Cenjor M, Díaz J, Elena A, Gonzalez RM, Gutierres L, Heras CI, Martínez MC, Pardeiro S, Sánchez MF. Análisis de los programas utilizados por las matronas en Educación para la Maternidad en los distintos centros de la comunidad de Madrid. Matronas Hoy 1999; 12 (1º T): 6-14.
12- Gallardo Diez Y, Sánchez Perruca MI. Opinión de las matronas de atención primaria de Madrid sobre la evolución de los programas de educación maternal. Matronas Prof. 2007;(1):5-11.
13- Sánchez Perruca MI. Objetivos Educativos en Educación para la Salud. Matronas Prof. 2001; 3: 23-28

AUTORES/AUTHORS:
Maria Antonia Campo Osaba, Jose Luis del Val García, Carolina Lapena Estella, Araceli García García, Vicencia Fernandez Laguna, Olga Lozano Randón, Rómulo Rodriguez Aira, Ziortza Martín Díaz de Mendivil

TÍTULO/TITLE:
Efectividad de una intervención grupal de promoción de la salud: análisis a los 6 meses de finalizada la intervención

INTRODUCCIÓN
La promoción de la salud y las intervenciones de salud comunitaria continúan siendo una de las asignaturas pendientes de los sistemas de salud. En el Plan de Salud, de la Generalitat de Catalunya 2011 – 2015 (1) algunos de los objetivos prioritarios son aumentar la esperanza de vida vivida con buena salud en hombres y mujeres, reducir la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, reducir la prevalencia del sedentarismo, del sobrepeso y obesidad. Para lograr estos objetivos sigue siendo prioritario potenciar los programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Los problemas de salud más prevalentes en la actualidad (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes,…) están relacionados en gran medida con hábitos de vida. Un estilo de vida sedentario y una alimentación desequilibrada son factores de riesgo para padecer dichas enfermedades crónicas (1-4). Se estima que un 35% de cánceres están relacionados con desequilibrios en la alimentación. (5-6)

La efectividad de las diferentes intervenciones grupales de promoción de la salud descritas en la literatura es variable. Estos programas suelen combinar un enfoque de cambio de estilo de vida con el de una alimentación sana, el aumento de la actividad física y la modificación de la conducta.
La crítica a bastantes estudios basados en programas educativos para fomentar el cambio de hábitos se centra en la falta de eficacia a largo plazo de dichas actividades educativas (11 _ 13). En una revisión sistemática en pacientes con diabetes mellitus, encontraron evidencia de que la educación grupal resultaba efectiva para el buen control metabólico, para la reducción de la presión arterial y el peso corporal, y para el aumento del autocontrol, la calidad de vida, las habilidades de autocuidado y la satisfacción con el tratamiento a corto plazo pero estas mejoras no se mantenían pasado 6 o 12 meses de la intervención. (14)

Nuestra revisión sobre el tema nos ha permitido constatar la efectividad de los grupos para la incorporación de hábitos saludables pero estos cambios positivos no se mantienen en el tiempo, una vez finalizada la actividad grupal. Continuando la revisión y reflexión sobre las causas por las que no se mantenían estos cambios encontramos que los estudios sobre promoción de la salud suelen abordar aspectos específicos, (actividad física, alimentación…) pero no contemplan todos los aspectos que influyen en los comportamientos y en la salud y bienestar de las personas. Por eso, en este estudio nos planteamos planificar una intervención comunitaria que contemplase no solamente aspectos físicos sino emocionales y sociales que tiene que ver con la salud y el bienestar. Como marco teórico de la propuesta se ha utilizado el modelo conceptual de enfermería de Virginia Henderson (15) que ha resultado útil en los cuidados individuales, y nuestra hipótesis es que este modelo conceptual es igualmente útil para orientar las actuaciones de promoción de la salud, ya que contempla a la persona de manera integral dando importancia tanto a aspectos físicos como psíquicos, emocionales, culturales y espirituales.

Henderson define a la persona como un todo que presenta 14 actividades de vida que ha de satisfacer para mantener su salud y su bienestar y desarrollar todas sus capacidades. El año 2008 se desarrolló por parte del equipo investigador el material educativo necesario para realizar educación grupal, que denominamos “TALLER DE SALUD “(16). El taller está estructurado en 8 sesiones a

partir de las actividades de vida descritas por Henderson. En las diferentes sesiones se incorporan herramientas para ayudar a integrar en la vida diaria hábitos saludables que ayuden a mejorara la calidad de vida y tienen una relación directa con los problemas de salud más prevalentes. Además estos hábitos saludables figuran como prioritarios en los planes de salud de todas las comunidades autónomas.

En el presente artículo se presentan los resultados post_intervención y al os 6 meses de finalizada la intervención de un ensayo clínico sobre la efectividad del taller de salud (16, 17) realizado en 2011, y cuyos objetivos fueron: Identificar en los participantes de un taller de salud, los cambios que se mantienen en la calidad de vida según cuestionario SF36 y en la alimentación según cuestionario PREDIMED a los 6 meses de finalizada la intervención. Comparar los datos de los participantes en el taller con los mismos datos a los 6 meses en el grupo control.

METODOLOGIA
Ensayo clínico controlado aleatorizado, comparando a un grupo de personas que realizan talleres de salud con un grupo control de similares características que no realizan talleres de salud.

Ámbito: Atención primaria

Criterios inclusión: Personas de ambos sexos entre 18 i 70 años que den su consentimiento para participar.

Criterios de exclusión:
Dificultad para mantener su participación durante 12 meses.
Dificultad para entender y expresarse en castellano
Problemas de salud mental graves.
Otros problemas de salud que no aconsejen su participación o no permitan el seguimiento previsto.

Tamaño muestral: Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral, se precisan 108 sujetos por grupo para detectar como estadísticamente significativa una diferencia del 20% entre grupos en la calidad de vida medida con el cuestionario SF-36. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%.
Análisis de datos: Prueba de la T de Student para comparar las diferencias entre variables cuantitativas o su equivalente no paramétrico si la distribución de la variable no cumple criterios de normalidad (Kolmogorov-Smirnof). Prueba de la Chi cuadrado para comparar las diferencias entre variables cualitativas Modelo de regresión logística para analizar las diferentes variables significativas al análisis bivariante relacionadas con la intervención

RESULTADOS
Los dos grupos fueron comparables para todas las categorías del SF36 a excepción de Salud general y vitalidad ($p<0,05$) aunque en ningún caso se trató de diferencias clínicamente relevantes.
Al realizar análisis comparativo a los 3 y 6 meses, no se apreció ninguna diferencia para el grupo control respecto del punto de partida.
En el grupo intervención, fueron estadísticamente significativas las diferencias a los 3 meses para las siguientes dimensiones:

- Función física: +12,72
- Rol físico: +4,53
- Dolor corporal: +11.90

- Vitalidad: +14.40
- Función social: +12.27
- Rol emocional+5.97
- Salud mental: +11.34

Y estas diferencias se mantuvieron para todas estas dimensiones, y se sumó también la salud general a los 6 meses:

- Función física : 14,20
- Rol físico : 4,37
- Dolor corporal : 11,58
- General health : 10,09
- Vitalidad : 12,38
- Función social : 11,37
- Rol emocional : 4,29
- Salud mental : 12,85

La puntuación del cumplimiento dietético (predimed) al inicio fue de 8.9 (ds: 2.47), sin que se observaran diferencias estadísticamente significativas entre grupos.
Al realizar en análisis comparativo a los 3 y 6 meses, no se apreció ninguna diferencia para el grupo control respecto del punto de partida.
El grupo intervención aumentó la puntuación a los 3 meses (+3.22 ds: 0.33) y se mantuvo a los 6 meses (+2.42 ds: 0.48), siendo estas diferencias estadísticamente significativas respecto al punto de partida.

DISCUSION
Las mejoras obtenidas al finalizar la intervención en calidad de vida percibida y alimentación saludable se mantienen a los 6 meses lo que permite afirmar que es una buena herramienta de promoción de la salud. El material elaborado para el desarrollo del taller facilita su reproducción y se encuentra disponible para los profesionales que quieran utilizarlo y lo soliciten

Los cambios producidos en la dieta que representan mejor puntuación en el grupo de intervención tiene que ver con la utilización de aceite de oliva como grasa habitual, el aumento en el consumo de frutas, verduras, pescado y legumbres y disminución del consumo de carnes rojas y de bollería industrial con la consiguiente disminución de grasas saturadas así como en la mejora de la calidad de vid percibida, suponen una mejora en la prevención de enfermedades crónicas (DM, HTA, algunos tipos de cáncer).

Los resultados de nuestro estudio sugieren que los cambios que se han producido con la intervención y que se mantienen a los 6 meses, se mantendrán en el tiempo ya que además de los hábitos saludables los participantes han desarrollado habilidades de autocuidado (relajación, manejo de emociones, relacionarse adecuadamente con su entorno, desarrollar un trabajo creativo que les produzca sensación de utilidad y plenitud, actividades creativas). Actualmente estamos en proceso de recogida de datos pasados 12 meses de la intervención, cuyos resultados comunicaremos en próximos artículos.

CONCLUSIONES
La estructura de taller de salud que presentamos supone un valor añadido a las intervenciones habituales de promoción de la salud ya que ofrece un abordaje integral y holístico de la salud.

Contar con un material estandarizado y validado, facilitará ofrecer este servicio de manera amplia.

El compromiso del grupo investigador es mantener un seguimiento de la realización de los talleres en otros centros y de los resultados que se obtengan de manera que podamos continuar evaluando su efectividad.

Agradecimientos
Este estudio fue realizado con una ayuda de Investigación de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Servicios de Salud, concedido por el Instituto de Salud Carlos III (PI09/90746). Igualmente ha contado con una ayuda XB del Àmbit de Barcelona ciutat del Institut Català de la Salut.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA

1. Plan de Salud 2011-2015:86. Generalitat de Catalunya. Plan de Salud. Barcelona: disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut_vfinal.pdf
2. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Ministerio de Sanidad y consumo. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención para la obesidad (NAOS).Madrid, 2005.
3. Kromhout D. Diet and cardiovascular diseases. J Nutr Health Aging 2001; 5(3): 131.
4 De Oliveira Otto MC, Mozaffarian D, Kromhout D, Bertoni AG, Sibley CT, Jacobs DR Jr, Nettleton JA. Dietary intake of saturated fat by food source and incident cardiovascular disease: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. Am J Clin Nutr. 2012 Jul 3. [Epub ahead of print]
5. Schulze MB, Hu FB. Dietary patterns and risk of hypertension, type 2 diabetes mellitus, and coronary heart disease. Curr Atheroscler Rep 2002; 4: 462-7.
6. Willett WC. Diet and cancer. The Oncologist, 2000; 5: 393-404.
7. Steptoe A, Perkins-Porras L, Rink E, Hilton S. Behavioural counselling to increase consumtion of fruit and vegetables in low income adults:randomised trial. BMJ. 2003;326:855-06.
8. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med. 2002;22:67- 70
9. Mansilla J, Herrera B, Perdigón P, Montes M, Sánchez M. Actividad física durante el tiempo libre en población adulta. Metas de Enfermería. 2002;49:60-5.
10.- . Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RDRR. Entrenamiento grupal de estrategias de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.updatesoftware.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons,Ltd.).
11. Henderson, V. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. McGraw-Hill- Interamericana, 1994.
12. Campo Osaba MA; Laguna Fernandez V. Talleres de salud: guía para su desarrollo, Enfermería Comunitaria II: 1018 -1043, DAE colección Enfermería 21, 2ª edición Octubre 2008
13. Campo Osaba MA, Del Val Garcia JL, Lapena Estella C, Laguna Fernandez V, Garcia Garcia A, Lozano Randon O, Martin Diaz de Mendivil Z, Rodriguez Aira R, Borras Gallart E, Orfila Pernas F, Tierno Ortega MT. The effectiveness of a health promotion with

group intervention by clinical trial. Study protocol. BMC Public Health 2012, 12:20928

AUTORES/AUTHORS:
Pedro Luis Pancorbo-Hidalgo, José Carlos Bellido-Vallejo, Isabel María López-Medina, María Auxiliadora Ochoa-Palop, María Paz Salido-Moreno, Francisca García-Gómez, María Socorro García-Moreno, María del Carmen Rodríguez-Torres

TÍTULO/TITLE:
VALIDACION DE CONTENIDO DEL RESULTADO “CONOCIMIENTO: GESTIÓN DEL DOLOR” DE LA CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA

Los cuestionarios son instrumentos diseñados con el propósito de facilitar la recogida de información en un campo específico, mediante los cuales se garantiza el rigor de los datos obtenidos permitiendo cuantificar, universalizar y comparar la información (1-2). Las enfermeras disponen de la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) para medir los resultados y avances en salud de los pacientes en base a las intervenciones de enfermería (3). Cada uno de los resultados incluidos en la CRE es en sí mismo un cuestionario dirigido específicamente a la valoración y evaluación de un determinado aspecto de los cuidados enfermeros. En el entorno español se están desarrollando estudios con el fin de analizar la utilidad de CRE y el impacto de las intervenciones enfermeras a través de estos cuestionarios, aunque todavía se pueden considerar escasas las investigaciones que analizan la validez y fiabilidad de cada uno de ellos (4).
El dolor es un problema de salud pública con una alta prevalencia que tiene profundos efectos sobre las personas que lo padecen con repercusiones que trascienden del ámbito personal al familiar, laboral, económico y social (5). Es un concepto subjetivo y multidimensional que ha estimulado el desarrollo de múltiples métodos y medidas para su medición y evaluación (6).
El presente trabajo se centra en una de las dimensiones de la validez de uno de los cuestionarios de la CRE y forma parte del estudio denominado “Validación de los cuestionarios relacionados con el dolor de la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) en el contexto español”.
OBJETIVOS
Analizar la validez de contenido (VC) del resultado “Conocimiento: gestión del dolor” de la Clasificación de Resultados de Enfermería (3).
Averiguar si hay nuevas dimensiones que pudieran ser incluidas en el resultado “Conocimiento: gestión del dolor”.
Conocer la orientación del resultado “Conocimiento: gestión del dolor” en relación con la duración del proceso doloroso.
MÉTODO
Creación de un panel de expertos formado por profesionales con experiencia clínica/docente/investigadora relacionada con el dolor en el ámbito español.
Encuesta informatizada a través de la plataforma SurveyMonkey® durante los meses de enero-febrero de 2012.
El cuestionario “Conocimiento: manejo del dolor” de la CRE, sometido previamente a un proceso de doble traducción y adaptación cultural, pasa a denominarse “Conocimiento: gestión del dolor”. La versión adaptada es evaluada por los expertos mediante rondas de consenso (Técnica Delphi), para determinar la validez de contenido.
En la primera ronda, los expertos son consultados sobre lo adecuado que consideran los indicadores (ítems) respecto del constructo “Conocimiento: gestión del dolor” definido como "Grado de conocimiento transmitido sobre las causas, síntomas y tratamiento del dolor". Además son requeridos para que identifiquen otras dimensiones que no estando en la versión sometida a valoración, ellos las consideran importantes para que el cuestionario tenga una adecuada representación del universo de dimensiones relacionadas con el mismo. También se les solicita que determinen en qué situaciones de temporalidad del dolor se considera aplicable éste resultado.
En una segunda ronda, los expertos son consultados de nuevo sobre lo adecuado que consideran cuatro nuevas dimensiones surgidas de las propuestas realizadas por los expertos en la primera ronda de consenso.

Análisis estadístico. Descriptivo:
Perfil experto. Frecuencia y porcentajes para variables cualitativas, medidas de dispersión central para variables cuantitativas, intervalos de confianza al 95%.
Índice de Validez de Contenido (IVC) (7-9). (a) Para indicadores: Índice de Validez de Contenido Indicadores (I-IVC), Probabilidad de acuerdo por azar, Kappa modificado, Criterios de evaluación para Kappa. (b) Para resultado: Índice de Validez de Contenido Acuerdo Universal (R-IVC/AU). Índice de Validez de Contenido Promedio (R-IVC/Prom).
RESULTADOS
En la primera ronda responden 18 expertos y en la segunda 21. La mayoría de los expertos son diplomados en enfermería (90,47%), con perfil asistencial (52,4%) en unidades de Hematología, Oncología, URPA, Cuidados Intensivos, Unidades de dolor agudo y Crónico; de la provincia de Jaén (52,4%), experiencia media en atención al dolor de 13,17±7,2 años (IC95% 9,24–17,10).
Para el resultado “Conocimiento: gestión del dolor” el IVC según el método de acuerdo universal (R-IVC/AU) otorga una puntuación de 0,24, mientras que el método de promedio (R-IVC/Pro) proporciona un valor de 0,86. Tras ser ajustados por la probabilidad de acuerdo por azar, para el resultado ambos índices obtienen puntuaciones de 0,24 y 0,83 respectivamente.
El cálculo del IVC para los indicadores muestra que existe acuerdo absoluto en 10 de ellos, mientras que los 31 restantes se mueven en un rango de puntuaciones de 0,50 a 0,94. Estos indicadores tras el ajuste de la probabilidad de acuerdo por azar, muestran puntuaciones (Kappa modificado) que van de 0,27 a 0,94. La aplicación de los criterios de evaluación para Kappa (8,10) nos permiten catalogar a 33 de ellos como Excelentes, 5 como Buenos, uno como Escaso y dos como Pobres.
Las cuatro nuevas dimensiones surgidas de las propuestas de los expertos, presentan puntuaciones Kappa entre 0,61 y 0,90, lo que permite catalogar a dos como Excelentes y dos como Buenos.
La mayoría de los expertos opinan que éste resultado tiene aplicación en situaciones donde el dolor es de media-larga duración (50% entre uno y tres meses; 83,3% entre uno y seis meses; 88,8% más de seis meses), lo que en términos clínicos equivale al dolor crónico.
DISCUSIÓN
La validez es un factor crucial en la selección o aplicación de un instrumento, dentro de la cual la VC es decisiva para la comprensión de los resultados de la investigación y sus aplicaciones prácticas (11). Frecuentemente el desarrollo de escalas proporciona evidencia de la VC mediante el cálculo del IVC, para lo cual se toman en consideración las puntuaciones que otorgan los expertos sobre la relevancia de los ítems de la escala (7,12). No obstante, el IVC ha sido objeto de análisis y debate ya que puede presentar algunas limitaciones, autores como Besckstead (2009) revisan críticamente los aspectos metodológicos en los que se basa la cuantificación del IVC, analizando con detalle el modelo de acuerdo interobservador, el agrupamiento de las categorías de respuesta una vez obtenidas las puntuaciones, la corrección de acuerdo por azar, el tamaño de la muestra de expertos o el procedimiento de inducción (9,11). Todo lo cual debe llevarnos ser conocedores de las debilidades y limitaciones que pueden presentar los resultados obtenidos cuando se aplica el IVC.
En nuestro análisis el R-IVC/prom (0.83) resulta menos exigente que el R-IVC/AU (0.24). El primero ofrece una visión general del cuestionario permitiendo conocer en su conjunto como de bien representan los indicadores al resultado, a pesar de presentar una puntuación elevada no alcanza la recomendación de Polit y Beck que sugieren puntuaciones para el R-IVC/prom >= 0.90 (8), cuestión que podría indicar la necesidad de eliminar aquellos indicadores de peor comportamiento y que por tanto peor representan el constructo “Conocimiento: gestión del dolor”, de cara a aumentar la puntuación del R-IVC/prom hasta obtener los niveles de puntuación recomendados por Polit et al. El segundo, por el contrario, ofrece una visión centrada en nuestro caso en sólo 10 indicadores, que según los expertos representan adecuadamente el constructo, los cuales pudieran ser una primera aproximación a los que podrían ser indicadores nucleares del cuestionario, aunque la validación de contenido, en nuestro caso es una de las primeras fases de investigación por lo que esta intuición debe ser corroborada más adelante con datos clínicos.
El I-IVC es importante para conocer cómo de bien representa cada indicador al resultado. La corrección del probable acuerdo por

azar se plantea como una medida necesaria para conocer de manera más precisa cómo es dicha representación (8,10). El estadístico Kappa modificado propuesto por Polit et al. ofrece una nueva medida sobre la relevancia de los ítems tras la corrección del posible acuerdo por azar. El rango de puntuaciones de los 41 indicadores se mueve entre 0.27 (puntuación muy baja) y 1.00 (acuerdo absoluto). En la aplicación del acuerdo por azar vemos que cuando el acuerdo entre evaluadores es absoluto, el acuerdo por azar es nulo y el Kappa modificado coincide con el I-IVC, sin embargo cuanto mayor es la diferencia entre el número de expertos y el número de puntuaciones relevantes, mayor es la puntuación de probabilidad de acuerdo por azar y mayor la corrección que se sufre en el estadístico Kappa modificado con respecto del I-IVC.

Los criterios de evaluación para Kappa permiten añadir, a la valoración cuantitativa del I-IVC, una valoración cualitativa de los ítems del cuestionario (8,10), lo que añade un elemento más para la toma de decisiones.

De los cuatro nuevos indicadores uno (Naturaleza multidimensional del dolor) muestra un IVC alto (0.90) lo cual indica que al menos éste indicador debería testarse en las siguientes fases de investigación. El resto presentan puntuaciones inferiores a 0.78 lo que sugiere que sean revisados antes de tomar decisión de eliminarlos, reformularlos o incluirlos (12).

El dolor es un importante problema de salud que afecta a un gran número de personas, (13). El dolor crónico es definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IAPS) como aquél que persiste durante 3-6 meses o más (14). Aunque un 44,4% de los expertos piensa que el cuestionario “Conocimiento: gestión del dolor” puede tener aplicación en pacientes con dolor inferior a un mes, la orientación principal queda plantean para personas con dolor crónico, ya que según la opinión del 83,3% de éstos expertos, el cuestionario tiene aplicación en situaciones donde el dolor se presenta en un rango de uno a seis meses, opinión que aumenta al 88,8% que lo consideran de aplicación en situaciones dolorosas de más de seis meses, lo que viene a coincidir con la definición de dolor crónico de la IAPS.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

La VC requiere informar del IVC de los ítems y del IVC promedio del cuestionario, ya que ambos son índices fáciles de calcular y comprender; permitiendo comunicar de manera sencilla la relevancia de los ítems al cuestionario (8).

Hay que añadir, la necesidad de tener en cuenta el acuerdo por azar, las puntuaciones corregidas (Kappa modificado) sitúan de manera más precisa la relevancia de cada uno de los ítems respecto del constructo que se está valorando (8-9).

El hecho de agrupar las categorías de respuesta a dos, después de la recolección de los datos, da lugar a una pérdida de información que altera las medias de las proporciones resultantes y proporciona puntuaciones aumentadas de los índices (9), por lo que las recomendación de Polit et al, de que el R-IVC/prom sea igual o mayor que 0.90 y el de los ítems sean mayor de 0.78 (8), para considerar una VC excelente, parece una medida más que razonable.

En la validación de resultados incluidos en la CRE, es aconsejable explorar nuevas dimensiones no contempladas en la versión oficial.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Murphy-Black T. Los cuestionarios. In: Gerrish K, Lacey A, editors. Investigación en enfermería. 5th ed. Madrid: McGraw-Hill; 2008. p. 367-382.

(2) Martín Arribas MC. Diseño y Validación de cuestionarios. Matronas profesión 2004;5(17):23-29.

(3) Moordead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.

(4) Fernández-Salazar S, Pancorbo-Hidalgo PL, Ramos-Morcillo AJ. Evaluación de la fiabilidad del Resultado de Enfermería «Conocimiento: recursos sanitarios» en Atención Primaria y Hospitalaria. Enf Clin 2011 November–December;21(6):349-353.

(5) Rodríguez MJ, García AJ. Costes del dolor neuropático según etiología en las Unidades del Dolor en España. Rev Soc Esp Dolor 2007;6:404-415.

(6) Gélinas C, Loiselle CG, LeMay S, Ranger M, Bouchard E, McCormack D. Theoretical, psychometric, and pragmatic issues in pain

measurement. Pain Management Nursing 2008 September;9(3):120-130.
(7) Polit. DF, Beck CT. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. Research in Nursing & Health 2006 Oct;29(5):489-497.
(8) Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. Research in Nursing & Health 2007 Aug.;30(4):459-467.
(9) Beckstead JW. Content validity is naught. International Journal of Nursing Studies 2009 September;46(9):1274-1283.
(10) Devriendt E, Van der Heede K, Coussement J, Dejaeger E, Surmont K, Heylen D, et al. Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: An observational study. International Journal of Nursing Studies 2012 March;49(3):327-337.
(11) Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nursing Research 1986 November/December;35(6):382-386.
(12) Schilling LS, Dixon JK, Knafl KA, Grey M, Ives B, Lynn MR. Determining Content Validity of a Self-Report Instrument for Adolescents Using a Heterogeneous Expert Panel. Nursing Research 2007 September/October;56(5):361-366.
(13) Cornally N, McCarthy G. Chronic Pain: The Help-Seeking Behavior, Attitudes, and Beliefs of Older Adults Living in the Community. Pain Management Nursing 2011; Available online 26 February 2011:1-12
(14) Internacional Association for the Study of Pain. (2012). IASP. Retrieved August/20, 2012, from http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home

AUTORES/AUTHORS:
Anna Font Calafell, Imma Prat Borras, Anna Arnau Bartes, Maria Jesús Torra Feixas, Teodora Baeza Ransanz

TÍTULO/TITLE:
Intervención educativa de enfermería para la gestión del dolor post-operatorio en CMA. (Enferm. Clin.2011;21(5):248-255)

Introducción
La cirugía mayor ambulatoria son procedimientos quirúrgicos, terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados post-operatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario1.
El control del dolor es uno de los objetivos básicos en CMA2.
El dolor en el post-operatorio inmediato se ha asociado al riesgo de desarrollar dolor crónico3. Después de un procedimiento de reparación de hernias abdominales, por encima del 30% de los pacientes manifiestan dolor en varios grados que puede persistir hasta el año de la intervención4.
El dolor severo es una de las causas frecuentes de retraso del alta, de ingreso no programado, de consultas a urgencias y de reingresos5.

OBJETIVO
Evaluar la eficacia de una intervención formativa y educativa de enfermería preoperatoria mediante la entrega de folleto educativo para la gestión del dolor postoperatorio, en los pacientes intervenidos de hernias en una unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA).
Método
Este estudio se realizó en la UCMA de la Fundación Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa (Barcelona). Ofrece atención primaria y especializada, a una población de referencia de 200.000 habitantes. Dispone de 426 camas de hospitalización de agudos y se realizan más de 18.000 intervenciones quirúrgicas de las cuales el 27% se llevan a cabo en régimen de CMA.
Estudio cuasi experimental, prospectivo no aleatorizado.
Se incluyeron pacientes mayores de 16 años programados en CMA para reparación de hernias abdominales. Se excluyeron los pacientes que permanecieron ingresados en la UCMA, los pacientes con dificultad en la comunicación verbal y/o no verbal y con deterioro cognitivo y los que no se localizaron telefónicamente.
El grupo control fueron pacientes intervenidos entre julio de 2006 y junio de 2007 con un total de 205 pacientes. Los pacientes del grupo intervención fueron operados entre julio de 2007 y junio de 2008 con un total de 292 pacientes.
Todos los pacientes fueron atendidos en la consulta preoperatoria de enfermería que era estructurada y protocolizada en un tiempo previo de días hasta 3 meses antes de la intervención, donde se iniciaba el proceso educativo.
La enfermera daba información de qué se le haría, cómo se le haría y en cuánto tiempo se llevaría a cabo, cuidados que tendría que seguir en su domicilio, tiempo de recuperación de su autonomía después de la intervención, recomendaciones necesarias para cada tipo de hernia. Además, se le explicaba cómo medir su percepción de dolor agudo postoperatorio mediante una herramienta de autoevaluación, la escala verbal numérica/escala visual analógica (EVN/EVA)6 para así autogestionar su control del dolor en el postoperatorio.
La educación en el momento del alta de la UCMA se basaba en las recomendaciones acerca de los cuidados a seguir en el domicilio: pauta fija de analgesia, sobre todo en las primeras 48 h post-alta.
La acción formativa en el grupo control se hacía verbalmente, mientras que en el grupo intervención se reforzaba con la entrega de material gráfico de refuerzo. El material educativo consistía en un tríptico informativo sobre las recomendaciones preoperatorias y se

incluía en él la escala numérica progresiva y el registro de las caras de Wrong y Baker.
La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario que se iniciaba en el momento del ingreso en la UCMA y donde se valoraba el grado de comprensión de la educación recibida en la visita preoperatoria y se finalizaba con la llamada telefónica a las 24 h post-operatorias donde se recogía la información referente a la gestión de los cuidados y la percepción de dolor agudo.
Las variables recogidas en el cuestionario fueron la edad, el género, el tipo de hernia, ha tenido dolor, ha tomado el analgésico, ha tenido fiebre, ha tolerado la dieta, tuvo problemas para miccionar, tuvo problemas para movilizarse, tuvo problemas para caminar, ha tenido cefaleas, le explicaron los cuidados a seguir en su domicilio, si se tuviera que operar lo haría de la misma manera, satisfacción global con la atención recibida y el grado de dolor agudo a las 24 h de la intervención quirúrgica. La percepción del dolor agudo postoperatorio se cuantificó mediante la EVN. Se consideró como variable dependiente principal el grado de dolor a las 24h de la intervención quirúrgica.

Se trataron como variables independientes el resto de variables recogidas en el cuestionario.
Las pruebas estadísticas utilizadas en el análisis bivariado para comparar las características demográficas, clínicas, de comprensión de la educación recibida, de gestión de los cuidados y percepción del dolor agudo entre los dos períodos de estudio fueron la chi cuadrado de Pearson para las variables categóricas y la t de Student para las variables cuantitativas.
Para testar que variables se asociaban a la presencia de dolor según la escala EVN se ajustó un modelo de regresión logística múltiple. Se consideró presencia de dolor una puntuación en la escala EVA superior a 37,8. Como variables independientes se introdujeron en el modelo aquellas variables relevantes clínicamente o bien significativas en el análisis bivariado. Se obtuvieron las odds ratio ajustadas junto con sus intervalos de confianza del 95%. Se calcularon las odds ratio brutas junto con sus intervalos de confianza del 95% mediante modelos de regresión logística univariados.
El nivel de significación estadístico utilizado fue del 5% bilateral.
Para el análisis estadístico se utilizaron los programas SPSS para Windows v.18.0 y el programa Stata v.8.0.
Resultados
El total de pacientes que se operaron de hernias en el grupo control fueron 227, de los cuales contestaron al cuestionario telefónico 205 (90,3%). Un 4,4% quedaron ingresados, el 4,8% no se localizaron telefónicamente y el 0,5% fue por no comprensión idiomática.
El total de pacientes en el grupo intervención fue de 315. Contestaron al cuestionario 292 (92,6%). Quedaron ingresados el 2,9%, el 3,2% no se localizaron telefónicamente y el 1,3% por no comprensión idiomática.

Se incluyeron en el estudio un total de 497 pacientes, 205 pacientes en el grupo control y 292 pacientes en el grupo intervención. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la edad, género, ni en el tipo de hernia en los 2 periodos.
La edad media de los pacientes en el grupo control fue de 52,4 años y la del grupo intervención de 52,8 años. La distribución según el género fue de 165 hombres y 40 mujeres en el grupo control y de 235 hombres, 57 mujeres en el grupo intervención.
El porcentaje de pacientes que declararon haber tomado el analgésico en pauta fija, fue superior en el grupo intervención (97,3 vs 91,7%, p = 0,005). También se observaron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de pacientes que manifestó haber tenido problemas para caminar (5,4% en el grupo control vs 1,7% en el grupo intervención, p = 0,023).
Los pacientes del grupo control manifestaron haber tenido dolor en el 73,2% de los casos frente al 78,1% del grupo intervención (p = 0,2). Sin embargo, el porcentaje de pacientes con un EVA > 3 fue del 23,9% en el grupo control y del 15,1% en el grupo intervención (p = 0,013).
En el análisis bivariado se observó que las variables edad, género, problemas para movilizarse, problemas para caminar, desconocimiento de las curas a seguir en casa y grupo se asociaban con la presencia de dolor agudo post-operatorio (EVA>3) de manera significativa. Los pacientes jóvenes manifestaron mayor dolor, OR=0,96 (IC 95%:0,94-0,97). Las mujeres (OR=1,7;IC95%:1,00-2,86) tuvieron más dolor que los hombres, los pacientes que tuvieron problemas para movilizarse

(OR=8,44;IC95%:3,57-19,97) manifestaron mucho más dolor respecto a los que no y al igual que los pacientes que tuvieron problemas para caminar (OR =14,81;IC95%:4,66-47,09).Los pacientes que declararon no haber recibido información sobre los cuidados a seguir en el post-operatorio tuvieron más dolor(OR=4,53; IC 95%:1,28-16,00). Los pacientes del grupo control manifestaron mayor dolor que los del grupo intervención (OR: 1,77; IC95%:1,12-2,79). En el análisis multivariado, los factores pronóstico independientes de dolor postoperatorio fueron la edad joven, género femenino, problemas para movilizarse y caminar y falta de conocimientos de los cuidados a seguir en casa.
El grupo de pacientes que recibieron la información educativa más el material gráfico presentó una menor probabilidad de presentar dolor postoperatorio respecto al grupo control aunque la diferencia observada no fue estadísticamente significativa (OR=1,54;IC95%:0,93-2,54).

Discusión
Los resultados obtenidos en este estudio señalan que los pacientes del grupo intervención manifestaron un índice más bajo de dolor a las 24h postoperatorias, por este motivo tuvieron menos problemas en movilizarse y caminar y un mayor porcentaje de pacientes tomaron los analgésicos recomendados.
Los factores asociados al dolor postoperatorio indican que se relaciona con la edad joven, género femenino, la adhesión al tratamiento y a los conocimientos de los cuidados a seguir en casa y grupo, es decir, el tipo de educación-información recibida. Las diferencias observadas en cuanto a la percepción del dolor agudo post-operatorio entre los 2 períodos se explicarían en su mayor parte por la disminución del porcentaje de pacientes que tuvieron problemas para movilizarse y para caminar.
Los pacientes adultos menores de 40 años se quejan con más frecuencia de dolor postoperatorio en comparación con pacientes ancianos4.
Referente al papel del género en la percepción del dolor las mujeres presentan una adaptación al dolor menos eficiente y un umbral de tolerancia menor que los hombres9.
Una de las ventajas de la autoevaluación del dolor es que al participar el propio paciente, se siente más controlado, de forma que autorregula su conducta (refuerzo positivo) 10.
En nuestro estudio se observa que puede modificar la percepción del dolor post-operatorio. Aunque el porcentaje de pacientes que manifestaron haber tenido dolor fue ligeramente superior en el grupo intervención, la intensidad de éste fue inferior.
Para valorar la fiabilidad de los resultados obtenidos a lo largo de los 2 períodos hay que mencionar que la pauta analgésica que se prescribió fue la misma en ambos períodos, igual que las técnicas quirúrgicas empleadas y los cirujanos.
Los cuidados enfermeros pueden sensibilizar y motivar al paciente aumentando su participación para la adhesión al tratamiento y así poder gestionar mejor la percepción de su dolor post-operatorio. Creemos de gran importancia la utilización de escalas de medida para la percepción del dolor individual ya que ayudan a dar un valor objetivable al dolor.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA
1. Manual de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones;2008. p. 152.

2. Martin Roldan MC, Aranda Álvarez de Lara MI, Isar Santamaría MC, Laza Alonso AM. Educación del profesional y del paciente ante el dolor del paciente en CMA [carta]. Cir May Amb. 2004;9:33-5.

3. Glinvad J, Jorgensen M. Postoperative education and pain in patients with inguinal hernia. J Adv Nurs. 2007;57:649-57.

4. Hansen MB, Andersen KG, Crawford ME. Pain following the repair of an abdominal hernia. Surg Today. 2010;40:8-21

5. Rodríguez Huertas F. Manejo postoperatorio en cirugía mayor ambulatoria. Actualizaciones en Dolor [consultado 7/2/2010].Disponible en: htpp://www.telefonica.net/web2/ anestjerez/trabajos/cma.htm.

6. Montero Ibañez R, Manzanares Briega A. Escalas de valoración del dolor. Jano. 2005;LXVIII:N.º1553 [consultado 7/2/2010]. Disponible en: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/68/ 1553/41/1v68n1553a13072240pdf001.pdf

7. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Delille-Fuentes R, Hernández-Ortiz A, Carrillo-Esper R, Moyao-García D. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio. Cir Ciruj. 2005;73:225 [consultado 20/1/2011]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2005/cc0531.pdf.

8. Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Riker RR, Fontaine D, Wittbrodt ET, et al. Task Force of the American College of Critical Care Medicine (ACCM) of the Society of Critical Care Medicine (SCCM), American Society of Health System Pharmacists (ASHP). American College of Chest Physicians. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. Crit Care Med. 2002;30:119-41.

9. López-Martínez AE, Esteve R, Ramírez-Maestre C. Diferencias en la percepción del dolor relacionadas con las variables sexo y edad. Rev Soc Esp Dolor. 2001;8:562-8.

10. Plan Nacional para la Enseñanza y Formación en Técnicas y Tratamiento del dolor. Procedimientos de evaluación del dolor crónico. Unidad didáctica 1 Capitulo 3. p. 50 [consultado 7/2/2010]. Disponible en: http://www. plandolor.grupoaran.com/pdfs/CAPITULO3.pdf

AUTORES/AUTHORS:
Joaquín Salvador Lima Rodríguez, Marta Lima Serrano, Nerea Jiménez Picón, Isabel Domínguez Sánchez, Berta Cáceres Rodríguez

TÍTULO/TITLE:
CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES FAMILIARES VALORADAS DESDE UN ENFOQUE ENFERMERO EN LA PROVINCIA DE SEVILLA

Diferentes autores han señalado que el interés de las enfermeras en la familia muestra un gran crecimiento, que se ve reflejado en el desarrollo de diagnósticos, criterios de resultados, intervenciones enfermeras, instrumentos metodológicos o sistemas de valoración dirigidos a la unidad familiar (1).
La familia se considera elemento natural y fundamental de la sociedad. Sin embargo, para la OMS, su conceptualización se presta a confusión semántica respecto a su definición y naturaleza. Generalmente la familia se define como conjunto de personas, socialmente reconocido, vinculadas, éstas, en base al matrimonio, parentesco, consanguinidad, sexo/género, etc., y también como sistema abierto y unidad funcional, compuesta de elementos humanos, con una historia común, que se relacionan e interaccionan entre sí, de manera que cualquier acción, alteración o cambio en uno de ellos repercute en los demás y viceversa (2).
La familia ha sido considerada, en diferentes estudios enfermeros, como guía para el cuidado de la salud, como factor de riesgo para sus miembros, como recursos frente a los problemas de salud (3), tomando, en este último caso, especial relevancia los estudios centrados en los cuidadores familiares. Sin embargo, desde nuestro punto de vista es importante profundizar en el estudio de la familia desde el punto de la salud familiar.
El concepto de salud familiar se aplica al sistema familiar considerado como un todo que es más que la suma de sus miembros. Para la OMS, la salud familiar describe su funcionamiento, como unidad de estructura, en relación a la familia, como agente social primario, para fomentar la salud y el bienestar. La salud familiar se relaciona con la satisfacción de las necesidades de sus miembros, las interacciones entre el individuo, la familia, y la sociedad, la solución a los problemas, o la capacidad para adaptarse a situaciones de crisis (2,4).
Acercarse a la familia desde un enfoque enfermo, supone conocer el sistema familiar como unidad, que puede ser estudiado a partir de la identificando de su composición, estructura, etapa del ciclo vital. Igualmente importante es conocer el estado de salud familiar, y su exposición a los agentes y acontecimientos estresantes.
OBJETIVO: Conocer las principales características del sistema familiar (composición, estructura, ciclo vital familiar, autopercepción del estado de salud familiar, funcionalidad familiar; grado de exposición a agentes estresantes; y los diagnósticos enfermeros, criterios de resultados e intervenciones más usados.
MÉTODO: Estudio observacional, transversal, sobre 252 familias de Sevilla capital y área metropolitana. Se uso un registro semiestructurado, de elaboración propia, para facilitar la recogida de datos. Dicho registro incluye los siguientes apartados: 1. Datos de la persona entrevistada (edad, sexo/genero, posición familiar) entrevistador y fecha de recogida. 2. Datos de filiación de la unidad familiar (apellidos de la familia, domicilio familiar). 3. Datos personales de cada miembro (nombre y apellido, edad, ocupación/situación laboral, nivel de estudios, problemas de salud, régimen terapéutico). 4. Composición y estructuras (subsistemas familiares, relaciones familiares). 5. Etapa del Ciclo Vital Familiar (Formación de pareja, hijos lactantes, hijos en edad escolar, hijos adolescentes, hijos independientes, familia en edad madura, familia anciana) transición entre etapas. 6. Clima social familiar: Cohesión familiar, límites y fronteras, nivel de confianza, sentimiento de comprensión, respeto por la intimidad, estimulación del crecimiento (fomento de la autonomía, orientación hacia actividades intelectuales/culturales), estabilidad familiar, importancia de los valores (morales/religiosos) 7. Integridad familiar: Participación en reuniones familiares, implicación en la solución de problemas, grado en que comparten (afectos, preocupaciones, problemas), número de familiares con lo que puede contar, compromiso con la familia, sentimiento de pertenencia, lealtad hacia la familia, unión entre los miembros de la familia, valoración de su familia. 8.

Funcionamiento familiar: organización (roles familiares, reglas, línea de autoridad), dinámica (flexibilidad, satisfacción de necesidades, mantenimiento del hogar, estrategias para obtener y gastar ingresos, gestión de los recursos, competencia para criar hijos) comunicación (directa/ indirecta, fluida/distante), relaciones familiares (distribución del poder, alianzas, signos de violencia, rupturas). 9. Resistencia familiar: Creencias sobre la salud (valores, actitudes, conductas) Conocimientos, habilidades y experiencias previas para resolver problemas, recursos económicos, apoyos sociales (personal, material, afectivo, de ocio), relaciones con la familia extensa, interacción con la comunidad. Valoración de la vivienda (dimensiones, instalaciones, equipamiento, Medidas de protección frente a accidentes, condiciones de salubridad), apoyo social percibido. 10. Afrontamiento familiar: Percepción de los agentes estresantes (amenazas, problemas), toma de decisiones, estrategias de afrontamiento, utilización de los recursos (propios, familia extensa, comunitarios), mantenimiento del funcionamiento/dinámica familiar. 11. Agentes estresantes que afectaron a la familia en el último año.

En familias como miembros enfermos o dependientes. 12. Apoyo familiar en las actividades básicas e instrumentales, en la adhesión y cumplimiento del régimen terapéutico, en el desempeño de roles, apoyo emocional, promoción de su autonomía e independencia, valoración, por parte del enfermo, del apoyo recibido. 13. Normalización familiar: Percepción de las necesidades del miembro enfermo, satisfacción de sus necesidades, adaptación de las condiciones de la vivienda, adaptación de la organización familiar, utilización de los recursos sociosanitario, percepción de las consecuencias/afectación de otros miembros, satisfacción de las necesidades de estos. 14. Participación en el proceso asistencial: Identificación de cambios en el estado del enfermo, demanda de asistencia, colaboración con los profesionales sanitarios, planificación de la asistencia, toma de decisiones, evaluación de la asistencia recibida, implicación del conjunto de la familia (5).

Se usaron instrumentos para reflejar la información (Genograma y mapa de relaciones) y clinimétricos: Escala de autopercepción del estado de salud familiar (diseñada y validada por el equipo), APGAR-Familiar, Escala de Reajuste Social, Cuestionario de MOS.

Se identificaron los diagnósticos enfermeros (6) aplicados a la unidad familiar, así como los criterios de resultados (7) pertenecientes al dominio salud familiar y a la clase bienestar familiar y estado de salud de los miembros de la familia. En relación a las intervenciones enfermeras (8) pertenecientes al campo familia y la clase cuidados de la vida. Se realizó análisis descriptivo apoyado con el SPSS 18.0.

RESULTADOS: Las personas entrevistada tenía una edad media de 58,3±16, el 87’5% eran mujeres. Ocupaban la posición familiar de padre/madre (46%), cónyuge (36,6%), e hijo/a (23,8%). El tamaño medio de las familias fue de 4,65±1,97 miembros, El 26,2% se encontraban en la etapa de familia en edad madura y el 20,6% en la de familias ancianas. Las relaciones entre sus miembros eran unidas en el 85,9% de casos, muy unidas (36,7%), conflictivas (16,1%), distantes (15,3%), muy unidas y conflictivas (12,9%), y separadas (3,6%). La cohesión familiar era moderada en el 42%, alta en el 43% y baja en el 15%. Los límites entre subsistemas eran permeables en el 74% de las familias, rígidos en el 7% en inexistentes en el 19%.

El valor medio de la autopercepción de estado de salud familiar, para el conjunto de las cinco dimensiones de la salud familiar, que no hace referencia a la presencia de enfermos o dependientes entre sus miembros (rango 0-100), fue 72,23±16,46. Para cada una de las dimensiones estudiadas de forma separada (rango 0-20) clima social familiar 13,51±3,5; integridad familiar 15,16±4,30; funcionamiento familiar 15,19±3,75; resistencia familiar 14,41±3,79; afrontamiento familiar 13,85±4,18.

Cuando estudiamos la escala completa en sus ocho dimensiones, referida a familias con miembros enfermos o dependientes, el valor medio (rango 0-160) 121,06±23,80; el resto de dimensiones (rango 0-20) apoyo familiar 16,64±3,24, normalización familiar 14,66±3,32, participación familiar 17,53±3,04.

El Apgar familiar tuvo un valor medio rango (0-10) de 7,20±2,27. El 65,2% de las familias eran normofuncionales, el 32% disfuncional leve y 2,8% disfuncional grave.

La Escala de Reajuste Social obtuvo valor medio de 138,75±73,01 puntos.

Las etiquetas diagnósticas más prevalentes eran Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador (36,1%), Cansancio del rol de cuidador (26,3%), Interrupción de los procesos familiares (17,3%) y Afrontamiento familiar comprometido (9,8%).

Los criterios de resultados más empleados fueron Bienestar del cuidador principal (29,3%), Funcionamiento de la familia (18%), Afrontamiento de los problemas de la familia y Normalización de la familia (ambos con 17,3%); y las intervenciones fueron “Apoyo al cuidador principal” (65,4%), “Fomento de la implicación familiar” (23,3%), “Estimulación de la integridad familiar” (20,3%) y “Cuidados intermitentes” (14,3%).

DISCUSIÓN:

El estado de salud en las etapas de vida de los individuos dentro del sistema familiar, requiere herramientas que orienten los estudios alrededor de las familias, sus características, cualidades, tipologías, funcionalidad y crisis, entre otros. Como sistema es importante para el desarrollo individual y permite la conformación de intervenciones de enfermería en la promoción de la salud (9). Las enfermeras necesitan realizar estudios para reconocer las necesidades de las familias, las fuentes de apoyo y redes sociales disponibles para así poder promover la salud de sus miembros (10).

Numerosos autores han puesto de manifiesto que en las familias pueden surgir factores de riesgos para sus miembros (11,12), especialmente cuando estas son disfuncionales. En nuestro estudio destaca que un 34,8% de familias eran disfuncionales, las dimensiones de la salud familiar con valores medios más bajos fueron el clima social familiar y afrontamiento familiar. La elevada puntuación media de la Escala de Reajuste Social, indican que soportan un alto nivel de estrés (a partir de 150 puntos se considera riesgo de disfunción familiar). El 47,9% de casos mostró relaciones familiares inadecuadas.

Resulta significativo comparar las puntuaciones medias obtenidas por el apgar familiar 7,20 en un rango de valores de entre 0 y 10, y la escala de autopercepción familiar en las cinco dimensiones aplicables a familias sin miembros enfermos o dependiente con una puntuación media de 72,23 para un rango entre 0 y 100. Lo que pone de manifiesto la concordancia existente entre ambos instrumentos.

Este trabajo aporta información sobre los datos a recoger a la hora de estudiar a las familias desde el punto de vista de la salud familiar, desde un enfoque enfermero, a la vez que ofrece los hallazgo obtenidos al estudiar a las familias de nuestro entorno.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Lima JS, Lima M, Jiménez-Picón N, Domínguez-Sanchez I. Validación de criterio de la Escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar. Libro de ponencias del XV Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid. Noviembre 2011. pp. 82-86
2. Lima J, Lima M, Saéz A. Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. Enferm Clin; 2009; 19 (5): 280-3.
3. Mejías LD, López L Estudio sobre familia y cultura. Index de Enfermería 2010; 19 (2-3) 138-142)
4. Louro I. Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. Revista Cubana de Medicina General Integral [internet]. 2004 [citado 2011 jul. 25]; 20 (3). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_3_04/mgi06304.htm
5. Lima JS, Lima M. Valoración enfermera de la familia. Guía básica.. [Citado 2 de Julio 2012]. Disponible en http://rodas.us.es/items/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/viewscorm.jsp
6. NANDA Internacional. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación, 2009-2011 Madrid. Elsevier. 2010 Moorhead S, Marion J, Meridean
7. M.Clasificación de Resultados de Enfermería. Madrid. Elsevier 2009 Bulechek G (coord.).
8. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Madrid: Elsevier; 2009.
9. Agudelo E, Ayala ML, Ríos ML, Gómez DM, López LJ, Taborda DC. Caracterización de familias en las localidades de La Florida, Samaria, Galán y San Nicolas en Perreira, Colombia. Investig. andina . 2011; 13(22): 212-227
10. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SMM. La influencia del apoyo social para el fortalecimiento de las familias de niños con insuficiencia renal crónica. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2008 16(4): 692-699.
11. Cid-Monckton P, Pedrão LJ. Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes.

Rev. Latino-Am. Enfermagem . 2011 Jun ; 19(spe): 738-745.
12. Medina N, Ferrini, MG. Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2010, (18):504-12 .

Sesión de Comunicaciones Orales Breves III

Session of Oral Brief Presentations III

AUTORES/AUTHORS:

Mª Dolores Pérez Gálvez, Alfonso José Ruíz Sánchez, Mª José Terón Martínez, Javier Iniesta Sánchez, Mª Cristina Solé Agustí, Pedro Brocal Ibañez, Mª Raquel Gomez Montiel, Eva Mª Arce Ortíz, Mª Jesús Camplillo Fernández

TÍTULO/TITLE:

Descripción del los criterios de resultado de Enfermería utilizados en los planes de cuidados del paciente inmovilizado

INTRODUCCIÓN:

El uso de taxonomías en los planes de cuidados no sólo unifica nuestro lenguaje, sino que constituye una importante herramienta para conocer el producto enfermero a través de los criterios de resultado (NOC). Los pacientes incluidos en el programa de inmovilizados suponen un elevado coste de recursos de enfermería en atención primaria, por lo que pretendemos describir cuales son los NOC emitidos por las enfermeras a estos pacientes.

METODOLOGÍA:

Análisis descriptivo retrospectivo sobre los pacientes inmovilizados del Área de Salud VII de Murcia, incluidos en el aplicativo OMI-AP con CIAP2 A28, con plan de cuidados abierto, en el que se haya asignado uno o varios NOC por paciente, en el periodo comprendido entre octubre de 2010 y octubre 2011. Variables de estudio: etiquetas NOC, noc por paciente. Los datos se analizaron con spss v17, expresándose en frecuencias y porcentajes, moda, mediana y media.

RESULTADOS:

Se estudiaron un total de 349 pacientes inmovilizados, con 1869 Noc por pacientes, con una media de 5.35 por paciente con un rango de 1-34, con una moda 2, y mediana 4. Se seleccionaron un total de 649 NOC que corresponden a 93 etiquetas diferentes, acumulándose la mayor incidencia en sólo 7 etiquetas: “Integridad tisular: piel y membranas mucosas” con un 13.87%, “Curación de heridas: por segunda intención” 9.86%, “Conducta de seguridad: prevención de caídas” 8.47%, “Nivel de movilidad” 8.47%,“Control del riesgo” 5.86%, “Detección del riesgo 4.47%, “Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos” 3.24%. El resto de las 86 etiquetas NOC emitidas tienen un peso inferior al 3% cada una.

CONCLUSIONES:

1- Se observa un número elevado de etiquetas NOC utilizadas, correspondiendo a sólo 7 etiquetas el 50% de los criterios de resultados marcados.

2- Las etiquetas NOC principales se concentran en el manejo de úlceras por presión y heridas y en la seguridad del paciente.

3- Existe una alta variabilidad entre el número de NOC emitidos por paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Morilla Bernal, AF; Morilla Bernal, MM. Implantación e Implementación de la metodología enfermera en atención primaria. Rev Paraninfo Digital. 2007 Año 1(2).

García Sanchez, Francisco José; Roncero Roncero, Antonia; Pulido de la Torre, María Dolores; García Pliego González Mohino, Angustina. Experiencia de implantación del proceso enfermero en el área de atención primaria de Ciudad Real. Enferm Comunitaria (Gran). 2005 jul-dic.

Morhead S, Johnson M, Maas M . Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier España, s.a; 2006.

McCloskey DJ, Maas M, Morhead S,.Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid: Ediciones Harcourt, s.a; 2002.

AUTORES/AUTHORS:
Yolanda López Benavente, Antonio Serrano Navarro, Juan José Rodríguez Mondéjar, Mª Ángeles Hernández Corominas, Mª del Rosario Valverde Jiménez, Mercedes Gómez Ruiz, Josefa Cava Iniesta, Mª Teresa Martínez Ros, Isabel García Arsac

TÍTULO/TITLE:
ESTUDIO DE LA POBLACIÓN EN DOS ÁREAS DE SALUD DESDE LA VISIÓN DE LA GESTIÓN DE CASOS PARA PROCESOS CRÓNICOS FRECUENTES

Introducción:
Actualmente las enfermedades crónicas han experimentado un aumento en España representando un 70% del gasto sanitario, el 80% de las consultas de atención primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios. Entre ellas, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) tiene una prevalencia entre el 9 y 10% en la población adulta de más de 40 años y supone la quinta causa de muerte en hombres y séptima en mujeres. Así mismo, el Accidente Cerebrovascular (ACV) presenta una prevalencia en torno al 6,4% en mayores de 70 años y representa la tercera causa de muerte en hombres y primera en mujeres.
La Gestión de Casos como modelo biopsicosocial de trabajo para la profesión enfermera tiene a priori muchas posibilidades para mejorar la asistencia sanitaria prestada a los procesos crónicos de alta complejidad que representan entre un 3 y 5% de las enfermedades crónicas según la pirámide de riesgo Kaiser Permanente. La satisfacción de necesidades de cuidados de estas personas requiere de una atención integrada, coordinada y continuada en el proceso de salud-enfermedad y de apoyo a la familia, cuidadores, comunidad y todos los profesionales del ámbito sociosanitario para mantener y garantizar el más alto nivel de bienestar y de una manera costo-efectiva.
Se plantea en este estudio conocer el estado basal de dos grupos poblacionales con EPOC y ACV, con criterios de inclusión en Programa Gestión de Casos (PGC) del Servicio Murciano de Salud (SMS) y con aspectos sociodemográficos y de ruralidad semejantes para posteriormente realizar un proyecto de investigación sobre la Gestión de Casos.
Objetivo:
Cuantificar la población candidata a PGC en dos áreas de salud de la región de Murcia, determinar sus características sociodemográficas, así como el estado basal respecto a nivel de dependencia del paciente y carga de los cuidadores informales
Método(s):
Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo y transversal.
Lugar: Área IV (3 Zonas Básicas de Salud) y Área IX del SMS (3 Zonas Básicas de Salud).
Temporalidad: corte de 1 año (hasta junio de 2011).
Muestra: todos los pacientes con ACV, EPOC o mixtos, que cumplieran los criterios de inclusión para el PGC; familiares y otros cuidadores informales (contratados externos).
Primeramente se realizó la identificación de pacientes con EPOC y ACV mediante búsqueda en Historia Clínica por programa informático de atención primaria (OMI-AP) de registro de los episodios CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria) de EPOC (código R95) y ACV (código K90). Posteriormente se realizó visita en consulta y/o domiciliaria para la valoración basal de datos sociodemográficos y cuestionarios validados como Barthel para la valoración del nivel de dependencia en pacientes, y Zarit para la valoración del nivel de sobrecarga de los cuidadores. Para ello se contó con un grupo de profesionales de enfermería formados ad hoc para la recogida de estos datos. Finalmente se realizó estadística descriptiva con cálculo de frecuencias y porcentajes para cualitativas así como y media y desviación estándar para cuantitativas. Como análisis para comparación se utilizó chi cuadrado de Pearson, con programa SPSS v15 en castellano.
Resultados:
Universo de pacientes identificados EPOC y ACV con criterios de PGC en el SMS: 221, 131 en Área IV (59,3%) y 90 en Área IX

(40,7%).
En total suponen 6 Zonas Básicas de Salud incluidas, 3 de cada Área de salud. Edad en los pacientes: media 78,8 años (50-97), DE 8,6, mediana 80, moda 82. Con 75 años o más: 159 personas (72, 4 %). Varones: 124 (56,4%). Por proceso de inclusión: ACV: 120 (54,3%), EPOC: 96 (43,4%), mixto: 4 (1,8%).
Cuidadores identificados: 179, Edad: 19-93, de 65 años o más: 74 (33,9%). Mujer 145 (65,6%).
Barthel en pacientes: pacientes con dependencia total 65 (29,4%), dependencia severa 69 (29,9%), dependencia moderada 65 (29,4%), dependencia ligera 12 (5,4%), independencia 13 (5,9%).
Zarit en cuidadores: sin sobrecarga 129 (72,06%), sobrecarga intensa 24 (13,4%), sobrecarga leve 20 (11,17%), casos perdidos 6 (3,35%).
En las comparaciones realizadas p>0,05.
Discusión:
Las poblaciones estudiadas en ambas áreas no tienen diferencias de interés que no las puedan hacer comparables a nivel de la gestión de casos dentro de nuestra región. Los cuidadores tienen una carga media-baja de agotamiento en el cuidado. La dependencia de los pacientes seleccionados es alta. Las edades de los pacientes los declara como enfermos mayores (80 años de media), en tramos de franca fragilidad, alta dependencia y que están en sus domicilios, lo que refleja la necesidad de este tipo de profesionales ya que son candidatos a la gestión de casos complejos e individualizados.
Aplicación para la práctica clínica: Para poder tener datos de resultados de la gestión de casos en atención primaria de un área de salud y extrapolarlos a otra debemos partir de poblaciones similares respecto a las condiciones de salud y servicios sanitarios, por ello este estudio nos da pie para aplicar en un área lo desarrollado en la otra como zona de pilotaje, porque aunque se conocen las bondades de la enfermera gestora de casos hay que seguir demostrándolo todos los días para ir ganando terreno y creciendo en este aspecto, y ese es nuestro caso.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Bengoa R, Nuño R. “Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar”. Elsevier Masson. Barcelona: 2008.
- Case Mangement Society of América: Standards of Practice for Case Management. (Revised 2010). Consultado el 24-03-2011. Disponible en: ttp://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf
- Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009
- Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009
- Miravitlles M, Soriano JB, Garcia-Rio F, Munoz L, Duran-Tauleria E, Sanchez G et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. Thorax 2009; 64(10):863-868.
- Sobradillo V, Miravitlles M, Jimenez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF et al. [Epidemiological study of chronic obstructive pulmonary disease in Spain (IBERPOC): prevalence of chronic respiratory symptoms and airflow limitation]. Arch Bronconeumol 1999; 35(4):159-166.
- Sonetti DA, Hospenthal AC, Adams SG. Integrated management strategies for chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2011; 3:181-88.

AUTORES/AUTHORS:
José Carlos Bellido-Vallejo, Pedro Luis Pancorbo-Hidalgo, María del Carmen Rodríguez-Torres, Carme Espinosa i Fresnedo, Encarnación Sánchez-Barber, Juan José García-Vílchez, Cándida Teba-Arroyo, Isabel María López-Medina

TÍTULO/TITLE:
ADAPTACIÓN CULTURAL DEL CUESTIONARIO “CONOCIMIENTO: GESTIÓN DEL DOLOR”

OBJETIVO
Obtener una versión adaptada semántica y culturalmente al castellano del resultado “Conocimiento: Manejo del dolor” de la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)
MÉTODO
Proceso de adaptación transcultural del resultado “Conocimiento: manejo del dolor” (1) basado en el método de traducción retrotraducción (2-5) con las siguientes etapas:
1. Traducción. Doble traducción al castellano de la versión inglesa (Nursing Outcomes Clasification, 4ª ed.) (6). Una enfermera bilingüe de lengua materna castellana, con conocimiento de la CRE y experiencia en revisión y traducción de lenguajes estandarizados enfermeros al castellano (7), realiza una de las traducciones. Como segunda traducción se toma la versión publicada en castellano en la 4ª edición de la CRE (1). Ambas versiones se comparan, analizan los términos y conceptos confusos, equívocos o con varios significados. El equipo de investigación realiza ajustes hasta obtener una versión consensuada en castellano (v1).
2. Retro-traducción. Traducción de la v1 al inglés. Un profesional bilingüe de lengua materna inglesa con experiencia en traducción de trabajos científicos, traduce la v1 al inglés. Dicha versión se compara con la versión original inglesa, analizando los términos y conceptos que no presentan la misma redacción. El equipo de investigación consensua una propuesta en inglés (v2).
3. Consulta con las autoras de la CRE. La versión retrotraducida es enviada a las autoras de la CRE (College of Nursing The University of Iowa) para constatar su concordancia con la versión inglesa. La v2 es revisada por Dra. Elisabeth Swanson que realiza diversas sugerencias sobre el significado de algunos términos que precisan revisión. Analizados y discutidos los aspectos controvertidos se genera una versión final adaptada al castellano (v3).
RESULTADOS
El análisis de la doble traducción, proporciona la primera versión del resultado “Conocimiento: gestión del dolor” en castellano, que mantiene la definición, 23 de los 41 indicadores y cuatro de los cinco puntos de la escala de medición.
El análisis de la retrotraducción y la consulta con Dra. Swanson permite obtener la tercera versión (en castellano), que presenta diferencias con respecto a la versión oficial, en la etiqueta, en 18 indicadores y en uno de los cinco puntos de la escalas de medición.
DISCUSIÓN
La utilización de cuestionarios desarrollados en otros países y entornos profesionales, como son los resultados incluidos en la CRE, requieren un proceso de traducción y adaptación cultural para que el instrumento sea conceptualmente equivalente al país y cultura donde se va a utilizar (2-5).
La CRE contiene el resultado “Conocimiento: manejo del dolor” (1), de interés para las enfermeras españolas, permite medir y evaluar el conocimiento que el paciente tiene sobre las causas, síntomas y tratamiento del dolor, aspectos nada desdeñables en un área que plantea importantes repercusiones personales, familiares y sociales (8).
La versión el resultado “Conocimiento: manejo del dolor” obtenida tras el proceso de adaptación cultural, ha presentado cambios en la mitad de sus componentes. La etiqueta cambia de nombre “Conocimiento: gestión del dolor”, donde el término gestión se entiende como un concepto más adecuado, ya que la evaluación del conocimiento que plantea éste resultado, va mucho más allá del uso correcto y seguro de la medicación, abarcando aspectos conductuales, cognitivos, incluso de estilo de vida del paciente.
La mitad (20/41) de los indicadores han precisado ajustes respecto a la versión publicada en castellano. Algunos presentan cambios

que pueden interpretarse como menores, lo que no deja de ser necesario para mejorar la redacción y su comprensión local (p.ej. Effective positioning techniques/Técnicas de posicionamiento efectivo/Técnicas posturales eficaces), ya que el objeto del proceso de adaptación es conseguir una versión que siendo equivalente al original utilice un lenguaje natural y aceptable por la mayor parte de la población. Otros indicadores han sufrido importantes cambios (p.ej. Benefits of ongoing self-monitoring of pain/Beneficios del autocontrol continuo del dolor/Beneficios de realizar un seguimiento personal continuado del dolor) lo que indica que no se encontraban adecuadamente ajustados a la manera de expresarlos y entenderlos en nuestro entorno de cuidados y por lo tanto podrían presentar problemas de interpretación y por consiguiente de implementación.

Globalmente el resultado puede considerarse extenso, 41 indiciadores pueden resultar un listado amplio de posibilidades de elección para la enfermera. Las siguientes fases de investigación deberán determinar como de bien representan cada uno de éstos indicadores el concepto que pretende medir éste resultado y cuáles de ellos resultan más valiosos en el terreno clínico.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Los cambios incorporados en el resultado “Conocimiento: gestión del dolor” tras el proceso de adaptación ponen de relieve la necesidad de la adaptación cultural.

La consulta con las autoras permite mantener el significado original de los indicadores mejorando la comprensibilidad de algunos de ellos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Moordead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.

(2) World Health Organisation. Process of Translation and Adaptation of Instruments. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/index.html#. Accessed Agosto/5, 2012.

(3) Sperber AD. Translation and Validation of Study Instruments for Cross-Cultural Research. Gastroenterology 2004 January;126(Supplement 1):S124-S128.

(4) Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-Cultural Adaptation of Health-Related Quality Life Measures: Literature Review and Proposed Guidelines. J Clin Epidemiol 1993 December;46(12):1417-1432.

(5) Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Bosi Ferraz M. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. Spine December 2000;25(24):3182-3191.

(6) Moorhead S, Johnson M, Swanson E, Maas M. Nursing Outcomes Classification (NOC). 4th ed. St Louis. Missouri: Mosby-Elsevier; 2007.

(7) Heather Herdman, T. Hearh, C., Lunney M, Scroggins LV, B. NANDA-Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2009-2011 ed. Barcelona: Elsevier; 2010.

(8) Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Derek Gallacher CR. Survey of Chronic Pain in Europe: Prevalence, Impact on Daily Life, and Treatment. European Journal of Pain 2006;10:287-333.

AUTORES/AUTHORS:
dolores sardo, arminda anes

TÍTULO/TITLE:
LACTANCIA Y MOTIVACIÓN DE LAS EMBARAZADAS

La protección, promoción y apoyo de la lactancia materna (LM) es una prioridad para la salud en el mundo. Es la forma más natural de alimentar a los lactantes. La lactancia materna exclusiva (LME) a los primeros 6 meses garantiza un crecimiento y desarrollo sano, y una salud óptima (EU, 2008). En Portugal, el Informe de Registro de LM 2012 indica que 65,2% hace LME hasta alta del paritorio y a los 4 meses sólo 26,9% de los niños lo hacen.
Objetivos: Conocer la prevalencia de la LM hasta los 4 meses; evaluar los determinantes de la LME hasta los 4 meses.
Método: Estudio no experimental, transversal y correlaciónale, en las unidades de salud pública y privada. Se hizo durante el embarazo y 4 meses después del parto mediante una entrevista estructurada de auto-reporte. El análisis estadístico se realizó en SPSS19.
Muestra de conveniencia, intencional con 286 embarazadas portuguesas, edad>18 años, que completaron un cuestionario con >=20 semanas de gestación y a los 4 meses después del parto. Todas las encuestadas fueron informadas del tipo de estudio y firmaron el consentimiento informado. La mayoría son primigestas (79,7%), con educación superior (64,6%) y una edad media de 31 años. 86,7% son casadas o viven con su pareja. 45,5% tuvo parto normal y 39,9% cesárea. 95,9% de las madres han tenido recién nacidos a término, 84,3% con peso adecuado para la edad gestacional.
Resultados: Todas las embarazadas estaban motivadas para amamantar, 2,1% hasta los 4 meses, 22%, 35,3%, 12,9% hasta los 6,12 y 24 meses; sólo 7% de las embarazadas no ha tomado decisión en el tipo de alimentación del niño.47,9% comenzaron la LM a los 1ros 30 minutos después del nacimiento y 37,7% hasta a las 2 horas de vida.
La prevalencia de LM a los 4 meses es 72,7%, pero 51% de las mujeres lo hacen exclusivamente y sólo 14% obtenga leche de un biberón.
Las principales causas de abandono fueran la producción y características de la leche - "leche en polvo" y "leche débil" - 48,6% y 36,7% a los factores maternos (la fatiga y el regreso al trabajo).
La mayoría de las madres (57,3%) han indicado problemas o dificultades en la LM. 58,4% han identificado los factores maternos como los más frecuentes (las grietas y el dolor en los pezones). Como segunda dificultad, 29,8% de las madres han identificado los factores relacionados con el niño, con énfasis para dificultad en el agarre – 13,7%. Sólo 11,8% señaló los factores relacionados con la producción y calidad de lo leche, en particular “leche insuficiente / poco leche” - 13,7%.
74,8% de las madres fue dado apoyo a LM en lo postparto y 63,4% amamantan hasta los 4 meses (X2= 5,173; p=0,023; Phi =-0,138; p= 0,023). 35,5% hecho por médicos y enfermeras, 12,6% por enfermera matrona y 12,6% por la familia y amigos.
7,3% de las madres fueran informadas para destetar cuando tenían problemas con LM; 52,4% fue aconsejada por profesionales de la salud.
En cuanto a:
- Antecedentes personales: 75,5% fue amamantada y 6,9% de las madres no lo saben.
- Historia del embarazo actual: 83,9% fue planeado. Todas las mujeres fueron asistidas en la gestación y la 1ª consulta fue realizada entre 3 y las 20 semanas de gestación (Mo=8), 98,6% tiene un embarazo de feto único.
63,6% tenía formación en LM, el promedio de 2,9 H, hecha por la matrona en 55,8% casos.
20,3% tienen experiencia LM y 7% hizo LME hasta 6 meses. Para 94,6% fue una experiencia gratificante y 73,6% están amamantando (Fisher´s (0,025); Phi= 0,360;p=0,007): 13,5% amamantan hasta 1 mes y 86,5% ha amamantado entre 1 a 4 meses.
Las mujeres que amamantan más tiempo en la última experiencia tienden a amamantar por más tiempo ahora, y las diferencias

fueron estadísticamente significativas (U= 19,500; p = 0,000).
Discusión: Los datos son coherentes con la literatura.Las madres con mayor éxito en LM tienen más edad y más información, son casadas (Dennis, 2002), con asesoría prenatal (Ferreira, Nelas & Duarte, 2011), experiencia positiva y LM precoce (Ramos & Ramos, 2007), con motivación y decisión favorable a LM (Wells, 2002; Escobar, Ogawa, Kawashita, Tamim Hiratsoka, et al., 2002). Sin embargo, de las variables estudiadas sólo la experiencia y duración de LM anterior tuvo significación estadística con la duración de LME a los 4 meses (U=19,500, p=0,000). También hubo una dependencia estadísticamente significativa entre el apoyo y la prevalencia a los 4 meses. La presencia o ausencia de apoyo no fue decisiva en las mujeres que han cesado LM. La tasa de destete precoz a los 4 meses fue alta y baja prevalencia de LME, de acuerdo con la OMS. Los resultados sugieren que profesionales de salud, incluyendo las matronas, tienen que fortalecer la motivación de las embarazadas y desarrollar un programa de atención más efectivo segundo las necesidades específicas de cada madre. Así, deben identificar las motivaciones de las mujeres embarazadas en los programas de atención prenatal para aumentar la confianza de las embarazadas y madres a fin de evitar el abandono de LME.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Dennis, C. L. (2002). Breastfeeding initiation and duration: A 1990-2000 literature review. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 3J(1), 12-32.
Direção Geral da Saúde – Divisão de Saúde Reprodutiva, & Mama Mater – Associação Pró Aleitamento Materno em Portugal (2012). Registo do aleitamento materno: Relatório julho 2010 – junho 2011. Projeto 74/2008, financiado pela DGS. Lisboa.
Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsoka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S, et al. Aleitamento materno e condições sócio-econômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2002; 2(2):253-61.
EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised).European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008.
Ferreira, M.; Nelas, P.; Duarte, J. (2011). Motivação para o Aleitamento Materno: Variáveis Intervenientes. Millenium, 40, 23-38
Ramos, V. W.; & Ramos, J. W. (2007). Aleitamento Materno, Desmame e Fatores Associados. CERES; 2(1); 43-50
Takushi, S. A. et al. (2008). Motivação de gestantes para o aleitamento materno. Revista de Nutrição. Campinas, 21(5), 491-502
Wells, K. J.; Thompson, N. J; Kloeblen-Tarver, A. S. (2002). Intrinsic and Extrinsic Motivation and Intention to Breast-feed. American Journal of Health Behavior 26(2), 111-120.

AUTORES/AUTHORS:
Oscar Aguado Arroyo, Higinio Pensado Freire, Juan Jesús Madrid Osorio, Rocío Balas Urea, Maria Ángeles Asensio Villanueva, Magdalena Lesmes Arenas, Ana Ruíz Casado, Ana Soria Verdugo, María Jesús Ortega Solano

TÍTULO/TITLE:
ESTUDIO DESCRIPTIVO PARA EVALUACIÓN OBJETIVA DEL CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES INTERNACIONALES SOBRE EJERCICIO FÍSICO

Hay pocos estudios que evalúen la AF de forma objetiva en España.
Estudios previos sobre niveles AF:
· Población Madrileña. El 80% de la población cumple recomendaciones (AF), pero el 33% únicamente en el tiempo libre (1).
· Adultos Canadienses: 15 % cumplen recomendaciones internacionales sobre actividad física, registrado con acelerometría (2)
· Meseguer CM: Madrid entre 2000- 2005 encuesta telefónica 28.8 % cumplen las recomendaciones internacionales.
· Haskell WL: Adultos Norteamericanos. 49,1 % cumplen con las recomendaciones internacionales.
· NHANES III: Estudio con acelerometría en EEUU 9.5% en hombres y 7% en mujeres cumplían las recomendaciones internacionales. (2-6)
Hipótesis
La población del estudio podría no cumplir las recomendaciones internacionales sobre actividad física (AF) para la población general.
Recomendaciones internacionales de AF en población general:
o ACSM&AHA (3):
· 30 min/día, 5 días a la semana ó
· 20 min/día, 3 días en semana de AF vigorosa.
o Guidelines US Department:
· 150 min/ semana de AF Moderada ó 75 min/ semana de AF Vigorosa.

Objetivos
· Describir de forma objetiva los niveles de actividad física (AF) que realizan la población que acude a los Centros de Salud seleccionados de Atención Primaria (AP) de la población de Fuenlabrada a través de la acelerometría.
· Conocer la prevalencia de adherencia a las recomendaciones internacionales en la práctica de AF.
· Describir el perfil y los factores socio-demográficos que pueden influir en su práctica.

Metodología
Estudio descriptivo transversal de la evaluación objetiva de la AF realizada a población adulta de Fuenlabrada entre 18 y 85 años, autónomos para caminar y que han aceptado el consentimiento informado. Se excluyen menores de 18 años y con diagnóstico y/o antecedentes personales de cáncer. Muestra de 109 pacientes seleccionados a través de muestreo aleatorio (números aleatorios). Estudio doble ciego. A todas las personas que participan se les realizó: Acelerometría, Antropometría, Encuesta Factores ambientales y Cuestionarios GPAQ e IPAQ (cuestionarios que evalúan de forma subjetiva la AF).

Resultados: Resultados: Variable y Media± DE: Edad (años): 47,72±15,1, Peso(kg): 70,60±14,6, IMC: 26.74±4.9. Perímetro de cintura(cm): 99.86±13.68. Hombres: 98.65 (1.90) y mujeres: 86.71 (1.19). ICC: 0,91±0,10, Perímetro de cadera (cm): 90.76±15.16. Los resultados sobre acelerometría revelan un elevado porcentaje de pacientes que cumplen las recomendaciones internacionales

sobre AF: El 96.3%.
MVPA= minutos de actividad física moderada y vigorosa. Variable y Media± (DE)
• Media minutos al día de MVPA: 59.38 (34.52). Media de minutos al día de sedentaria: 538.6 (89,85). Media de minutos MVPA semana: 296.93. Media de minutos sedentaria semana: 2693.21 (449.29). Media de minutos al día de MVPA días laborables 68.04 (42.66). Media de minutos de MVPA al día de fines de semana: 46.39 (32.48). Media de minutos al día de sedentario laborables/ fines de semana respectivamente: 543.96 (106.94)/ 530.66 (93.57). Índice sedentarismo fines de semana es 52.64% (42,45- 62,12) frente 46.44% (36,05- 55,68) de laborables.
Disgregación variable MVPA: Media/ min (DE).
MVPA Moderada días Laborables: 314.83 (181.31), MVPA Moderada fines de semana
88.93 (61.50), MVPA Vigorosa Laborable 14.72 (32.57), MVPA Vigorosa fines de semana 2.33 (7.81).
Los resultados de los cuestionarios (GPAQ e IPAQ) están siendo analizados actualmente.

Conclusiones y discusión:
1. La mayoría de nuestra muestra cumple las recomendaciones internacionales de AF, 96.33%, pero sólo un 3.67% la cumplen superando o igualando los 75 min. actividad vigorosa/semana.
2. El tiempo de sedentarismo fue mayor que el tiempo en cualquier resultado de AF, siendo su diferencia significativa entre los días laborables y fines de semana.
3. El género, la situación laboral y relación laboral- fines de semana pueden tener implicaciones en la realización de la actividad física.
4. El grupo de edad que menos actividad física realiza son los menores de 20 años, sobre todo estudiantes. Además son los que más porcentaje de sedentarismo acumulan.
5. La población exhibe una media de IMC de 26.74 que indica, en su mayoría, al menos sobrepeso.
6. A pesar de esta amplísima adherencia a las recomendaciones internacionales de nuestra muestra, ésta manifiesta 2 variables con valores altos frente al RCV (7).
7. Los resultados de este estudio no son extrapolables a la población de Fuenlabrada.
8. La valoración, consejo y apoyo en el mantenimiento de la actividad física es una tarea fundamental de los profesionales de la salud implicados en la prevención cardiovascular (8).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Reference List

(1) Rodriguez-Romo G, Cordente CA, Mayorga JI, Garrido-Munoz M, Macias R, Lucia A, et al. [Influence of socio-demographic correlates on the adherence to physical activity recommendations in adults aged from 15-to 74 years]. Rev Esp Salud Publica 2011 Aug;85(4):351-62.
(2) Foley RN, Wang C, Collins AJ. Cardiovascular risk factor profiles and kidney function stage in the US general population: the NHANES III study. Mayo Clin Proc 2005 Oct;80(10):1270-7.
(3) Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med Sci Sports Exerc 2007 Aug;39(8):1423-34.

(4) Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation 2007 Aug 28;116(9):1081-93.
(5) Meseguer CM, Galan I, Herruzo R, Rodriguez-Artalejo F. Trends in leisure time and occupational physical activity in the Madrid region, 1995-2008. Rev Esp Cardiol 2011 Jan;64(1):21-7.
(6) Roman-Vinas B, Serra-Majem L, Ribas-Barba L, Roure-Cuspinera E, Cabezas C, Vallbona C, et al. Trends in physical activity status in Catalonia, Spain (1992-2003). Public Health Nutr 2007 Nov;10(11A):1389-95.
(7) Ortega FB, Lee DC, Katzmarzyk PT, Ruiz JR, Sui X, Church TS, et al. The intriguing metabolically healthy but obese phenotype: cardiovascular prognosis and role of fitness. Eur Heart J 2012 Sep 4.
(8) Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Alvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al. [European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Spanish adaptation of the CEIPC 2008]. Neurologia 2009 Sep;24(7):465-84.

AUTORES/AUTHORS:
Mª Carmen Barbera Ortega, Francisco José Hernández Sánchez, Mª José López Arroyo, Ana María Lorente Gallego, Jesús David Pastor Rodríguez, José Antonio Corales, Diana Jiménez Hernández, Juana Inés Gallego Gómez, Rafael Ruiz De San Martín

TÍTULO/TITLE:
Análisis de accidentes con riesgo biológico en estudiantes universitarios de enfermería.

Objetivo: Conocer la prevalencia y las características de los accidentes con material biológico entre los estudiantes de Enfermería en la Facultad de Enfermería Universidad Católica San Antonio de Murcia.-Conocer el porcentaje de incidencia de accidentes de riesgo biológico en relación al total de alumnos que realizan las estancias clínicas- Efectuar un análisis comparativo de los resultados obtenidos entre dos años consecutivos de los alumnos que realizan estancias clínicas en los centros sanitarios.- Identificar el número de accidentes por año.
Material y Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, mediante el registro de incidencias notificado en la Unidad de Prácticas (UPE), de los alumnos matriculados durante el curso académico 2009/2010 y 2010/2011, según protocolo de actuación ante accidente de riesgo biológico.
La población objeto de estudio está formada por el total de alumnos de segundo y tercer curso de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica “San Antonio” de Murcia (UCAM) que en el momento de la realización del estudio se encontraban matriculados en las asignaturas de Practicum Clínico I, II y III.
El protocolo, validado y consensuado entre la Facultad de Enfermería y los Centros donde se realizan las estancias clínicas, ha sido elaborado teniendo en cuenta lo establecido en el Real Decreto 664/1997, de 12 mayo, protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo y, la Instrucción 1/2012 , de 26 abril, en materia de Prevención Riesgos Laborales para la coordinación y actuación en caso de accidente de riesgo biológico de la Dirección Gerencia Servicio Murciano de Salud.
Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 18.0 para la realización de los diversos análisis estadísticos.

Resultados:
Con relación a la identificación de la accidentalidad, resaltar que del total de los sujetos incluidos en el estudio, el 10,69% de los estudiantes notificó haber tenido uno o más accidentes durante su etapa formativa, independientemente del riesgo de éstos. Del total de incidentes notificados el 6,94% correspondían al curso académico 2009/2010 y el 3,75% al curso académico 2010/2011.
En relación a los accidentes con material biológico, la mayor parte de las exposiciones fueron percutáneas e involucraron instrumental o material cortante (83,97%), las salpicaduras sobre mucosas alcanzaron un (6,15%).
En relación a los accidentes sin riesgo biológico destacan las contusiones y esguinces (3,9%) y golpes con objetos (1%).
Conclusiones:
Los resultados relacionados con la caracterización del accidente con riesgo biológico, muestran que la relación entre la frecuencia y el tipo de accidente con riesgo biológico es mayor que el de accidentes sin material biológico.
En los resultados obtenidos, observamos un mayor porcentaje de accidentalidad en el curso académico 2009/2010, entendemos que pueda ser debido, a que en el mencionado curso los alumnos, se encontraban iniciando sus primeras estancias clínicas, por lo que en muchos casos, no se cuenta con la experiencia y destreza manual adecuada para realizar los distintos procedimientos.
A pesar del bajo porcentaje de accidentalidad encontrado, y teniendo en cuenta la gravedad de las secuelas del accidente con riesgo biológico, es necesario fortalecer las estrategias de prevención del accidente con riesgo biológico en el marco de los convenios de prácticas en centros asistenciales con acciones encaminadas a disminuir o eliminar la presencia del evento para promover el

bienestar del estudiante en el desarrollo de las prácticas formativas minimizando el riesgo inherente a estas.
La formacion profesional del Graduado en Enfermería debe de manera estricta incluir el conocimiento y manejo de los protocolos de bioseguridad que a nivel nacional se establecen por centros y organizaciones dedicadas a la prevención de las enfermedades por fluidos de origen biológico.
Destacamos la importancia de empezar por educar a los estudiantes desde el comienzo del pregrado sobre los riesgos implicados en la práctica académica, como herramienta, no para disminuir la ocurrencia, sino para disminuir la oportunidad de que sucedan este tipo de eventos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
2. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
3. REAL DECRETO 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
4. Servicio Murciano de Salud. UDE.AI. Procedimiento de actuación ante accidentes de alumnos en prácticas. [en línea] Mayo 2012. Disponible: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/97967-triptico.pdf
5. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)
6. Macías Plazas, AI: Pirajan Aranguren, AI. Prevalencia de accidentes de trabajo por factor de riesgo biológico en los estudiantes de enfermería de la UPTC durante su práctica Clínica. Biblioteca Lascasas, 2006; 2 (2). Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0129.php

Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV

Session of Oral Brief Presentations IV

AUTORES/AUTHORS:
Ernestina Batoca Silva, Margarida Carvalho

TÍTULO/TITLE:
CUIDADOS PALIATIVOS EN NEONATOLOGÍA: EXPERIENCIA DE PROFESIONALES DE LA SALUD

El concepto de cuidados paliativos ya no es nuevo, pero sólo recientemente ha comenzado a ser aplicado a la población neonatal. De hecho, para muchos recién-nacidos que nacen con la supervivencia limitada por prematuridad extrema o por malformaciones y para aquellos que desarrollan complicaciones durante el proceso neonatal, la atención paliativa neonatal se torna crucial. Se define como la atención integral al recién-nacido que no mejorará, incluyen un conjunto de intervenciones previstas por un equipo interdisciplinario que apoya al recién-nacido y a su familia con empatía, respeto y dignidad (Catlin y Carte, 2002).
1. Objetivos
Hemos definido como objetivos: Identificar los sentimientos vividos y las dificultades experimentadas por los profesionales de salud en el cuidado de los recién-nacidos que no mejorarán y su familia; Reconocer los cuidados esenciales y aspectos susceptibles de contribuir para mejorar los cuidados paliativos neonatales.
2. Métodos
Realizamos un estudio exploratorio descriptivo de carácter cualitativo en una muestra intencional constituida por 20 profesionales de la salud de una unidad neonatal de la región central del país.
Para el procesamiento de los datos utilizamos el análisis de contenido y categorización según Bardin (1977, 2009) y Amado (2000).
3. Resultados
De los resultados obtenidos de las abundantes descripciones reflexivas de los participantes, se destacan la valoración de la importancia de la atención con el recién nacido y su familia, contribuyendo al reconocimiento de los cuidados paliativos y enfermedades neonatales en nuestro país.
4. Discusión
Hemos encontrado, tal como Silva (2008), que existen dificultades relacionales, de comunicación y éticas experimentadas por el equipo de salud en un contexto de déficit de diálogo interdisciplinario y de ausencia de consensos y de normalización de procedimientos. Han surgido sentimientos o emociones negativas, que se deben a la incomodidad y falta de preparación que el equipo de salud se debate en esta unidad neonatal.
Siendo un tema poco discutido, podemos proporcionar algunas ideas para la reflexión sobre esta cuestión que consideramos de gran importancia ética y con fuertes consecuencias prácticas. Se invoca la necesidad de avanzar más eficazmente en esta esfera del cuidado.
Palabras clave: cuidados paliativos, recién-nacido, unidades neonatales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
BARDIN, Laurence – Análise de conteúdo. 5ª ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 281p. ISBN 972-44-1506-2.
BARDIN, Laurence – Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977. ISBN 972-44-0898-1.
CATLIN, Anita; CARTER, Brian – Creation of a neonatal end-of-life palliative care protocol. Journal of Perinatology. ISSN 0743-8346. Vol.22, nº3 (April/May 2002), p. 184-195.
SILVA, Ernestina Mª Batoca – Tomada de decisões éticas em prematuros: experiências de médicos e enfermeiros. Revista Portuguesa de Bioética. Coimbra. ISSN 1646-8082. Ano XVIII/46, nº5 (Setembro de 2008), p. 191-206.

AUTORES/AUTHORS:
MARIA ANTONIA ZAMORA PARRA, ANA VICTORIA REVILLA MORATINOS

TÍTULO/TITLE:
PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN RECONSTRUCCION MAMARIA:¿MEJORA LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES?

Introducción:
En nuestra unidad de Cirugía Plástica, las enfermeras detectamos en las pacientes que van a someterse a cirugías de reconstrucción sentimientos de insatisfacción e inseguridad por falta de información en algún momento del proceso peri-operatorio. Por ello quisimos comprobar si la utilización de un plan de cuidados basado en estrategias de enseñanza y asistencia sistematizada conseguiría un afrontamiento eficaz del proceso implicando a la paciente en su auto-cuidado y mejorando su calidad de vida.
Objetivo: Evaluar la eficacia de un plan de cuidados de enfermería para la mejora de la calidad de vida de las pacientes con reconstrucción mamaria.
Diseño: Estudio prospectivo de intervención con grupo control.
Ámbito y sujetos del estudio: Mujeres intervenidas quirúrgicamente con reconstrucción mamaria post-mastectomía, en el servicio de C. Plástica del Complejo Asistencial de Burgos, entre los años 2007-2010.
Muestra del grupo control: 35 pacientes (septiembre 2007 - marzo 2008).
Muestra del grupo intervención: 31 pacientes (abril - agosto 2010).
Variables: de resultado principal, calidad de vida
Otras variables estudiadas: Edad/ Nivel de Estudios/ Días estancia hospitalaria/Calidad de la Información enfermera /Calidad de la información médica /Tipo de procedimiento quirúrgico / tipo de complicaciones.
Método: Aplicación del Plan de Cuidados (estandarizado vs. habitual). Se utilizó el SF-36 (versión aguda) para la evaluación de la calidad de vida.
Tras captar a las pacientes telefónicamente, se adherían al estudio mediante el correspondiente consentimiento informado que se les enviaba por correo junto con un primer cuestionario de calidad de vida previo a ser operadas.
Pasadas 6 u 8 semanas de la reconstrucción, se les enviaba un segundo cuestionario.
En el grupo control se aplicaron los cuidados de enfermería habituales durante el ingreso y primeras consultas externas.
En el grupo de intervención se aplicó el plan de cuidados estandarizado según metodología NANDA.
Análisis estadístico (IBM SPSS statistics 19) en grupo control e intervención: Se realizó un análisis descriptivo de las variables en cada uno de los grupos, aportando las frecuencias para las variables cualitativas y la media y desviación estándar para las variables cuantitativas. La comparación de la calidad de vida entre los grupos control e intervención se analizó mediante la prueba t de Student. La comparación de la calidad de la información recibida se estudió mediante la Chi cuadrado.
Resultados grupo control:
La media de edad fue de 49,09 años, desviación típica 7,06; El 42,9 en estudios primarios, El procedimiento más frecuente, colocación de prótesis o recambio, 51,4%, El 42,9% consideró que la información de la enfermera era adecuada y el 25.7 % bastante adecuada. Un 60% no tuvo complicaciones quirúrgicas. En el comparativo del antes-después de este grupo con la prueba T de Student, en plano de salud mental, se obtiene un p-valor de 0,010, el cual indica una mejora en la salud mental tras la cirugía.
Resultados grupo intervención:
La media de edad, 51,39 años, desviación típica 7,58. El 54,8% estudios secundarios.
El recambio o colocación de prótesis, 71 %, El 32,3% refiere que la información de la enfermera era muy adecuada y otro 32,3% responde que la información fue adecuada. Mejora la calificación de la información de Enfermería, pero sin significación estadística.

Un 58,1% no tuvo complicaciones quirúrgicas.
En el comparativo antes-después, tanto en plano de salud mental, como en el resto de las dimensiones, no se obtienen diferencias significativas.
La comparación entre el grupo control y el grupo intervención mediante la Tde Student, nos muestra que no mejora la calidad de vida.
Objetivos alcanzados y utilidad práctica
La percepción que tienen las pacientes de la información que reciben de enfermería mejora en el grupo de intervención.
Se formaron grupos de trabajo que profundizaron en la metodología de cuidados NANDA y que dio lugar al vigente Plan de Cuidados Estandarizados en Reconstrucción Mamaria.
Indirectamente mejoró la seguridad del personal de enfermería en el manejo de esta patología
El plan de cuidados al alta se efectuó en el 100% de la muestra, favoreciendo el autocuidado y la satisfacción de las pacientes.
Las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios SF-36 denotan un buen Standard de calidad de vida de las pacientes pese a no haber obtenido un incremento estadísticamente significativo de la misma con nuestra intervención.
Discusión: el Plan de Cuidados Estandarizados de Enfermería marcado, no consiguió mejoras en la calidad de vida a las 6 semanas de la cirugía de reconstrucción mamaria.
La elaboración, seguimiento y registro de Planes de Cuidados, aumenta notablemente la dedicación de tiempo de enfermería y no siempre se corresponde con mejoras para el paciente.
Quedan abiertas otras posibilidades de ampliación de este estudio alargando los periodos de evaluación de las pacientes tras la cirugía, así como estudios de satisfacción de las pacientes y cargas de trabajo de enfermería.
(Trabajo realizado con ayuda de beca FIS

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) J.M.del Val Gil et al. Cáncer de mama y mastectomía. Estado actual.Cir Esp 2001

(2) B.Oiz. Psicología Clínica. Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico, Pamplona

(3) Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc) 1995; 104:771-776.

(4) D.Arcila. Imagen corporal y calidad de vida en pacientes con antecedentes de cirugía mamaria. Mexico. 2002
(5) Silva de Oliveira Mariza,1 Fátima Carvalho Fernandes,2 Mesquita Melo Elizabeth 3 Cristina Falcão Juvenal Barbosa Izabel.) Cuidados preoperatorios de mastectomía bajo la óptica de la mujer. Rev Cubana Enfermer 2005;21 (2) Universidad Federal de Ceará/ Departamento de Enfermería. Brasil
(6) Caldas Camargo, Teresa; Oliveira Souza, Ivis Emília de. [Atención a la mujer mastectomizada: discutiendo los aspectos ónticos y la dimensión ontológica de la actuación de la enfermera en el hospital del cáncer III] Atenção a mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão onotológica da atuação da enfermeria no hospital do câncer III. Rev Latino-am Enfermagem -Bra-. 2003 sep-oct. 11(5):614-621. Reflexión, artículo.
(7) Ganz PA,Coscarelli A, Fred C, Kahn B, Polinsky ML,Petersen L. Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life.Division of Cancer Prevention and Control Research, Jonsson Comprehensive Cancer Center, University of California at Los Angeles, USA.

(8) Wolf L. The information needs of women who have undergone breast reconstruction. Part II: Information giving and content of information. European Journal of oncology Nursing (2004)8,315-324.
(9) GUYATT, G.H.; Feeny, D.H.; Patrick, D. (1993). Measuring Health-Related Quality of Life. Annals of Internal Medicine, vol. 118 (8): 622-629.
(10) Ochoa C. Diseño y evaluación de protocolos clínicos. Nuevo Hospital 2002. Vol II. Nº5. 1-21.

AUTORES/AUTHORS:
María Celia Navarro Manchado, María del Mar García López, Almudena Navarro Pérez, Francisco Rodríguez Jiménez, Javier Rodríguez Tello, María Dolores Meroño Rivera, José María Martínez Mateo

TÍTULO/TITLE:
Efectividad de una intervención para mejorar el manejo del dolor en la Unidad de Hospitalización de Onco-Hematología

INTRODUCCIÓN
Los estudios sobre el dolor en pacientes onco-hematológicos establecen una prevalencia de dolor de entorno al 30-60% en pacientes en fase de tratamiento, y del 70-90% en pacientes en fase avanzada de la enfermedad (1,2).
El dolor es el síntoma más temido. Sin embargo, frecuentemente es infravalorado e infratratado (3), considerándose como principal causa de infratatamiento una inadecuada valoración (2).
Se considera que la reevaluación del dolor debe ser periódica (4), y que el enfoque multidisciplinar supone la mejor herramienta. Las enfermeras, por capacidad y competencia profesional, así como por la continuidad asistencial que aportan sus cuidados a lo largo de la hospitalización, son las profesionales indicadas para garantizar la correcta valoración de este síntoma.
La valoración y el registro del dolor no son un fin en sí mismo, pero resultan indispensables para manejar con eficiencia el dolor de los usuarios; por tanto, es fundamental que se realicen de manera correcta, práctica, y fácilmente accesible por parte de todos los miembros del equipo multidisciplinar.
La Escala Visual Analógica es la herramienta de valoración usada en nuestro ámbito, siguiendo las recomendaciones más extendidas para medir la intensidad del dolor, según las cuales sería necesario mantener el dolor habitual o usual en rangos de dolor “moderado-leve”, con EVA menor de 4cm, o escala numérica inferior a 5 (1, 5, 6), sin detrimento de que se tengan en cuenta otras dimensiones (7) en la valoración del llamado “dolor total” (2), como por ejemplo, la conducta dolorosa (1).

OBJETIVO
Evaluar la efectividad de una intervención para mejorar el manejo del dolor en pacientes onco-hematológicos

MÉTODO
Estudio descriptivo transversal, pre y post realización de una intervención, para mejorar el manejo del dolor del equipo multidisciplinar en la asistencia a los usuarios ingresados en la Unidad de Hospitalización de Onco-Hematología (UOH) del Hospital General Universitario Santa Lucía (HGUSL) de Cartagena.
El equipo multidisciplinar de la UOH lo componen: las enfermeras de la unidad (14), los oncólogos (6), los hematólogos (5), y el equipo de cuidados paliativos (2 enfermeras y 1 médico).
El marco muestral de la primera evaluación lo constituyeron las historias clínicas de los pacientes ingresados en la UOH en enero de 2012, incluyéndose todos los casos que cumplieron el criterio de estar ingresado 72 o más horas, obteniendo un muestra de 51 casos. Para la reevaluación, en mayo de 2012, se sigue el mismo criterio, y tamaño muestral.
Tras el análisis de las causas que ocasionaban dificultades en el manejo del dolor, y en base al Protocolo de atención al paciente con dolor, implantado recientemente de manera general en el hospital, se establecen las siguientes variables: 1.Registro al ingreso; 2.Registro por turno; 3. Analgesia de rescate si EVA>=4; 4.Registro tras analgesia; 5.- No dolor a las 72h.
La fuente de datos fueron los registros de la historia clínica en soporte informático (Selene), de los siguientes apartados: 1. Formulario Valoración de Enfermería (Patrones), 2. Formulario de Constantes Vitales, escala EVA, y 3. Notas de progreso de Enfermería.
El análisis cuantitativo se realizó mediante frecuencias y porcentajes, homogeneizando las variables que fueron necesarias.

Presentaron mayor frecuencia las variables: Analgesia de rescate si EVA>=4 (100%), Registro al ingreso (88%) y No dolor a las 72h (80%).
El diseño de la intervención se centró principalmente en las 2 variables de menor frecuencia (Registro tras analgesia, Registro por turno: 0,25%, 0%) y consistió en: a) Adaptación del Protocolo del Dolor a las características de la UOH; b) Redifusión del Protocolo del Dolor, entre el equipo multidisciplinar.

RESULTADOS
Tras la intervención, se observa una mejora significativa ($p< 0,001$) de las variables de Registro tras analgesia y Registro por turno (21%, 6,25%). El Registro al ingreso y la Analgesia de rescate si EVA>=4 se mantienen en altos niveles de cumplimiento (100%, 90,19%). El control del dolor a las 72h de ingreso se manifiesta elevado también en la reevaluación (82%).
DISCUSIÓN
Los resultados del presente estudio respecto al control del dolor, medido a las 72h de ingreso, aportan cifras positivas, de en torno al 80%, en relación con otros estudios que establecen una prevalencia de este síntoma más elevada, especialmente en pacientes en fase avanzada de la enfermedad (1, 2). Se incluyeron tanto pacientes en tratamiento quimioterápico (siempre que estuvieran ingresados al menos 72h) así como pacientes con otros motivos de ingreso, tales como realización de pruebas diagnósticas o control de síntomas, en cualquier fase del proceso onco-hematológico.
Consideramos relevante la mejora conseguida en los registros tras la intervención, aunque susceptible de desarrollo.
El tamaño muestral pequeño no permite extrapolar los resultados a otros ámbitos, pero sí es representativo para la UOH al haberse incluido todos los casos del periodo de estudio.
El HGUSL tiene como objetivo que la experiencia de esta planta se traslade y se haga extensiva al resto de las unidades de hospitalización para conseguir un “Hospital sin dolor”.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. GONZÁLEZ-ESCALDA JR, CAMBA A, CASAS A, GASCÓN P, HERRUZO I, NÚÑEZ-OLARTE JM, RAMOS-AGUERRI A, TRELIS J, TORRES LM. Código de buena práctica para el control del dolor oncológico. Rev Soc Esp Dolor 2011; 2: 98-117
2. BERGER AM, SHUSTER JL, VON-ROENN, JH. Principles & Practice of Palliative Care & Supportive Oncology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007
3. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Adult cancer pain. 2010
5. REYES-CHIQUETE D, GONZÁLEZ-ORTIZ JC, MOHAR-BETANCOURT A, MENESES-GARCÍA A. Epidemiología del dolor por cáncer. Rev Soc Esp Dolor 2011; 2: 118-134.
6. ABAD-CORPA E, MESEGUER-LIZA C, MARTÍNEZ-CORBALÁN JT, ZARATE-RISCAL L, CARAVACA-HERNÁNDEZ A, PAREDES-SIDRACH DE CARDONA A, CARRILLO-ALCARAZ A. Estudio descriptivo sobre resultados de salud de pacientes oncohematológicos e intervenciones enfermeras. Enferm Clin. 2009; 19(4):184-190
7. MACINTYRE PE, SHUG SA, SCOTT DA, VISSER EJ, WALKER SM. Acute Pain Management: Scientific Evidence. 3rd ed. Melbourne: Australian and New Zealand College of Anaesthetists; 2010

AUTORES/AUTHORS:
Blanca Fernández-Lasquetty Blanc, Isabel Angulo Ramir, Gloria Lorente Granados, Caridad Vela Abengozar, Socorro Patiño Patiño, Paloma Martinez Oliveras, Ana Mª Muela Mazuecos, Paz Pavón Chocano

TÍTULO/TITLE:
Estudio experimental para determinar la eficacia y seguridad del momento y emplazamiento para el rasurado quirúrgico

La infección de sitio quirúrgico (ISQ) es una de las infecciones hospitalarias más frecuentes en los pacientes intervenidos, con consecuencias negativas para el paciente y para el sistema sanitario. Cualquier programa que ponga en marcha una detección temprana y tratamiento de esta complicación sería coste efectivo.
El objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad del momento y emplazamiento del rasurado quirúrgico en la prevención de la ISQ en pacientes sometidos a cirugía general programada.
Método: Se llevó a cabo un estudio de intervención, experimental con asignación mediante un muestreo basado en bloques de permutaciones aleatorias a tres grupos de intervención, según el emplazamiento y momento del rasurado quirúrgico (unidad de hospitalización un día antes o el mismo día de la intervención y antequirófano) y evaluación ciega por terceros.
El ámbito de estudio fue el Hospital General La Mancha-Centro de Alcázar de San Juan, Ciudad Real, desde Mayo de 2009 a Febrero de 2012.
Los pacientes se seleccionaron de la lista de espera quirúrgica del Servicio de Cirugía General y captados en la Consulta de Anestesia. Todos ellos fueron informados del estudio y firmaron el consentimiento informado diseñado a tal efecto.
Para el análisis se utilizó PASW 18.0 (SPSS Inc.) estando el estadístico enmascarado. Se calcularon los indicadores de resultado (presencia y signos de ISQ, escalas de dolor y confort) para cada uno de los tres grupos de intervención. Los contrastes se realizaron con pruebas de Ji cuadrado (indicadores categóricos) y con el test no paramétrico de Kruskal-Wallis para la comparación de las escalas de dolor y confort.
Se ha llevado a cabo una estrategia de análisis PIT.
Resultados: Se incluyeron 101 pacientes, 86 hombres (85,1%) y 16 mujeres (14,9%), con una edad media de 66,4 años. Los procesos quirúrgicos fueron principalmente reparaciones de hernias, cirugía de vesícula biliar y de colon. El riesgo de ISQ según la escala SENIC fue 51,5% con riesgo bajo, 42,6% medio y 5,9% alto y los grupos de intervención fueron comparables en el riesgo de IHQ previo según la escala SENIC.
No se detectó ningún caso de ISQ (superficial, profunda y de órgano) en ninguna de las tres ramas de intervención al alta y 3 casos (3%) de ISQ superficial al mes de la intervención, una en cada rama del ensayo.
Conclusiones: El momento de realización del rasurado quirúrgico no parece ser determinante en la incidencia de la IHQ tras un mes de seguimiento.
El rasurado realizado el mismo día parece asociarse con un mayor riesgo de signos de infección, aunque sin encontrar diferencias estadísticamente significativas, por lo que el rasurado quirúrgico, de ser necesario, sería recomendable programarlo para la víspera de la intervención.
El grado de satisfacción, dolor y confort con el rasurado fue equivalente en las tres ramas de estudio.

Implicaciones: Este estudio permite mejorar la práctica clínica, realizando cuidados basados en la evidencia y permite disminuir la ISQ, disminuyendo las consecuencias negativas tanto para el paciente (retraso en la cicatrización de la herida, dolor, aumento de la estancia hospitalaria, reingresos e incluso muerte) como para el sistema sanitario (incremento de gastos, aumento de reingresos y reintervenciones).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía relevante:

1. Vaqué J y Grupo de Trabajo EPINE. Evolución de la prevalencia de infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. EPINE 1990-2003: 14 años. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, 2004.

2. Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care–associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. Am J Infect Control. 2008; 36(5):309-32.

3 Ríos J, Murillo C, Carrasco G, Humet C. Incremento de costes atribuible a la infección quirúrgica de la apendicectomía y colectomía. Gac Sanit 2003;17(3):218-25.

4. Ad Hoc Committee of the Committee on Trauma, Division of Medical Sciences, National Academy of Sciences, National Research Council. Post-opertive wound infections: the influence of ultraviolet irradiation of the operating room and various other factors. Ann Surg 1964;160 (Suppl):1-192.

5- Horan TC, Emori TG. Definitions of key terms used in the NNIS System. Am J Infect Control. 1997;25(2):112-6.

6. Culver DH, Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori GE. Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure, and patient risk index. Am J Med 1991;91(suppl 3B):S152-S157.

7. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999; 20(4): 250-78.

8. The Joanna Briggs Institute. Eliminación del vello para reducir las infecciones de la zona Quirúrgica . Best Practice. 2007; 11(4). Edición española (11-2-2008)

AUTORES/AUTHORS:
MARGARITA PÉREZ CRUZ, Mª DE LOS ÁNGELES MUÑOZ MARTÍNEZ, RAFAEL DEL PINO CASADO, ANTONIO FREIAS OSUNA

TÍTULO/TITLE:
DESCRIPCION ACTIVIDAD CUIDADORA DE PERSONAS CUIDADORAS FAMILIARES DE MAYORES DEPENDIENTES EN EL AMBITO HOSPITALARIO.

OBJETIVOS
1. Identificar las características de las personas mayores dependientes ingresadas en la unidad de cuidados paliativos y pluripatológicos del Complejo hospitalario de Jaén (CHJ).
2. Caracterizar a las personas cuidadoras familiares de mayores dependientes en la unidad de cuidados paliativos y pluripatológicos del CHJ.
3. Describir la labor cuidadora de dichas personas cuidadoras.
METODOS.
Diseño. Estudio descriptivo transversal.
Población. Personas cuidadoras familiares de mayores dependientes ingresadas en la unidad de cuidados paliativos y pluripatológicos del CHJ; muestreo no probabilístico de conveniencia (mayores, y sus correspondientes personas cuidadoras, ingresados desde el 1 abril al 31 de agosto de 2011), tamaño muestral: 100 (precisión del 9% para la estimación de una proporción con una prevalencia esperada del 50% y de +/- 1,96 para la estimación de una media, con una desviación típica de hasta 10 unidades).
Variables. a) Variables sociodemográficas del mayor dependiente: edad, sexo, diagnostico principal, nivel de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y deterioro cognitivo. b) Variables sociodemográficas de la persona cuidadora: edad, sexo, parentesco (cónyuge, hija/o y otros), nivel de estudios (no lee ni escribe, sin estudios, primarios, secundarios, superiores), situación laboral, trabajo fuera de casa, residencia en común y antigüedad en el cuidado. c) Dedicación al cuidado: ABVD atendidas durante el ingreso de la persona mayor dependiente. Recogida de datos mediante entrevista.
Análisis de los datos. Cálculo de porcentajes, medias y desviaciones típicas, así como de los correspondientes intervalos de confianza (IC) al 95% de porcentajes y medias; cálculos con SPSS v. 17.0, excepto para los IC de proporciones que se realiza con EpiDat 3.1.
RESULTADOS.
Caracterización de la muestra. Personas mayores dependientes. Edad media de 76,8 (±8,40) años. El 58% son hombres. Diagnostico principal: cáncer, 41% y ACV, 21%.Barthel=18,35 (±20,38). Lawton-Brody=0,4 (±0,74) Pfeiffer= 4,95 (±2,90). Cuidadoras familiares. Edad media 57 (±20,38) años, mujeres 85%, hijas l 53% y cónyuge 33%. Tiene estudios primarios el 48% y el 24% no posee estudios. Un 54% son amas de casas y el 86% no trabaja fuera del hogar. La antigüedad en el cuidado es de 34,37(±45,02) meses.
Actividad cuidadora en el hospital. Alimentación, el 81% (IC: 72,81 - 89,18); Empleo ducha o baño, un 67% (IC: 57,28 - 76,71); Vestirse, el 66% (IC: 56,21 - 75,78); Aseo personal, un 65% (IC: 55,15 - 74,84); Control anal, el 55% (IC: 44,74 - 65,25); Control vesical, un 36% (IC: 26,09- 45,90); Uso del retrete, el 37% (IC: 27,03 - 46,96); Traslado cama-sillón, un 16% (IC: 8,31 -23,26); Desplazamientos, el 11% (IC: 4,36 - 17,63); Subir/bajar escaleras, un 5% (IC: 1,64 - 11,28).
DISCUSION Y CONCLUSIONES
El perfil de las cuidadoras familiares de mayores dependientes en la unidad de cuidados paliativos y pluripatológicos del CHJ, se

aproxima a los trabajos realizados por Navarro Arquelladas(1), López-Casanova y cols.(2). También coinciden con Quero Rufián y cols.(3). Sin embargo la media de edad de los cuidadores familiares (48 años), como de los pacientes (51 años) es bastante inferior a la nuestra, ya que no recoge pacientes mayores dependientes. Con respecto a las necesidades que atienden en el hospital las cuidadoras familiares de mayores dependientes, nuestros resultados discrepan con los estudios de Quero Rufian y cols.(3), los cuales encuentran que el 75% ayudan a levantarse a los mayores dependientes, mientras que es escasa la participación en la necesidad de aseo. En nuestro estudio, la necesidad de aseo es atendida por el 65% de las personas cuidadoras, y la ayuda a levantarse es una de las necesidades menos atendidas. Esto podría explicarse por la media de edad de nuestras cuidadoras (57,14 años) y de nuestros pacientes (76,82 años). Lopez-Casanova y cols.(2) encuentran que las actividades más realizadas son: la alimentación (81%), la excreción (81%) y el aseo (75%). Con respecto a aquellas necesidades que requieren de fuerza física para realizarlas, estos autores encuentran que el porcentaje de participación disminuye considerablemente y justifican que posiblemente se obvie la realización de estas necesidades por el bien del mayor dependiente y la persona cuidadora. Aunque los anteriores resultados coinciden con los obtenidos en nuestra investigación, los tomamos con cautela ya que los autores no reflejan el perfil de la persona dependiente y, por tanto, puede que no se ajuste a nuestra muestra de estudio.
Los resultados anteriores permiten: 1) visibilizar la realidad de las personas cuidadoras de mayores dependientes en el ámbito hospitalario y 2) reconocer las actividades que realizan, quedando patente que dichas personas cuidadoras proporcionan una importante ayuda en la satisfacción de las necesidades básicas en el medio hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA
1. Navarro Arquelladas MA. Relación entre personalidad, sobrecarga y estratégias de afrontamiento en cuidadoras de pacientes mayores dependientes en el área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla. Nure Investigación 2011;51(11):1-11.
2. López-Casanova P, Rodríguez-Palma M, Herero Díaz MA. Perfil social de los cuidadores familiares de pacientes dependientes ingresados en el Hospital General Universitario de Elche. Gerokomos. 2009; 20(4):167-71.
3. Quero Rufián A, Briones Gómez R, Prieto Rodríguez MA, López AN, Pascual Martínez N, Guerrero Ruiz C. Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación. Nure Investigación [serial on the Internet]. 2004; (9): Available from: http://www.fuden.es/FICHEROS_USUARIO/Originales_Imagenes/Original9.pdf

AUTORES/AUTHORS:
Márcia Alves, Helena Jardim, Otília Freitas

TÍTULO/TITLE:
El sufrimiento del enfermo en situación paliativa y la carga familiar

El sufrimiento es una "emoción negativa: los sentimientos de lástima largo plazo asociados con el martirio y la necesidad de tolerar las condiciones devastadoras, es decir, síntomas físicos crónicos como el dolor, molestias o lesiones, el estrés psicológico crónico, o la injusticia de mala reputación" (CIPE, 2011, p.76) y la carga del cuidador informal es "un conjunto de problemas, dificultades o eventos adversos que afectan las vidas de aquellos que tienen una relación significativa con el paciente" (Sequeira, 2007).
Los objetivos del estudio son analizar el sufrimiento de los pacientes con cáncer en situación paliativa y la carga de la familia y ver si hay una relación entre las variables de sufrimiento y carga. Se diseñó un estudio cuantitativo-descriptivo correlacional y aplicar el Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença y Escala de Sobrecarga dos Cuidadores. Los sujetos fueron los pacientes con cáncer en situación paliativa ingresados en servicios quirúrgicos y hemato-oncológicos y sus familias. Usamos un muestreo no probabilístico consecutivo. Para la recolección de datos se procedió a la petición y autorización al comité de ética e institucional. El período de recolección de datos fue de enero a marzo de 2010.
Se utilizaron pruebas no paramétricas. Los pacientes mostraron un nivel de sufrimiento de 3,13 y varió desde 2,87 hasta 3,46 para el sufrimiento existencial y las experiencias positivas. Los pacientes jóvenes mostraron un sufrimiento relacional (rs = -0,35, p = 0,030) y los que muestran el mayor sufrimiento existencial (p = 0,025) y total (p = 0,034) fueron los que tienen el menor nivel de educación (x = 60,25; x = 137,00) y de Educación Superior (x = 56,60; x =155,00). La familia llevaba una carga global de 2.15 y sólo a las expectativas con cuidado (3,16) mostró un valor superior a la media. El resto fueron de 1,61 a 2,13 para las relaciones interpersonales y la percepción de auto-eficacia. La familia con la actividad laboral (x = 4,83) tuvieron niveles de auto-eficacia (p = 0,046) más alto de aquellos sin actividad laboral (x = 3,29). Probada la existencia de una correlación positiva y significativa (rs = 0,34, p = 0,039) entre lo sufrimiento psicológico y las expectativas con cuidado de familiar.
Se menciona que las dos dimensiones de relieve los temores y preocupaciones sobre el futuro y teniendo en cuenta que el coeficiente de correlación tiene un valor positivo (rs = 0,34), afirma que cuanto mayor es el sufrimiento psicológico de lo paciente, mayor las expectativas se harán cargo de un cuidador primario informal. Se encontró que la relación entre las variables se debe al hecho de que la angustia psicológica se relaciona con los cambios emocionales que resultan de la preocupación por el futuro y con los estados de tristeza, el miedo, la ira y la pérdida asociada con la enfermedad, así como las limitaciones de los mismos solicitantes físicas y sus tratamientos (Gameiro, 2004) y la dimensión de las expectativas con el miedo de perder el cuidado de su ser querido, los temores asociados con el sufrimiento de la paciente antes de una enfermedad crónica e incurable, y la disponibilidad con respecto a la ayuda externa y de profesionales de la salud. Esta vez, las necesidades de los cuidadores informales de apoyo psicosocial (acerca de las experiencias, dificultades, preocupaciones y la satisfacción) de las prácticas y técnicas de ayuda (material adecuado) y de la información y la formación (adquisición de habilidades y conocimientos sobre el estado clínico de la familia saben) (Figueiredo, 2007).
Los pacientes tenían síntomas incontrolados que amenazan su bienestar y la autorrealización. Cuanto más joven es la mayor de los obstáculos relacionados con su perspectiva de la vida y los que tienen menor/alta capacidad cognitivo-conceptual, tienden a sufrir más de los síntomas físicos/psicológicos. Se verificó que la familia expresó sentimientos positivos con cuidado y con el comportamiento del paciente.
Tuvimos dificultad en el reclutamiento y selección de la muestra, en relación con la obtención de los pacientes con criterios pre-establecidos, y para reunir a todas las enfermeras que participan en la recogida de datos para la normalización de conceptos y

procedimientos. Las limitaciones se aferró al hecho de que tenemos el tamaño de la muestra (n = 38) la prevención de la generalización de los resultados y sólo se incluyeron pacientes de los servicios de cirugía y hematología-oncología, por lo que sugerimos, en el trabajo futuro para ampliar a otros servicios con este tipo de pacientes, sobre todo en los servicios médicos y ambulatorios.

Los resultados ayudan a sostener de una manera estructurada el papel de las enfermeras y para desarrollar intervenciones para prevenir y aliviar el sufrimiento de los pacientes y la sobrecarga de la familia. Sugerimos la preparación de un estudio experimental en el mismo contexto con dos grupos de pacientes y un grupo control y grupo experimental. Ambos serán sometidos a la norma de enfermería, excepto para el grupo experimental que se introducirán los cuidados de enfermería la terapia de masaje y deberá evaluar el efecto de este tipo de atención en el sufrimiento de los pacientes con cáncer en situación paliativa.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

CIPE/ICN. (2011), Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2. Associação Portuguesa dos Enfermeiros.
Figueiredo, D. (2007). Cuidados Familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi.
Gameiro, M. (2004). Estar doente: Atribuição pessoal de significações. Referência, 12, pp. 35-43.
Sequeira, C. (2007). Cuidar de Idosos Dependentes. Coimbra: Quarteto Editora.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves V

Session of Oral brief Presentations V

AUTORES/AUTHORS:

Sevil Sahin, Kevser Ozdemir, Alaettin Unsal, Serhan Cevrioglu, Ozlem Simsek

TÍTULO/TITLE:

DEPRESSION AND ANXIETY AMONG A GROUP OF INFERTILE WOMEN

OBJECTIVES: Infertility is defined does not occur reproduction in a couples of reproductive age at end the of a year. This situation is caused stress and life crisis at women. The World Health Organization reported that infertility prevalence is between 10-15%. The aim of this study is to evaluate the levels of depression and anxiety among infertile women.
METHODS: The study is a descriptive study conducted on the women who applied to the infertility policlinic of Sakarya Education and Research Hospital between the dates of 01 March-30 March 2012. Study group consisted of 161 voluntary women that applied to the infertility policlinic of the hospital between the above-stated dates. A questionnaire including the socio-demographic characteristics of the women, some variables considered to be related to infertility and the questions regarding depression and anxiety was filled up by the women in face-to-face interviews. In this study, depression was evaluated via the Beck Depression Inventory, and anxiety was evaluated via Beck Anxiety Inventory. Obtained data was evaluated using the SPSS (version 15.0) Program. Student t test and One Way Analysis of Variance were used for the analyses. Level of statistical significance was considered to be $p<0.05$.
RESULTS or FINDINGS: The ages of the participants varied between 17 and 39, the average age being 27.96±4.88 years old. The scores of the depression inventory varied between 0 and 15, the average score being 4.64±3.38, and the scores of the anxiety inventory varied between 1 and 46, the average score being 12.75±9.24. The level of depression was found to be higher in women who were 30 years old or above, who smoked, made more than one marriage, whose age of first marriage was 19 years old and below, who had an history of infertility in the family, who experienced domestic violence regarding having children, and in case that both of the spouses were responsible from the infertility ($p<0.05$ for each). Among the women who did not work, the ones with low income level, that smoked, whose age of first marriage was 19 years old and below, whose age of first period was 13 and above, and who experienced domestic violence regarding having children were determined to have a higher level of anxiety ($p<0.05$ for each). No significant difference was observed between the infertility type and the levels of depression and anxiety ($p>0.05$ for each). No significant relationship was found between the levels of depression and anxiety of the participants ($p>0.05$).
DISCUSION: It was found that depression and anxiety are significant health problems among infertile women. Acording to Ünal et al. (2010) show women become more adversely affected by infertility as their age, duration of marriage, and duration of desire to have a child increase. Upkong and Orji'nin (2006) study in infertile women age and deterioration of mental health in the duration of infertility was found to increase the risk. Similarly, age and duration of infertility in women with primary infertility in Turkey increased depression, anxiety, and negative self-perception was shown to increaseWomen having depression and anxiety should be directed to better centers in case that they have been diagnosed or receiving a treatment in this regard.
Key words: Infertile women, depression, anxiety, Turkey

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REFERENCE

1. Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. Fertil Steril 1999;72(1):54-62.
2. Green JA, Robins JC, Scheiber M. Racial and economic demographics of couples seeking infertility treatment. Am J Obstet Gynaecol 2001; 184:1080-1082.
3. Özçelik B, Karamustafalioglu O, Özçelik A. Infertilitenin psikolojik ve psikiyatrik rolü. Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:140-148.
4. Upkong D, Orji E. Nijerya'daki infertil kadinlarda ruh sagligi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2006; 17(4): 259- 65.

AUTORES/AUTHORS:
Ozge SUKUT, Meltem YILDIRIM, Damla SEN, Makbule BATMAZ, Fatma OZHAN

TÍTULO/TITLE:
Sleep Disturbance and Chronic Pain in Cancer Patients

Objectives:
Most common definition of pain is "an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage" (IASP, 1979). Chronic pain can lead negatively effect of person quality of life (Gunvar 2009). Sleeping disturbance, anxiety, fatigue and decreasing physical activity can seems when chronic pain occurs (Kara and Abay 2000, Field et al 2006). Chronic pain impairs sleep patterns and sleep quality of patient. Impairment sleep paternts and sleep quality are responsible from the bad prognoses and process (Gunvar 2009).
Cancer patients have several problems like nausea, fatigue, depressed mood, alopecia, pain, sleep disturbances. Chronic pain is a common clinical symptom in cancer patients, and it may affect the patients sleep patterns. Patients seem more prone to sleeping disturbance cause of their pain. In addition cause of the chemotherapy most of the cancer patients suffers from insomnia and it leads to sleep disturb and reducing the daily sleep time. It can be happened cause of complex factor like pain, before pain experienced, treatment side effects (chemotherapy), psychological causes and individuals factors (Stepanski et al. 2009, Gulec and Buyukkinaci 2011, Kuo et al. 2006, Mystakidou et al. 2007, Rumble et al. 2010).
Sleeping disturbance doesn't cause only impaired for daily life activity, it also effects for the treatment results, and treatment process (Kuo et al., 2006, Mystakidou et al. 2007).
Sleep is important in immune system, and killer cell activity is reduced with sleep deprivation. In addition, sleep require for the activity of immune cells to fight for cancer (Walker et al. 2010).
The study was carried out to investigate the relation with sleep disturbance and chronic pain in cancer patients.
Methods: The study was carried out descriptively, in a state hospital in Istanbul which by selected at randomly with written permission. The data had collected between April 2nd and May 21st, 2012. The target population of the study is 198 patients. The sample was included 77 cancer patients who accepted to participate in the study, were in the hospital during the data collection process, and had chronic pain. The data was collected by a survey which was created by researches. The survey was included 26 items. The data was evaluated by using descriptive statistics, Correlation Analysis, t test and Oneway Anova test.
Results: The mean age of the patients was 53.61±9.86. 66% of the patients were men, the average of pain score was 6.51±1.99, and the average of pain term was 17.18±10.84 months. 42% of the patients told that they had a back-pain.
It was found that 40% patients can't sleep when they have a pain. 36%of the patients stated that they sleep less after they started to suffer pain. There was a negative and strong correlation between the mean of sleep time and patients pain score ($r=-0.443$, $p<0.001$). The patients who frequently wake up during the sleeping-time had significantly higher pain scores than the patients who have no problem about their sleeping-time ($p<0.001$). The patients who had a nightmare or have a dream about their daily problems had significantly higher pain scores than the patients who have a good sleep ($p<0.01$). The patients who have problem to fall asleep had significantly higher pain scores than the patients who don't ($p<0.001$).
Discussion: The cancer patient who have a chronic pain, have sleep disturbances. Treatment can also lead to sleep disturbance. Kuo et al (2006) study had found that sleep quality was negatively affected during the active phase of chemotherapy. Nurses have not enough potential to overcome this problem. Poor sleep quality have to asses during the treatment (Mystakidou et al. 2007). The high pain score is affected to patients sleep-time, context of their dreams, asleep-time. The researchers also reported that poorer sleep was significantly related to higher levels of nighttime pain (Rumble et al. 2010). Sleep disturbance can cause also patients' daily activity. Most patients take a painkiller to reduce their pain, but sometimes it doesn't useful their sleeping-time. Nurses should use

more palliative approaches for sleep disturbances.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Field T, Hernandez-Reifa M, Diegoa M, Fraserc M (2007): Lower back pain and sleep disturbance are reduced following massage therapy. Journal of Bodywork and Movement Therapies, 11: 141–145.
2. Guleç G, Buyukkinaci A (2011): Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry, 3(2): 343-367
3. Gunvar T.(2009): Birinci Basamakta Kronik Agri Yönetiminin Temel Ilkeleri. TJFMPC, 3(3): 14-17.
4. Kara H, Abay E (2000): Kronik agriya psikiyatrik yaklasim. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1(2): 89-99.
5. Kuo HH, Chiu MJ, Liao WC, Hwang LS (2006): Quality of Sleep and Related Factors During Chemotherapy in Patients with Stage I/II Breast Cancer. J Formos Med Assoc, 105(1): 64–69.
6. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Pathiaki M, Gennatas K, Smyrniotis V, Vassiliou I (2007): The relationship of subjective sleep quality, pain, and quality of life in advanced cancer patients. SLEEP, 30(6): 737-742.
7. Rumble ME, Keefe FJ, Edinger JD, Affleck G, Marcom PK, Shaw HS (2010): Contribution of cancer symptoms, dysfunctional sleep related thoughts, and sleep inhibitory behaviors to the insomnia process in breast cancer survivors: a daily process analysis. SLEEP, 33(11): 1501- 1509.
8. Stepanski EJ, Walker MS, Schwartzberg LS, Blakely LJ, Ong JC, Houts AC (2009): The relation of trouble sleeping, depressed mood, pain and fatigue in patients with cancer. J Clin Sleep Med, 5(2): 132-136.
9. Walker AJ, Johnson KP, Miaskowski C, Lee KA, Gedaly-Duff V (2010): Sleep quality and sleep hygiene behaviors of adolescents during chemotherapy. J Clin Sleep Med, 6(5): 439-444.

AUTORES/AUTHORS:
Ozge SUKUT, Nazan KILIC, Ceren Nesli BEKCI, Fatma OZHAN

TÍTULO/TITLE:
Nurses' Experience of Violence in Mental Health Services and Nurses' Aspect of Avoidance

Objectives: Most common definition of violence is "the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood or resulting in injury, death, psychological harm, or deprivation (WHO 1998).
Workplace violence is defined as working people are abused or threatened by person or people during the working process about their work (Warshaw and Messite 1996).
Health services violence is defined as a situation which occur a risk for health professional like threating behavior, verbal threating, or sexual threating by patient, patient's relative or another person (Annagur, 2010).
Violence has three types as verbal, physical, and sexual violence. Violence causes psychological and physical problems (McNamara et al. 1995, Keashly 2001).
Psychiatry and mental health nurses are exposed to physical and verbal violence more than the other working groups (Coskun and Ozturk 2007, Yesildal 2005). Due to the WHO data health professional has experience violence more than the other working groups. WHO also reported that nurses has experience violence more than the other health professionals in Turkey (Ozcelik et al 2011). The study was carried out to determine nurses' experience of violence in mental health services and their aspect of avoidance for the violence.
Method: The study was carried out descriptively, in two private hospital and one state hospital in Istanbul which by selected at randomly (lottery method) with written permission between 20th and 24th February, 2012. The target population of the study is 27 nurses. All the nurses accepted to be voluntary participate of the study. The data was collected by survey which was created by researches and included 29 items. The data was evaluated by using mean, frequency test.
Results: The mean age of the nurses was found 30.8±8.85. %85 of the nurses were working in clinics of adults patients.. It was found that nurses cared of 16±4 patients per day. The average working period of time in mental health services was found 6±7.3 year. The nurses reported that if they were exposed to violence, %70 of the nurses would be demoralized, %66 of the nurses would experience stress cause of this situation and it caused to decrease of their performance, %40 of the nurses' care would be affected negatively. Ninety two percent of the nurses mostly experienced verbal violence like sardonic. %92 of the nurses secondly reported that were exposed psychically violence like punch or slap. It was found that %85 of the nurses didn't took an official report when they were exposed the violence. Most causes of the violence was found as patients' hallucinations, second was found as the patient's expectations couldn't be done, and the third most common reason was found as the cause of patients didn't obey the clinical rules. The violence against to nurses mostly happened by patient and patients' relatives. For prevention to violence %85 nurses reported that there should be safety environment in clinical, %66 of nurses offered that they should have to be educated about aggression, %48 of the nurses thought that therapeutic environment may help to stop the violence in clinical area.
Discussion: The most common violence type was found verbal violence against nurses. In Yesildal review (2005), it has showed that mostly the psychiatric nurses exposed violence. In another studies, most common violence type was also found verbal violence against health professionals (Gokce and Dundar 2008, Ozcelik et al 2011). These situations affected the nurses about their nursing care for the patients. In Ozcelik et al study (2011) has showed that physical violence increased in comparison to 2005-2010. And most of nurses keep taking care of patient who engaged for the nurses (Ozcelik et al 2011). Workplace violence can lead to reduce the care standard or motivation, and this situation causes working errors, stressful clinic area, to leave working or job, to feel anger, fear, or powerless (Parlar 2008).

Violence against nurses has happed by not only patients, also patients' relative. Hospital policy has to hedge not only patient behavior, also relatives' behavior. Ozcelik et al study (2011) also found that the patient relatives can engage violence for the nurses. The hospitals haven't any official report for protecting nurses' right. There is no any legal report when the nurses exposed to violence in hospital, especially against patients' relative. It may not rule out when these situations happen. Nurses should learn aggression management ways more intensively. The therapeutic and safe environments have to provide for nurse, also for patients.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Annagur B (2010): Saglik Calisanlarina Yonelik Siddet: Risk Faktorleri, Etkileri, Degerlendirilmesi ve Onlenmesi. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar – Current Approaches In Psychiatry, 2(2):161-17
2. Coskun S, Ozturk AT (2007): Bakirkoy Ruh Sagligi ve Sinir Hastaliklari Egitim ve Arastirma Hastanesi Hemsirelerinde Siddete Maruz Kalma Durumlarinin Incelenmesi, Istanbul 18 Maltepe Universitesi Hemsirelik Bilim ve Sanati Dergisi, Cilt:3,Sayi:3. 2010
3. Gokce T, Dundar C (2008): Samsun Ruh ve Sinir Hastaliklari Hastanesi'nde Calisan Hekim ve Hemsirelerde Siddete Maruziyet Sikligi ve Kaygi Duzeylerine Etkisi. Inönü Üniversitesi Tip Fakultesi Dergisi; 15(1):25-28.
4. Keashly L (2001): Interpersonal and systemic aspects of emotional abuse at work: the target's perspective. Violence Vict; 16:233-268.
5. McNamara RM, Whitley TW, Sanders AB, Andrew LB. (1995): The extent and effects of abuse and harassment of emergency medicine residents. The SAEM In-service Survey Task Force. Acad Emerg Med; 2:293-301.
6. Ozcelik EM, Ersoy G., Esrefgil G. (2011): Saglik Calisanlarina Siddet Paneli.
7. Parlar S (2008): Saglik Calisanlarinda Goz Ardi Edilen Bir Durum: Saglikli Calisma Ortami. TAF Prev Med Bull; 7(6):547-554.
8. Warshaw LJ, Messite J (1996): Workplace violence: preventive and interventive strategies. JOEM; 38(10): 993-1005.
9. World Health Organization. Violence and Health (1998): Task Force on Violence and Health.Cenevre, WHO.
10. Yesildal N (2005): Saglik Hizmetlerinde Is Kazalari ve Siddetin Degerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bulteni, 4(5): 280-302.

AUTORES/AUTHORS:
Inês Cruz, Cândida Pinto, Fernanda Bastos, Abel Silva, Elizabete Coista

TÍTULO/TITLE:
Self-care behaviors in hypertension

Objectives
Hypertension (HBP) is a chronic disease that affects many people worldwide and it is the main risk factor for stroke and CVC diseases, which represent the leading cause of death1. Data of a study developed in Portugal estimated that 42.1% of the adult population had HBP and another 39.5% had pre-hypertension2. Only 45.7% of those with HBP were aware of their diagnosis, and of the 38.9% who took antihypertensive medication only 28.6% had their blood pressure controlled2. This data highlight that HBP is a very important public health problem in Portugal.
The control of HBP requires lifelong self-care behaviors, particularly in terms of taking medication and changes in lifestyles3,4. The purpose of these behaviors is to lower blood pressure, in order to control other risk factors and reduce the dose of antihypertensive medication3. An ineffective management of the treatment increases morbidity and mortality by contributing to complications, such CVC disease5.
Many studies assess adherence to medication in patients with HBP. However, adherence to the modification of lifestyles, including smoking cessation, moderation of alcohol consumption, physical activity, reduction of salt and fat intake, and increase in fruit and vegetables, has been less studied5,6,7,8. In this context, we developed a study whose objectives focus on assessing self-care behaviors of people with HBP, relating sociodemographic characteristics with self-care behaviors.
Methods
This is a descriptive, exploratory study, with a quantitative approach that was developed in a health care center located in the region of Porto and in the outpatient's HBP department of a hospital in the same geographical area. It was used a non-probabilistic sampling method, a convenience sample. The inclusion criteria were: having HBP for more than one year; attending a HBP medical or nursing appointment; and being at least eighteen years old.
The sample comprised 223 individuals with HBP, 81.2% female and 18.8% male, with a mean age of 64.8 years (SD = 10,78), ranging from a minimum of 39 and a maximum of 89 years. The more representative age group is 65 to 75 years, representing 42.2% of the sample.
The self-care behaviors were assessed through an adherence scale8 comprising 12 items divided into four dimensions, after factor analysis: healthy diet (4 items), diet poor in sodium (3 items), use of substances (3 items), physical exercise and medication (2 items). The scale values range between 1 and 5.
Results
Regarding adherence behaviors, we found that the global score for dimensions was M=3.66 (SD=0.45). The results for each dimension were: use of substance M=3.94 (SD=1.03); healthy diet M=3.55 (SD=0.96); diet poor in sodium M=3.49 (SD=0.32) and exercise/medication M=3.65 (SD= 0.74). Although the scores were similar, the lowest score were found in physical exercise M=2.64 (SD=1.26) whereas medication presents the highest average score of adherence M=4.77 (SD=0.86).
Regarding sex, we found statistical differences between males and females in the use of substance (MF=4.02 vrs MM=3.60 p=0.018); diet poor in sodium (MF=3.52 vrs MM=3.37 p=0.034) and exercise/medication (MF=4.08 vrs MM=3.54 p=0,001). Females present higher average scores. For health diet, the average score is approximately equal in both sexes (MF=3.56 vrs MM=3.52).
Considering age, we found that individuals who are less than 55 years old present a lower average score of adherence to healthy diet than all other age groups: M=2.91 (SD=0.89) (p<0.001). A similar result was verified for that age group concerning diet poor in sodium: M=3.33 (SD=0.36) (p=0.02).

Although no significant differences between the participants' age and adherence to use of substance were found, it appears that the average scores of adherence increase with age, i.e. the higher the age, the lower consumption of substances.

Discussion

The results of this study indicate greater difficulties in self-care behaviors in males and in younger individuals (for ages below 55 years).

Like in other studies6,7,8,9 medication is the dimension of the treatment that presents the highest average scores of adherence. Major difficulties were encountered in diet6,9 and exercise7,8,9.

In Kingas study6 male adherence with dietary regimens was poorest than female: 83% of the females followed the recommendations for the use of sodium, while 17% of the males followed them ($p<0.001$). In other studies, a higher proportion of women reported good antihypertensive medication adherence10, adherence to abstaining the use of substances8, and better adherence to diet poor in sodium measured by renal excretion11.

In this study younger participants have fewer adherence to recommended diet, such as in other studies8. However, and despite not being easy to change rooted behaviors, adopting or maintaining healthy behaviors is essential for persons with HTA to deal with their health condition, minimizing or preventing potential risks related to disease.

It seems that younger age group adopts less healthy behaviors, being more vulnerable and requiring a special attention from nurses. Interventions should be developed to this group in order to facilitate the self-management of the disease and to achieve the blood pressure control.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1WORLD HEALTH ORGANIZATION – World Health Statistics 2012. [Consult. 20 Jun. 2012]. Disponível em http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf

2MACEDO M.E. et al. – Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. Journal of Hypertension. Vol. 23 (2005), p. 1661-1666.

3CHOBANIAN A.V. et al. – The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA. Vol. 289, nº 19 (Mai. 2003), p. 2560-2572

4MANCIA G. et al. – 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal. Vol. 28 (2007), p.1462-1536.

5WU, P. et al. – Relationship of blood pressure control and hospitalization risk to medication adherence among patients with hypertension in Taiwan. American Journal of Hypertension. VOL 23, Nº 2 (2010), p. 155-160.

6KINGAS H. A. et al. – Compliance of patients with hypertension and associated factors. Journal of Advanced Nursing. Vol. 29, nº 4 (1999), p. 832-840.

7UZUN, S. et al. – The assessment of adherence of hypertensive individuals to treatment and lifestyle change recommendations. Anadolu Kardiyol Derg. Vol. 9 (2009), p. 102-109.

8CRUZ, I. – A Adesão às recomendações terapêuticas nos doentes hipertensos. Porto: [s. n.], 2005. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

9GÁMEZ, G. G. et al. – Creencias relacionadas com la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamento. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. Vol. 7, Nº 3 (2007), p. 393-403.

10LI, W. et al. – Hypertension control, predictors for medication adherence and gender differences in older Chinese immigrants. Journal of Advanced Nursing. Vol. 61, Nº 3 (2008), p. 326-335.

11OHTA, Y. et al. - Long-Term compliance with salt restriction in Japanese hypertensive patients. Hypertension Research. Vol. 28, Nº12 (2005), p. 953-957.

AUTORES/AUTHORS:
Nurten Arslan

TÍTULO/TITLE:
Impact of Effective Nursing Interventions Effect The Fatigue Syndrome Which Are Received Chemotheraphy With Children

The research sample was constitude by totally 54 children with cancer whereas 24 children were included in the study group and 30 children included in the control group and their mothers, who provided them a continuous care at Sisli Etfal, Kanuni Sultan, Cerrahpasa, oncology clinic from 15th November 2011 to 30th February. These children were diagnosed with ALL, AML and lymphoma for the first time; received a 7-10 days of chemotherapy treatment after being diagnosed; carried the limitation criterions of the research; between 7-12 years of age. As a result of the conducted analyses, no difference was detected between study and control groups with respect to disributions of spesific characteristics of the children who were included in the research.
It was detected that in the study group children, who received the effective nursing intervention practice, the mean score of Child Fatigue Scale (1B) was 9.01, whereas this score was 11.85 for the control group children.
A statistically significant difference was not found between the mean scores of the study group children and the control group children with respect to lack of energy, not being able to perform the necessary functions and spiritual changes, all of which are the sub-dimensions of the Child Fatigue Scale (1) ($p>0.05$).
No statistically significant relationship was found between the Child Fatigue Scale (2A) mean scores of the study and the control group children ($p>0.05$).
No statistically significant relationship was found between the Child Fatigue Scale (2B) mean scores of the study and the control group children ($p>0.05$).
There was a statistically significant difference between the cancer fatigue scale for the childhood period (2) mean scores of the mothers of both the study and the control group children in terms of the Cancer Fatigue Scale Childhood Period which was applied to these mothers ($p<0.00$).
It was detected that a significant difference between the Cancer Fatigue Scale Childhood Period (1) mean scores of both the study and the control group children with respect sleep alterations ($p<0.00$), however there was no significant difference the performing the neccessary functions, spiritual changes and lack of energy ($p>0.05$).
No statistically significant relationship was found between gender, age, nausea and vomiting, all of which are thought as variables that may affect the mean scores of the child fatigue scale and the mean scores of the child fatigue scale of the study group children ($p>0.05$).
Nurses exprerienced in fatigue evaluations and management should be avaliable for consultation in a timely manner and multidisciplinary commitees should be formed to implement standarts for fatigue management.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1.Barnes E.A. Bruera E. (2002), "Fatigue in Patientswith Advanced Cancer: A Review" intGynecol cancer vol.12, pp:424-428
2.Barsevick A., Dell D., (2004) A Cancer Resource Book for Nurses, ACS, 8TH Edition, pp:379-385
3.Gutstein H.B., (2001) "The Biologic Basis of Fatigue" Cancer September 15 pp:1678-1683
4.Platin N., (1998) Hemsireler için Kanser El Kitabi 2.basim Ankara
5.Steffen-Clarke L.,(2001) "Cancer Related Fatigue in Children" vol:18 No:2 Suppl 1 March-April pp:1-2
6. Yarbro C H., Frogge HM., Goodman M., Groenwald S., (2000) Cancer Nursing Principles and practice, Jones and Bartlett publishers,5th edition Boston,Toronto,London, Singapur

AUTORES/AUTHORS:
Manuela Ferreira, Amarilis Rocha

TÍTULO/TITLE:
Relational Skills of Portuguese Nursing Students

Background: The evolution of nursing in the context of new knowledge led to the development of new skills. In an organized practice according to the clinical prescription where the disease led to the action, we come to a practice in which the physical, emotional and social needs of each person are the major concern of nurses and nursing students'
Objectives: To identify factors predictive of relational skills of nursing students. Check whether there is a link between social skills and relational skills of nursing students
Methods: It is across-sectional study, quantitative of descriptive/analytical character. The study was conducted by applying a protocol of questionnaires (comprising sociodemographic questionnaire, Relational skills Inventory of Help and Socialization Battery) to a non-probabilistic accidental sample of 923 nursing students from public schools in Portugal. The obtained data was processed by methods of quantitative analysis
Results: The average age of students was 21.25 years, 78.3% female and 21.7% male. 83% put the course as their first option, 83.9% consider that the course meets their expectations and 48.7% considered having good knowledge of the aid relation while 3.9% considered having bad knowledge. Social skills correlate to the aid relational skills and clinical experience has prevent to be predictive of these skills, but the values are higher after the first clinical experience than after the last clinical experience
Conclusion: The results point to a need to improve the teaching learning process, reinforcing the importance of care in professional practice so that the student is actively involved in its formation process and develop their skills in the aid relationship. Investing in education / learning strategically designed to change, centralization of care to the user are variables to consider in improving this process

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
Cueto, S., Guerrero, G., Sugimaru, C., & Zevallos, A. (2010). Sense of belonging and transition to high schools in Peru. International Journal of Educational Development, 30, 277-287.
Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour. New York: Plenum.
Ferrer-Caja, E., & Weiss, M. R. (2002). Cross-validation of a model of intrinsec motivation with students enrolled in high school elective courses. Journal of Experimental Education, 71 (1), 41-66.
Ferrer-Caja, E., & Weiss, M. R. (2000). Predictors of intrinsic motivation among adolescent students in physical education. Research Quarterly for Exercise and Sport, 71, 267-279.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VI

Session of Oral Brief Presentations VI

AUTORES/AUTHORS:

Mª José Terón Martínez, Mª Ángeles Sáez Soto, Javier Iniesta Sánchez, Gloria Muñoz Pérez, Concepción Corbalán Dólera, Victor Manuel Ros García, Beatriz Caballero Guerrero, Carmen Mª Hernández Castelló, Mª Ángeles Palazón Rodriguez

TÍTULO/TITLE:

Evolución de los resultados de los pactos de gestión entre la Dirección de Enfermería y los supervisores de unidad

Introducción : En el año 2010 se inician en nuestro centro los pactos de gestión entre los supervisores de las unidades de Enfermería y la Dirección, acordando los objetivos a conseguir y los plazos para la presentación de resultados, en base al Contrato de Gestión y siguiendo el modelo EFQM. Por ello pretendemos:

• Evaluar la evolución del nivel de consecución del pacto de gestión firmado entre los supervisores y la Dirección de Enfermería desde su implantación.

• Identificar debilidades y fortalezas de las unidades y el centro.

• Favorecer una política de benchmarking entre las distintas unidades.

Metodología: análisis descriptivo de la gestión de los mandos intermedios del HGU Reina Sofía, a través de los pactos firmados entre la Dirección y cada supervisor. La información se obtuvo de las memorias de las unidades, actas de reuniones, registro de indicadores de la unidad de calidad, y la intranet. Variables estudiadas: Unidades de enfermería, manual de organización y funcionamiento (mof), memoria anual, despliegue de contrato de gestión, pactos de consumo, revisión de procedimientos, acciones de mejora, difusión de conocimiento, entre otras, recogidas en el pacto de gestión firmado. Las variables se expresan en frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se analizaron las 22 unidades de enfermería del centro, el 82% ha realizado el mof de su unidad en 2010 alcanzando el 90% en 2011. Un 68% desplegó el contrato gestión en 2010 y el 74% en 2011, el 64% ha firmado el pacto de consumo. El 60% y 65% ha revisado los procedimientos que tenían asignados para cada año. El 82% y 83% presentó la memoria anual respectivamente. Un 64% ha propuesto acciones de mejora en 2010, incrementándose al 78% en 2011. Un 36% ha expuesto un tema de interés en las reuniones de supervisores. Se han incrementado las comunicaciones a congresos en un 50%. La media de nivel de cumplimiento de los objetivos del pacto de gestión fue del 70% ambos años. Se mejora en 5 indicadores y se disminuye en 2.

Conclusiones:

1. La evaluación de la evolución de los pactos de gestión permite obtener una visión general del funcionamiento del centro y de cada unidad.
2. Facilita identificar debilidades y realizar benchmarking entre las distintas unidades.
3. Favorece el trabajo en equipo entre los mandos intermedios para la consecución de objetivos comunes de la organización.

Implicaciones para la práctica:

La gestión mediante pactos con los supervisores refuerza su figura de liderazgo, facilitando su implicación, al tiempo que permite una mayor difusión de los mismos hacia el personal de Enfermería, haciéndolos participes para el logro de los objetivos de la organización.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Badia, Gené. Modelo de dirección clínica en atención primaria del Institut Català de la Salut. Cuad. gest. prof. aten. prim. (Ed. impr.);7(2):65-72, abr. 2001.

Caramés Bouzán, J; Pérez Vilariño, J; Prado Díez, J. A de. Nuevos modelos de gestión hospitalaria: encuesta a los gerentes de grandes centros hospitalarios. Gest. hosp. (Ed. impr.);15(2):47-56, abr. 2004.

Casida J, Parker J. Staff nurse perceptions of nurse manager leadership styles and outcomes. J Nurs Manag. 2011

May;19(4):478-86.
Cidoncha Moreno, M. Ángeles; Campo Martínez, Camino. Evolución del rol del supervisor de enfermería hacia el gestor de cuidados. Metas enferm;9(3):8-12, mar. 2006.
Curti T, Scaffidi MC, Basso AM, Garrino L. Nursing managers: study to assess the expectations of nursing coordinators in a Northern Italian Hospital. Prof Inferm. 2011 Oct-Dec;64(4):229-36.
Goetz K, Janney M, Ramsey K. When nursing takes ownership of financial outcomes: achieving exceptional financial performance through leadership, strategy, and execution. Nurs Econ. 2011 Jul-Aug;29(4):173-82.
Johansson G, Andersson L, Gustafsson B, Sandahl C. Between being and doing - the nature of leadership of first-line nurse managers and registered nurses. J Clin Nurs. 2010 Sep;19(17-18):2619-28.
Rodríguez García, Lidia Clara; Ferrándiz Santos, Juan; Muñoz González, Juan José; Mora Navarro, Gustavo; García Álvarez, Gabriela; Alonso Salazar, María Teresa. Medidas organizativas y práctica asistencial. Una perspectiva desde los centros de salud. Aten. prim. (Barc., Ed. impr.);43(8):409-416, ago. 2011.

AUTORES/AUTHORS:
César Carrillo García, María Isabel Rios Risquez, Maria Emilia Martinez Roche, Carmen Isabel Gómez García, Carmen Soler Morales, Rocio Martinez Hurtado

TÍTULO/TITLE:
Influencia de la Edad en la Satisfacción de la Vida Laboral de los Profesionales Sanitarios de un Hospital Universitario

OBJETIVO
Determinar el nivel de satisfacción de la vida laboral de los Profesionales Sanitarios en función de la edad que poseen.
METODOLOGÍA
El diseño se plantea desde un enfoque cuantitativo, descriptivo observacional, no experimental, y de corte transversal.
Para el estudio de la satisfacción de la vida laboral, se utilizó la Escala General de Satisfacción (Overall Job Satisfacción) desarrollada por War, Cook y Wall (1979) y adaptada y validada al castellano por Pérez Bilbao y Fidalgo Vega, (1995). Esta escala solicita a los trabajadores el nivel de satisfacción con distintos elementos de la vida laboral, con un sistema de respuesta tipo Likert de siete puntos de anclaje, Esta escala de satisfacción laboral, es ampliamente usada y se encuentra insertada dentro del marco conceptual de la Teoría Bifactorial de Herzberg. (Pérez Bilbao y Fidalgo Vega, 1995).
El universo lo constituyeron todos los profesionales sanitarios pertenecientes a las categorías profesionales de: facultativos especialistas de área, médicos residentes, enfermeros y auxiliares de enfermería, para un universo objeto de estudio de 1194 Profesionales Sanitarios y teniendo presente que la muestra final fue de 546 encuestados, el porcentaje de participación fue del 45.81%.
La presente investigación se ha realizado bajo el compromiso del cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales imprescindibles para poder realizar este estudio. La técnica de captación de información utilizada ha sido la entrevista presencial autoadministrada en el puesto de trabajo, el cuestionario se pasó entre los profesionales sanitarios del citado hospital durante el primer trimestre de 2010. La explotación de los datos se analizó con el programa estadístico SPSS (v.15).
RESULTADOS.
En cuanto a la “edad”, los datos del estudio ponen de manifiesto que la gran mayoría de los profesionales entrevistados son de mediana edad, situándose en edades intermedias, con entre 31 y 50 años, dado que en ese intervalo se hallan hasta el 66,7% de las personas consultadas. Asimismo, un 15% de los consultados se encuentran entre los profesionales más jóvenes, cuentan con entre 20 y 30 años y un 18,3% tienen más de 50 años.
Puede señalarse el hecho de que son las edades extremas (los más jóvenes, y sobre todo los mayores, con entre 61 y 70 años) quienes muestran un nivel de satisfacción superior al de quienes cuentan con edades intermedias, particularmente el intervalo de edad de entre 41 y 50 años, que presenta niveles de satisfacción más reducidos.
Así, de entre las relaciones establecidas que son estadísticas significativas (con un p-valor de $p<0,05$), podríamos destacar las diferencias observadas atendiendo a la edad, especialmente en el tramo de edad de mayor edad, que presenta las valoraciones más positivas. Así sucede, por ejemplo, en cuestiones tales como la satisfacción con las relaciones entre dirección y trabajadores del Hospital (media de 4,8 para los mayores), las posibilidades de promocionar (media de 4,6 para el grupo de más edad), el modo en el que el Hospital está gestionado, el horario de trabajo (media de 5,8 para los dos grupos de más edad), la variedad de tareas que realizas en tu trabajo (media de 5,4 para los dos grupos de mayor edad), la estabilidad en el empleo (media de 5,9 para los dos grupos de mayor edad), las oportunidades de formación que se ofrecen o la satisfacción en general.
Para todos los casos señalados, que son estadísticamente significativos (en la medida en que el p-valor de todos ellos es inferior a 0,05) el grupo de mayor edad presenta el mayor grado de satisfacción en dichos aspectos, en tanto que el grupo de edad intermedio (el que cuenta con entre 41 y 50 años), presentan las valoraciones más reducidas. Diferencias de valoración entre los diferentes

grupos de edad no siempre grandes, pero significativas, en tanto en cuanto se producen en casi todos los aspectos en análisis.
DISCUSIÓN / IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA.
En cuanto a la variable de la “edad”, la mayoría de los profesionales son de mediana edad, aunque cabe destacar que la presencia de profesionales con edades extremas en nuestro estudio es reducido, en este sentido destacamos estudios como los de Peiró (2004, p.11), Briseño (2005), Estévez Guerra (2007, p.287), García Ramos (2007, p.66), Alba Leonel (2008, p.157), Herrera Amaya (2008, p.247) y Molina Linde (2009, p.221), en el que de igual forma predominan los profesionales de edades medias, coincidiendo de igual forma en los resultados en las edades extremas.
En el caso del estudio de Ruzafa Martínez (2005, p.77), no predominan los profesionales de edades medias.
En el caso de los profesionales con menor edad las ganas de aprender e ir adquiriendo mayor experiencia, hacen valorar positivamente aspectos que los trabajadores con edades medias valoran como causa de insatisfacción. En el caso de los profesionales con mayor edad, entendemos que la experiencia permite en numerosos casos la adaptabilidad al puesto de trabajo, y permite tener una visión más objetiva.
El estudio sobre la satisfacción de la vida laboral, lo consideramos de gran utilidad sobre todo para los gestores y que resultará un fiel indicador de la calidad de los cuidados que se prestan al usuario.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

· Alba Leonel, A., Salcedo Álvarez, R.A., Zárate Grajales, R.A., y Higuera Ramírez, F. (2008). Satisfacción laboral del personal de Enfermería en el Hospital General de México. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 16(3), 155-160.
· Briseño, C.E. (2005). Satisfacción laboral en el personal de Enfermería del sector público. Revista Electrónica de Medicina Intensiva, 5(4). Recuperado de http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/rvs/REMIA030.pdf
· Estévez Guerra, G.J., Núñez González, E., Fariña López, E., Marrero Medina, C.D., y Hernández Marrero, P. (2007). Determinantes de la satisfacción laboral en centros geriátricos. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 42(5), 285-292.
· García Ramos, M., Luján López, M.E., y Martínez Corona, M.A. (2007). Satisfacción laboral del personal de salud. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 15(2), 63-72.
· Herrera Amaya, G., y Marrique Abril, F.G. (2008). Condiciones laborales y grado de satisfacción de profesionales de Enfermería. Aquichan, 2(8), 243-256.
· Molina Linde, J.M., y Ávalos Martínez, F. (2009). Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería de un hospital de Granada. Todo Hospital, 253, 28-33.
· Molina Linde, J.M., Avalos Martínez, F., Valderrama Orbegozo, L.J., y Uribe Rodríguez, A.F. (2009). Factores relacionados con la satisfacción laboral de Enfermería en un hospital médico-quirúrgico. Revista Investigación y Educación en Enfermería, 27(2), 218-225. Recuperado de http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3165423&info=resumen&modo=popup
· Peiró, J.M., Silla Guerola, I., Sanz Cuesta, T., Rodríguez Escobar, J., y García Más, J.L. (2004). Satisfacción laboral de los profesionales de Atención Primaria. Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicosomática, 25(4), 129-140.
· Pérez Bilbao, J., y Fidalgo Vega, M. (1995). NTP: 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_394.pdf
Ruzafa Martínez, M. (2005). Estudio de la satisfacción y calidad de vida laboral del personal de Enfermería Español que trabaja en hospitales ingleses. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia. Murcia.

AUTORES/AUTHORS:
António Garrido, João Simões

TÍTULO/TITLE:
Etapas de la Enfermería Clínica: dificultades y motivaciones de los supervisores

(1.- Objetivo(s). 2.- Métodos. 3.- Resultados*. 4.- Discusión* (que deberá incluir cuales son las implicaciones del estudio para la práctica clínica).
Objetivos: a) identificar las dificultades enfrentadas por los supervisores durante el proceso de supervisión, b) conocer las condiciones que deben ser prestados; c) analizar las motivaciones y las recompensas de orientar las propuestas para un desempeño de las funciones. Métodos: estudio cualitativo y cuantitativo, exploratorio-descriptivo, con aplicación de un cuestionario a los 60 supervisores clínicos matriculados en el Curso de Postgrado en la supervisión clínica, en una Universidad de la salud en Portugal. La caracterización de los participantes se obtuvo usando preguntas cerradas y la respuesta descriptiva. La segunda parte de respuestas descriptivas destinadas a conocer las dificultades encontradas por los supervisores clínicos durante las etapas clínicas, las condiciones que se les ofrecen y qué incentivos y recompensas le gustaría ver implementadas para mejorar la calidad del asesoramiento. Se tuvo en cuenta los aspectos éticos y obtuvo la aceptación de la participación en el estudio de la firma de un formulario de consentimiento. Las respuestas se codificaron y se introducen en una matriz de datos, tratados por ordenar el uso del programa Satistical Package for the Social Science (SPSS), versión 18 por Windows. Para el tratamiento de la información recopilada a través de las preguntas descriptivas se les aplicó la técnica de análisis de contenido temático predominantemente indutiva1, buscando que los sujetos encontraron a respetar los principios propuestos por Bardin2: ser mutuamente excluyentes, pertinentes y que cubre toda la información obtenida. Resultados: La muestra estuvo constituida por 60 supervisores, 15 enfermeras y 45 enfermeros, cuya edad promedio es 32.28 años y desviación estándar de 8.01 años. 93,3% no han completado una formación específica en materia de supervisión, y sólo un 6,7% asistió a cursos cortos de capacitación para los supervisores de prácticas. Los problemas más evidentes se encuentran en el proceso de supervisión (37,5%), seguido por la planificación y la organización de las etapas (34,7%) y el 27,8% se detectaron algunas dificultades en las relaciones interpersonales con los estudiantes. En la planificación y organización de las etapas de la enseñanza clínica de los indicadores clínicos más destacados fue la falta de apoyo de las escuelas y la información insuficiente sobre los objetivos de la etapa. En cuanto al proceso de supervisión, los supervisores hicieron hincapié en las dificultades en el proceso de evaluación. De acuerdo con los supervisores, para mejorar el proceso de orientación consiste en la mejora de las etapas de preparación, lo que aumenta el tiempo disponible para la orientación y recibir una formación en la supervisión clínica a los supervisores. El incentivo más valorado por los supervisores fue también la formación en la supervisión clínica, haciendo hincapié en que esta debe ser gratuita y que las instituciones deben facilitar su asistencia. Pero también, 13,51% de los supervisores le gustaría ver creados recompensas financieras. Conclusiones: Este estudio contribuye al conocimiento de las dificultades de los supervisores de enfermería clínica y el establecimiento de las condiciones que se deben crear para mejorar la calidad de la orientación de los estudiantes en la formación clínica y son: poner en práctica cursos de capacitación en supervisión clínica para los consejeros y desarrollar alianzas institucionales y firmar protocolos para mejorar la planificación y organización de las etapas clínicas y contemplar un sistema de recompensas que valora las buenas prácticas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1. Rodrigues, M. A. – Metodologias de análise de necessidades de formação na formação contínua de professores: contributos para o seu estudo (Dissertação). Lisboa: Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, 1999.
2. Bardin, L. – Análise de conteúdo. 1ª edição. Lisboa: Edições 70, 1977.

3. Garrido, A.; Simões, J.; Pires, R. - Supervisão Clínica em Enfermagem: perspectivas práticas. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.

AUTORES/AUTHORS:
Mª Carmen Fernández Garrido, Gloria Elena Lopera Uribe, Mª Jesús Albar Marín

TÍTULO/TITLE:
Impacto de la implementación de una buena práctica de información diseñada participativamente en el ámbito quirúrgico.

Objetivo
Identificar el impacto de una buena práctica en información en la colaboración interprofesional, nivel de conocimientos y competencias adquiridas de acuerdo a la Ley de Autonomía del Paciente, por personal médico y de enfermería del área quirúrgica del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla (HUVM).
Método
Diseño: cuasiexperimental pretest-postest.
Ámbito de estudio: área quirúrgica del Hospital Universitario Virgen Macarena.
Participantes: de la población de estudio, profesionales de medicina y enfermería del área quirúrgica, se seleccionó al azar una muestra 50 profesionales, en cada grupo de comparación.
Descripción de la variable independiente: para el diseño de la buena práctica hemos seguido la metodología participativa denominada Getting to outcomes (GTO) de Chinman et al.(2005), que representa un poderoso instrumento para diseñar, probar y protocolizar buenas prácticas. Se formó una coalición con representantes de distintas categorías profesionales, de usuarios/as, e investigadores (16 miembros), que actuaban de intermediarios ante el colectivo que representaban. Entre las actividades realizadas destacan el análisis crítico de la bibliografía relacionada con buenas prácticas en información, y de la ley de autonomía del paciente (LAP); debate y protocolización de las competencias de información específicas de cada miembro del equipo quirúrgico en función del momento de su intervención en el proceso; y talleres dirigidos a todos los profesionales del área para mejorar la habilidades de informar y el trabajo colaborativo.
Variables dependientes: se realizaron mediciones pre y post implementación del protocolo y talleres de: (a) la colaboración interprofesional, con la escala de Intensidad de la Colaboración Interprofesional, validada por San Martín (2007); (b) el nivel de conocimientos de los profesionales acerca de la LAP, con una escala de 11 ítems, con dos opciones de respuesta (verdadero/falso); y (c) el nivel de percepción de competencias relacionadas con el acto de informar, constaba de 9 ítems para los médicos y 2 para las enfermeras, que se respondían, en una escala del 1 al 5, en función de la frecuencia con que se emitían cada una de ellas. Estas dos últimas escalas se elaboraron ad hoc, con la participación de personal experto.
Procedimiento de recogida de datos: miembros del grupo de investigación recogieron los datos de las muestras pretest y postest, después de dar los participantes su consentimiento para participar en el estudio.
Análisis de los datos: se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio y, para determinar el impacto de la buena práctica en las variables dependientes, se llevó a cabo el test de ANOVA, para un nivel de significación $p<.05$, con el programa estadístico SPSS 18.0.
Resultados
Las muestras pre y postest eran homogéneas en relación con las variables socio- laborales, no mostrándose diferencias estadísticamente significativas entre ellas. De los participantes 25 (25%) eran hombres y, 30 (30%) pertenecían a la categoría profesional médicos. La media del tiempo de trabajo era de 12,92 años (DT=10,45) en un rango de 1 a 36 años. La media alcanzadas en la Colaboración Interprofesional fue en el pretest de 42.80 (DT= 10.03) y, en el postest de 49. 12 (DT=9.64). En relación con el Conocimiento de la Ley, la media del pretest fue 7.36 (DT= 1.77), mientras en el postest fue de 8.24 (DT= 1.82). Respecto a la percepción de competencia de los profesionales de enfermería, en el pretest la media fue de 14.31 (DT=6.32) y, en el postest de 16.25 (3.05). El valor medio alcanzado en la competencia percibida por los médicos fue de 60.20 (DT=3.23) en el pretest

y de 61.34 (DT=3.18) en el postest. Los resultados del test de Anova, ponen de manifiesto diferencias estadísticamente significativas en la colaboración interprofesional (F (1, 99) = 10.31, p=.002) y, en el conocimiento de la ley de autonomía (F (1, 99) =5. 99, p= .016).

Discusión

La metodología participativa utilizada en el diseño e implementación de la buena práctica en información se ha mostrado eficaz para la mejora de algunos aspectos relacionados con el acto de informar. En primer lugar, hay que destacar la mejora en la colaboración interprofesional en el ámbito quirúrgico, si tenemos en cuenta los hallazgos de Dunn (2006), que establece que los principales factores de riesgo en el proceso quirúrgico están relacionados con problemas de comunicación entre los distintos profesionales. Por otra parte, el aumento en el nivel de conocimientos acerca del marco legal que regula la información a pacientes y familiares, también garantiza una mejor práctica. Finalmente, aunque no se han observado diferencias en la percepción de competencias por parte de los profesionales, esto se puede deber al escaso tiempo transcurrido desde la implementación del protocolo de información. No obstante, sería necesario utilizar métodos más objetivos para su evaluación.

Creemos que la fortaleza de la metodología utilizada se basa en el consenso obtenido en todas las decisiones que se tomaron, la operatividad de las coaliciones para tratar temas que afectan a poblaciones amplias y, la facilitación del aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Dunn, D. Surgical Site Verification: A Through Z. Journal of PeriAnesthesia Nursing.2006; 21 (5): 317-331.

Chinman, M., Imm, P., Wandersman, A. y De la Torre, A. Getting to Outcomes: Promoting Accountability Through Methods and Tools for Planning, Implementation and Evaluation. 2005. En www.rnad.org. (Traducido al español por Julieta Gómez González).

Leino-Kilpi H. y Vuorenheimo ¬J. Peri-operative nursing care quality. AORN Journal.1993; 57: 1061-1071

LeinonenT. y Leino-Kilpi H. Research in peri-operative nursing care. Journal of Clinical Nursing. 1999; 8: 123-138

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 (BOE núm. 274, de 15-11-2002, pp. 40126-40132)

San Martín-Rodríguez L, D'Amour D, Leduc N. Validación de un instrumento de medida de la intensidad de la colaboración entre los profesionales de la salud traducido al español. Enferm Clin. 2007; 17(1):24-31.

Mesa de comunicaciones 23: Práctica Clínica

Concurrent session 23: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:
Rosa Maria Freire, Maria José Landeiro

TÍTULO/TITLE:
Life coaching toward happiness: a case study in innovative education and clinical programs emerging

Introduction
Coaching is a process of optimization of satisfaction, well-being and quality of life through personal maturity and capacity to learn. Personal or life coaching is a collaborative solution-focused, results-orientated systematic process, used with normal, non-clinical populations, in which the coach facilitates the enhancement of the coachee's life experience and performance in various domains (as determined by the coachee), and fosters the self-directed learning and personal growth of the coachee. Life coaching and personal empowerment is grounded in self-determination theory and built on the premise that people will more likely change their behavior when internally motivated, rather than if they are externally motivated (Anderson & Funnell, 2009; Deci & Ryan, 1985; Grant, 2003). The aim of this study is to demonstrate behavioral changes which facilitates goal attainment and performance enhancement, in one's personal life.
Objectives
The purpose of this paper is to understand the usefulness of life coaching on toward happiness.
Methods
In this case study we analyze a therapeutic session held with a person lasted about 90 minutes. A collaborative coaching model were utilized to help participant identify SMART goals, establish action plans, identify possible obstacles, develop plans to manage those obstacles, and identify supports for achieving her self-selected goals. These goals bridged all aspects of an individual's life. It was used motivational interviewing techniques, active listening, and powerful non-judgmental questioning. An alliance between the participant and health professional were established to meet participant needs. For the session development techniques and instruments were used to assess the degree of life satisfaction, as well as technique to allow the emotional transformation. The instruments used were the wheel of life and the system of representation Neuro-Linguistic Programming (NLP). This system consists in the way the person mentally encodes one or more sensory systems (visual, auditory, kinesthetic, olfactory and gustatory). The wheel of life was used to analyze a person's satisfaction with life in its multiple dimensions (health, physical environment, career, personal development, relationships, spirituality, money, fun and leisure), with a lickert scale of 10 points: 1-4, poor satisfaction; 5-6, average satisfaction; 7-8, good satisfaction; 9-10 and great satisfaction – maximum satisfaction.
Results
The participant was female, was 48 years old, well-employed, well educated, and has two daughters of 17 and 19 years. In the analysis of the results obtained with the wheel of life we can see that the person reported the maximum satisfaction level in the dimension spirituality, great satisfaction level in the dimension physical environment and relationship satisfaction level in good health dimension, development person and entertainment and leisure, average satisfaction level in the dimension and career satisfaction level in poor money dimension. By exploiting the situation was identified that the person wishes to maintain the levels of satisfaction concerning the first three dimensions mentioned above. Want to increase the maximum level of satisfaction of the health dimension, career and personal development, to the great satisfaction fun leisure dimension and the level of satisfaction good the money dimension.
In the session beginning she did not believe that something could be done to change the situation, because in reality everything was being done.
The use of the system of representation NPL allows the person to take awareness that she needs to improve time management. Go on to exploring this concern she concluded that exist various ways to manage better her time. Additionally she achieved that improving time management allows to improve the others dimensions, her career and personal development, dimensions that considers central to the full satisfaction with life.
During the session the person said that in the dimension relationship there are many aspects she considers essentials to change which can improve time management. For example, her daughters ask the mother for everything. She suffers because her daughters not become independent to solve problems of everyday life. She was disgusted with this situation, which has caused problems from

her at work, with her husband, and restricted her leisure time. It was used powerful questions that open up further options for the person, invited introspection and reflection, have emerged alternative solutions, and gave rise to greater creativity and insight. Goals were participant-driven, based on her needs. Participant was able to confront challenges and fears. She said never has sought the answer before the health professional intervention, and reported she appreciated the SMART goal setting, problem solving process, coaching strategies such as feedback, powerful questions, encouragement, positive reinforcement, motivation, accountability and building awareness.

The health professional (coach) established/maintained trust that includes rapport-building, using a warm tone of voice, showing genuine interest in the individual, being respectful, supportive and encouraging, and following through on meetings and commitments. The coach listened attentively, summarized, paraphrases, mirrors, reflected and empathized. The coach moved beyond simply agreeing with the participant's perspective and revealed the "story behind the words", and not gave any advice. The coach was non-judgmental and respected the participant point of view, their beliefs, needs and goals.

Discussion

A recent development in the person al development genre is the emergence of life coaching. People come to coaching for lots of individuals reasons. They want things to be different. They come to coaching in order to be more effective or more satisfied with their life. Sometimes clients do not think they have the answers for this (Kimsey–House, H. et al., 2011). In this study, in beginning the therapeutic session the person did not have answers to her problems. After therapeutic session she changed attitude and underlying beliefs. She was more resourceful, more effective, and more satisfied with her own solutions. She was more likely to follow through with action. Participant increased her awareness, confidence, positive attitude, motivation, and self-esteem.

The health professional must believe that persons really are naturally creative, resourceful, and whole and capable of finding the answers they need. When they look inside, with the help of a health professional, in process coaching, they begin to know themselves, their strengths, and their limitations. They also discovery what they want, what they fear, what motivates them, and what holds them back, their purpose and their vision, and where they betray themselves. Coaching can change attitudes, paradigms, or underlying beliefs. The health professional have a duty to promote peoples creativity for full use of all its internal and external resources in order to enhance their quality of life and to help move towards happiness.

In this study, the role of the health professional as a coach is to facilitate the self-directed of the person, holistically, that is both in relation to the specific subject area and in relation to the self. Increased self-awareness of related cognitive and emotional processes enhances self-control and fosters the generalization of self-regulatory skills to other areas of life. In this way, person will be better prepared for life.

Clinical practice implications

Life coaching can be broadly defined as an individualized one-to-one process in which the coach facilitates the enhancement of life experience and goal attainment in the coachee's personal and/or professional life. In this fact, professional care can help to build awareness, confidence, and skills to manage changes, which should be an explicit outcome measure in nursing practice. If research initiatives are to advance knowledge of the performance enhancement process, researchers must consistently design their research in accord with best practice. This study emphasizes the role of a health professional as a coach, in addition to domain specific knowledge. Future interventions should detail the practical significance of the intervention and, to facilitate comparison with other studies.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Anderson, R.M.; Funnell, M.M. (2009). Patient empowerment: Myths and misconceptions, Patient Education and Counseling, 79(3), 277–282.

Deci, E.L.; Ryan, R.M. (1985). Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior, Plenum, New York, 49–56.

Grant, A. (2003). The impact of life coaching on goal attainment, metacognition and mental health, Social Behavior and Personality

31(3), 253–264
Green, L.S.; Oades, L.G. & Grant, A.M. (2006). Cognitive-behavioral, solution-focused life coaching: Enhancing goal striving, well-being, and hope. The Journal of Positive Psychology, July 2006; 1(3): 142–149
Kimsey–House, H.; Kimsey–House, K. & Sandahl, P. (2011). Co-active coaching: changing business, transforming lives. 3rd ed. United States of America: Nicholas Brealey Publishing. ISBN: 978-1-85788-567-5
Lyubomirsky, S. H. (2011). Adaptation to Positive and Negative Experiences in The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping. Oxford Library of Psychology: Oxford University Press, chapter 11, 200–224
Lyubomirsky, S.; Boehm, J. K. (2010).Human Motives, Happiness, and the Puzzle of Parenthood: Commentary on Kenrick et al. Perspectives on Psychological Science 5(3) 327–334. DOI: 10.1177/1745691610369473
Mujtaba B.; Sungkhawan, J. (2009). Situational Leadership and Diversity Management Coaching Skills. Journal of Diversity Management – First Quarter, 4(1): 1–12
Schneider, J. I.; Hashizume, J.; Heak, S.; Maetani, L.; Ozaki, R. R. & Watanabe, D. L. (2011). Identifying challenges, goals and strategies for success for people with diabetes through life coaching. Journal of Vocational Rehabilitation 34(2) 129–139. DOI: 10.3233/JVR-2010-0541. IOS Press

AUTORES/AUTHORS:
Amarílis Pereira Rocha, Carla Alexandra Silva Lopes Santos

TÍTULO/TITLE:
Aseptic urine collection in children up to 36 months

Keywords: child, aseptic collection of urine, urinary tract infection, urine culture

Background: The urinary tract infection in children is very important since it has high prevalence and serves as a marker for structural and functional abnormalities in urinary tract, congenital or acquired, and also about its potential to lead damages such as hypertension and chronic renal failure. To the correct diagnosis, nurses use the urine collection method by collection bag. We need scientific evidence about the precise length of stay of the collection bag after sterilization of the perineum of children and their influence on the result of urine culture.
Objectives: The study intends to check if there is significant difference between the different residence times of the collection bag after sterile perineum and the results of urine culture in order to support scientifically nurse's protocols that exists in Pediatric Health Services.
Methods: It is a quantitative and quasi-experimental study applied to 58 children up to 36 months of age, with suspected urinary infection, sub-divided into a control group (N=26) in which collection bag stays less than 30 minutes and a experimental group (N=32) in which collection bag stays until 60 minutes. It was done a meeting with all nurses to uniform all washing perineum procedures. It was used a table of data collection to register socio-demographic variables and nurses interventions related to urine collection. All parents of the children involved were free to participate and gave authorization for the study. Dates were treated statistically throughout SPSS 19.
Results: Respect of the result of the first urine culture, it appears that the time period corresponding to 30 minutes, 10 children (45,5%) were positive, while 31 to 45 minutes only 4 children had positive results (18,2%) and 46 to 60 minutes were 8 (36,4%) the number of children who had this result. It was concluded that the residence times of the collection bag, after sterilization of the perineum of children, differing from 30, 45 and 60 minutes, did not influence the results of urine cultures in the cases we studied, even in a second urine culture.
Discussion: The correct diagnosis of urinary tract infection in children will determine the direction of a full range of interventions in investigating the risk of permanent kidney injuries and its damage. The urine collection by the collection bag is the most used method by the high negative predictive value. It is a nurse's intervention in pediatric field. Many authors says that collection bag must stay on the perineum only by 30 minutes (Shettigar et al, 2011; Foz, 2010; Campos, Mendes and Maio, 2006; Feijó, 2000). Results shows that the residence times of the collection bag, after sterilization of the children perineum, till 60 minutes, did not influence the results of urine cultures. As implications for clinical practice it will be less nurse's interventions to clean perineum what is a benefit to the child / family and ensure quality in nursing care and also means health gains in human, material and financial resources.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS – Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Urinary Tract Infection, Practice parameter: the diagnosis, treatment, and evaluation of the initial urinary tract infection in febrile infants and young children. Pediatrics (103) 1999.
BEHRMAN, R. E., JENSON, H.B., KLIEGMAN, R.M. – Nelson Textbook of Pediatrics, 17th Edition, W.B. Saunders Company, 2003.
CALADO, A.; MACEDO, A. J. – Infecção urinária na infância: aspectos actuais. Moreira JR Editora. Cons. Julho de 2011 [on line

http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp].
CAMPOS, T.; MENDES, P., MAIO, J. - Infecção urinária na criança. Acta Urológica (23) Nº. 4, 2006; 19-23.
GARIN, E. H. et al - Clinical significance of primary vesicoureteral reflux and urinary antibiotic prophylaxis after acute pyelonephritis: a multicenter, randomized, controlled study. Pediatrics (117) Nº 3; 2006. [on line: http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/]
KOCH, V. H., ZUCCOLOTTO, S. M. C - Infecção do tracto urinário. Em busca de evidências, Jornal de Pediatria (79; Supl. 1) 2003; 97 – 106.
ROBERTSON, J.; SHILKOFSKI, N.– Manual Harriet Lane de Pediatria. The Johns Hopkins Hospital. Trad. 17ª Edição. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier Editora, 2006.
SALGADO, Manuel; GARCIA, Paula; CORREIA, António – Protocolo de Infecção Urinária. Saúde Infantil. Abril de 1996; 18: 85-9
SANTOS, S et al – Protocolo da Infecção Urinária segundo as recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados. Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico dos CHC, EPE, Coimbra, 2011
SHETTIGAR, CG et al – Urine culture in febrile children. Journal of Clinical and Diagnostic Research. June, 2011.
YORITA, K. L., et al - Infectious disease hospitalizations among infants in the United States. Pediatrics (121) 2008.

AUTORES/AUTHORS:
DOLORES BETETA FERNANDEZ, Mª FUENSANTA HELLIN GIL, MIGUEL ANGEL GARCIA PLANES, ANTONIA GARCIA VERDU, LUIS MARTOS GARCIA, JAVIER INIESTA ALCAZAR, PABLO FERNANDEZ ABELLAN

TÍTULO/TITLE:
DISMINUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.V. ARRIXACA.

Objetivo: Disminuir la prevalencia de Úlceras por Presión en la Unidad de Cuidados Intensivo (UCI) del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
Método:
El Grupo GREEMCE (Grupo Regional de Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados de Enfermería), realiza evaluaciones seriadas durante los meses de marzo, junio y octubre, de distintos indicadores de calidad, en los hospitales de la región de Murcia, entre estos indicadores se encuentra el encargado de medir la Prevalencia de UPP en UCI, con un estándar del 25%.
Durante el año 2010, los resultados obtenidos en dicho indicador, superaron el estándar marcado en todas las mediciones, llegando a una prevalencia del 40% en junio de 2010.
A tenor de estos resultados, se consideró que surgía una oportunidad de mejora y se decidió “aprovechar” dicha oportunidad para realizar intervenciones correctoras que abordaran el problema, todas ellas enmarcadas en un ciclo de evaluación y mejora de la calidad.
Para iniciar dicho ciclo se contó con el apoyo de la Dirección de Enfermería, mandos intermedios y personal de enfermería de la UCI.
La metodología utilizada es la de PJ Saturno para los ciclos de mejora.
Para determinar las causas del problema se utilizó un análisis de causa-efecto (Diagrama Ishikawa) y una encuesta de causas hipotéticas.
Posteriormente se diseñó el ciclo de mejora, donde se establecieron 5 criterios a evaluar; C1: Valoración del riesgo de UPP al ingreso, C2: Valoración de riesgo de UPP al menos 1 vez a la semana con la escala de Norton, C3: Registro de cambios posturales de 2 a 4 horas, C4: Protección de prominencias óseas, C5: uso de colchón de espuma de alta especificación.
La primera evaluación se llevó a cabo del 10 al 14 de Enero de 2011.
Una vez obtenidos los resultados de la 1ª evaluación, se realiza un Diagrama de Afinidades y un Diagrama de Gantt donde se concreta el Plan de Acción y se rediseña el Ciclo de Mejora inicial.
Entre las medidas correctoras realizadas destacan:
-Revisión, actualización e implantación de protocolos de prevención.
-Implantación de uso de Escalas de Valoración de Riesgo de UPP (Norton Modificada).
-Registro de los cuidados aplicados.
-Sesión formativa e informativa sobre protocolo de prevención de UPP, utilización de escalas de valoración de riesgo de UPP y registro de cuidados.
-Aumento de recursos materiales para la prevención de UPP: colchones de alta especificación, taloneras, aceites hiperoxigenados, etc.
Tras la aplicación de dichas medidas correctoras se reevaluaron los criterios de calidad establecidos, del 28 de Marzo al 1 de Abril de 2011 y se analizan los resultados de la mejora conseguida.
Finalizado el ciclo de mejora se establece un plan de monitorización mensual del indicador de Prevalencia de UPP en UCI y evaluaciones cuatrimestrales externas.

Resultados:
Tanto en la primera como en la segunda evaluación se midieron 60 casos.
En la primera evaluación, el cumplimiento de los criterios fue: C5 (usar como mínimo un colchón de espuma de alta especificación) presentaban un cumplimiento del 83,3%; C3 (Registro de cambios posturales de 2 a 4 horas), del 20%; C4 (Protección de prominencias óseas), del 11,7%; para C1 (valoración de riesgo de UPP a todos los pacientes ingresados) y C2 (valoración del riesgo de UPP al menos una vez al día durante el ingreso) el cumplimiento era nulo. El número total de incumplimientos fue de 231 (77%).
En la reevaluación, todos los criterios mejoraron respecto al grado de cumplimiento; C1: 70%, C2: 73,3%, C3: 83,3%, C4: 85% y C5: 100%.
Tras implantar las medidas correctoras el número de incumplimientos paso a ser 49 (16,3%). El mayor porcentaje de incumplimientos correspondió al criterio C1 y C2, relativos al uso de escalas de valoración del riesgo de UPP.
En todos los criterios se observó una mejora estadísticamente significativa.
En las monitorizaciones mensuales posteriores, nunca se superó el 25%.
Los resultados de las evaluaciones cuatrimestrales durante 2011 fueron: en marzo 11,8% y en junio y octubre 5%.
Discusión:
Las UPP constituyen un problema de salud frecuente en pacientes de alto riesgo. Los pacientes ingresados en la UCI tienen especialmente un riesgo aumentado de desarrollar UPP, con una incidencia variable, que puede llegar hasta el 56%.
El trabajo de enfermería se incrementa en un 50%, así como, el tiempo de estancia hospitalaria y el coste relacionado con la atención.
Puesto que la prevención resulta menos costosa y más eficaz que el tratamiento, nuestras acciones deben ir encaminadas a identificar adecuadamente a los pacientes de mayor riesgo, para aplicar todas las medidas preventivas necesarias, basadas en la evidencia, con los recursos disponibles.
De los criterios elegidos para evaluar la calidad, destacamos el C1 y el C2 relacionados con el uso de escalas de valoración de riesgo de UPP, de gran importancia para aplicar los cuidados adecuados según el riesgo que presente. Si bien, antes de la intervención el cumplimiento de estos criterios era nulo, tras la implementación de las acciones diseñadas se paso a un cumplimiento del 70% en C1 y un 73,3% en C2, con una gran significación ($p<0,001$).
Aunque el porcentaje de mejora de los criterios C3 y C4, centrados en cuidados adecuados a protocolo, también aumento significativamente ($p<0,001$), C3 pasó de un 20% de cumplimiento a un 83,3% y C4 de un 11,7% a un 85%. El problema residía en que el personal de enfermería no registraba los cuidados realizados, cambios posturales y protección de talones, pero si los hacia. Mientras que los dos primeros criterios no se cumplían por la falta de ejecución.
Al realizar el análisis de problemas, descubrimos que, a pesar de la evidencia, dicho personal no consideraba importante realizar escalas de valoración de riesgo de UPP. De ahí que algunas de nuestras acciones fueran encaminadas a dar a conocer las escalas de medición instauradas en UCI, fomentar su uso y registrarlas en el programa informático que manejan a diario.
Aunque para C5, uso de colchón de espuma de alta especificación, se tenía poco margen de mejora pues se partía de un cumplimiento del 83,3 %, se consiguió una mejora absoluta de 16,7 y una mejora relativa del 100%.
La intervención de mejora para este criterio se centro en convencer a la dirección de enfermería de la importancia de abastecer a la UCI del HUVA de colchones de alta especificación suficientes para todos los pacientes de, pues el incumplimiento de este criterio en la primera evaluación se debía a estocaje insuficiente de colchones.
Con las intervenciones realizadas perseguimos que todos los profesionales de la UCI tomaran conciencia de la importancia del uso de escalas de valoración de riesgo de UPP y el registro de la actividad. A su vez aprovechamos para difundir el protocolo de prevención de UPP del HUVA.
La escala de valoración de riesgo de UPP que se implantó en UCI fue la de Norton modificada, por ser la que se utiliza en toda la institución, sin embargo, la literatura es muy contradictoria sobre que escala es más eficiente en general y en los servicios de UCI en

particular.
En una revisión sistemática, publicada en 2006, consideraba que la mejor escala era la de Braden. Sin embargo, concluía diciendo que no hay evidencia que el empleo de escalas validadas para la evaluación del riesgo disminuya la incidencia de UPP.
En una Guía de Enfermería, publicada en 2010, aconsejaba realizar más estudios sobre el uso de herramientas de evaluación de riesgos de sufrir UPP, porque la evidencia real de que la evaluación de riesgos reduce la frecuencia de las UPP es limitada.
Para el C3, registro de cambios posturales de 2 a 4 horas, se utilizó este intervalo de horas porque no se encontró evidencia suficiente sobre que patrón seguir.
En una revisión sistemática, publicada en 2006, sobre la efectividad de las intervenciones para la prevención de UPP, no había ningún ECA bien diseñado que evaluara los cambios posturales.
En una Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de úlceras por presión, editada en 2008, los cuidados recomendados para el manejo de la presión mediante cambios de posición, tenían un grado de recomendación Moderado o bajo.
Para el C4, protección de prominencias óseas, en las guías de práctica clínica consultadas, el grado de recomendación era Alto. Aconsejaban utilizar apósitos de espuma de poliuretano en prominencias ósea para prevenir la aparición de UPP, debiendo realizarse una protección especial de los talones. Concluían diciendo que los apósitos de poliuretano han demostrado mayor eficacia y ser más costo-efectivos que el uso de vendajes almohadillados.
El C5, uso de colchón de espuma de alta especificación en pacientes con riesgo, una revisión sistemática, publicada en 2006, no encontró diferencias estadísticamente significativas, entre las superficies dinámicas y estáticas. En nuestro ciclo de mejora tanto en la 1ª evaluación como en la 2ª se consideraba cumplimiento del criterio tanto si se utilizaban superficies dinámicas como estáticas.
A la vista de los resultados obtenidos en la bibliografía, los datos nos sitúan frente a la incertidumbre sobre la efectividad de las intervenciones más comunes para la prevención de las úlceras por presión. Aunque se sabe que la prevención de UPP no necesita del uso de técnicas muy complejas o aparataje muy sofisticado. Se necesitaría realizar proyectos de investigación bien diseñados que confirmen la efectividad de algunas intervenciones.
Consideramos que los resultados logrados han sido buenos, aunque debemos señalar que partíamos de una amplia oportunidad de mejora. Resulta destacable el cambio producido entre el personal de enfermería de la UCI del HUVA, pues reconocen la importancia de unificar criterios, apoyándose en la evidencia disponible y evitar la variabilidad en los cuidados enfermeros. También reconocen el valor de registrar la actividad realizada.
Como limitaciones del estudio, creemos que pasó poco tiempo entre la 1ª y 2ª evaluación pues las intervenciones realizadas se aplicaron durante poco tiempo.
Los resultados obtenidos pueden que tienda al alza por el seguimiento tan continuo de la actividad que se realizó durante el ciclo, sin embargo, un año y medio después los resultados obtenidos en las monitorizaciones internas y las evaluaciones cuatrimestrales, siguen dando unos buenos resultados.
Otro problema que surgió tras realizar el análisis de causas, es que muchas de ellas eran inmodificables por la limitación de recursos, tanto humanos como materiales. Cabe destacar que aunque la prevención de UPP se ha relacionado tradicionalmente con los cuidados enfermeros, hay publicaciones como las guías de práctica clínica del NICE y una revisión sistemática que, describen diferentes niveles asistenciales, profesionales y de otra índole implicados en la prevención de UPP. Esto se corresponde con los resultados obtenidos en el análisis de causa-efecto y en la encuesta de causas hipotéticas donde el personal de enfermería de la UCI consideraba que tenían poca autonomía a la hora de decidir los cuidados que debían aplicar a los pacientes con riesgo de UPP.
Entre las lecciones aprendidas, cabe señalar, la importancia de identificar oportunidades de mejora en el ámbito en el que trabajamos, “sacar a la luz el problema”, para empezar a buscar soluciones que a pequeña escala son muy efectivas.
Como conclusión podríamos decir que la implementación de escalas de valoración de riesgo de UPP en la práctica diaria, junto con la aplicación de cuidados adecuados a protocolos de prevención de UPP y el uso de colchones de alta especificidad, ha supuesto una mejora en la prevención de UPP en la UCI del HUVA, repercutiendo directamente en la disminución de la prevalencia de UPP

por debajo del 25%. Mejorando así la calidad de los cuidados y aumentando la seguridad del paciente en un servicio donde todos los pacientes presentan este riesgo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.Reddy M, Gill S, Rochon A Preventing Pressure Ulcers: A Systematic Rewiew JAMA 2006; 296:974-84.
2.De Laat EH, Schoonhoven L, Pickkers P, Verbeek AL, Van Achterberg T. Epidemiology, risk and prevention of pressure ulcers in critically ill patients: a literature review. J Wound Care. 2006;15:269-75.
3.J.M. González Ruiz, A.A. González Carrero, M.T. Heredero Blázquez, R. De Vera Vera,B. González Ortiz, M. Pulido, C. Santamaría, A. Serrano y L.D. Gómez-Pardo. Factores de riesgo de las úlceras por presión en pacientes críticos ENFERMERÍA CLÍNICA, 2001. VOL. 11, NÚM. 5
4.Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Agencia de Calidad del SNS. 2006. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidad.
5.Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de úlceras por presión. Entidad elaboradora: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Editada 2008. Disponible en: http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc.
6.Luque Oliveros, M. El papel del profesional de enfermería ante el paciente con úlceras por presión. Revista digital de enfermería, Pag Enferurg. 2010 II (6):22-25.Diponible en: http://paginasenferurg.com/revistas/paginasenferurgn06.pdf
7.Programa EMCA, Consultado http://www.programaemca.org/
8.Proyecto de Cuidados de Enfermería.
Consultado http://www.programaemca.org/emca/index.html
9.Guía de apoyo metodológico para la evaluación de los indicadores de calidad de cuidados de enfermería. Grupo GREEMCE. Actualizada en febrero de 2010.
10.Saturno PJ. Estrategias de implantación de los programas internos. El ciclo de mejora. En: Manual del Máster en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Módulo 2: Diseño e implantación de programas de gestión de la calidad en los Servicios de Salud. Unidad Temática 9. 2ª Ed. Universidad de Murcia, 2008. IBSN: 978-84-8371-753-0. Deposito Legal: MU-1654-2008.
11.Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, López Medina IM, Alvarez Nieto. C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review.J Adv Nurs. 2006 Abr; 54(1): 94-110.
12.Schub T, Grose S, Pravikoff D. Prevención de Úlceras de presión: CINAHL Nursing Guide, February 12, 2010.
13.Pressure ulcers: The management of pressure ulcers in primary and secondary care. NICE, septiembre 2005. Disponible en : http://rcn.org.uk/publications/pdf/guidelines/information_for_the_public.pdf

AUTORES/AUTHORS:
Virginia La Rosa Salas, Ian James Norman, Joanne Fitzpatrick, Cristina García Vívar

TÍTULO/TITLE:
Measuring Spanish undergraduates' beliefs to health-related behaviours using the Theory of Planned Behaviour

Objective. A low intake of fruits and vegetables (F&V) and physical inactivity are risk factors for several chronic illnesses including obesity, cardiovascular disease, certain types of cancer, hypertension, and Type II diabetes, and they can also negatively effect negatively psychological health (Danaei G. et al., 2009; Martinez-Gonzalez et al., 2011). In Spain there is 28 % of the population aged between 16-24 years eat fruits only once per day and 34 % have vegetables once per day. Seven per cent of the populations aged between 16-24 years undertake no exercise (Encuesta Europea de Salud en España, 2009). These figures compare poorly with the recommend five a day for fruits and vegetables (e.g., the 5 A Day campaign, Heimendinger et al., 1996; United States Department of Health and Human Services., 2010) and at least 30 minutes of moderate Physical Activity (PA) on five or more days per week or 20 minutes of vigorous PA on three or more days per week (Centers for Diseases Control and Prevention, 2008). That is why the focus of this study was to design and pilot a questionnaire to measure undergraduates' beliefs to Physical Activity (PA) and Fruits and Vegetables consumption (F&V) using the Theory of Planned Behaviour (TPB). This is intended for subsequent use in a large-scale TPB survey, which in turn will inform the design of a PA and F&V intake intervention programme with young adults in a future study.

Methods. The first three phases of a research programme employing the TPB are described (Ajzen, 2002b): (1) belief elicitation, (2) questionnaire development and (3) a pilot study. Firstly, an elicitation study (the behavioural, normative, and control beliefs underlying the behaviour are elicited from representatives of the targeted population) was performed to identify the modal salient beliefs underlying young peoples' motivations to PA and F&V consumption, using two questionnaires with 93 young people aged between 18 years and older enrolled in both, Sciences and humanities degrees at University of Navarra. Identifying the relative contribution of the beliefs across TPB and PA and F&V consumption studies with different populations is important because it demonstrates that variability exits in people's beliefs towards these health-related behaviours (Carron et al., 2003).

Secondly, the measurement instrument was constructed, incorporating all the key theoretical constructs and both direct and belief-based measures. The questionnaire incorporated all key constructs of the TPB and as such used both direct and indirect belief-based measures. The indirect measure of attitude was based on 12 outcome evaluations for PA and 9 outcome evaluations for F&V and the corresponding behavioural beliefs. Participants were required to indicate the likelihood that each of these outcomes would occur if they were to engage in PA or F&V consumption (1=unlikely to 7= likely). Outcome evaluations were then multiplied by the corresponding behavioural beliefs, and the summed product served as the belief-based measure of attitude. The belief-based measure of subjective norm was based on the expectations of four referents for the two behaviours (PA and F&V): close friends, partner, family and health professionals (doctors, nurses, dentists). Participants were first required to indicate the extent to which each of their significant others would endorse their intention to engage in PA and eat F&V intake. They were then required to indicate the extent to which they were motivated to comply with the wishes of these people, on a scale of likely (7) to unlikely (1) dimension. Each normative belief was multiplied by the corresponding motivation to comply, and the summed product served as an indirect measure of subjective norm. The belief-based measure of control was based on five beliefs (PA) and four beliefs (F&V). Participants were first required to report how often the control beliefs might occur (1=Never to 7=Frequently) to which some control beliefs may occur. They were then required to indicate the extent to which each of the beliefs identified would encourage or make it more difficult for them to do PA or to eat F&V on a scale of likely (7) to unlikely (1). The questionnaire was then piloted on a sample of 189 Spanish undergraduates to identify and assess the relative importance of the determinants of PA and F&V intention and behaviour.

Results. The questionnaire proved to be reliable for the most of the scales, and preliminary analysis provided strong support for the predictive power of the TPB. Specifically, attitude appeared not to have so much relevance to determine PA and FV intention and behaviour. However, social support emerged as a significant factor to PA intention and behaviour but not for F&V consumption. On the contrary, perceived behavioural control emerged as an important factor to F&V intention and behaviour but not to PA one.

Discussion. Key issues involved in the operationalization of the theory are highlighted in this study, which may be of interest to researchers involved in the design of TPB questionnaires for use in other intervention programmes. In addition, these findings are of interest for future nursing interventions in the area of health promotion as they provide knowledge about the young's beliefs to PA and F&V consumption. This knowledge may guide nurses in the development of effective behavioural change interventions.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ajzen, I. (2002b). Constructing a TPB questionnaire: Conceptual and methodological considerations. Retrieved 23rd June, 2004, from http://wwwunix. oit.umass.edu/~aizen/pdf/tpb.measurement.pdf

Carron, AV; Hausenblas, HA; Estabrooks P. (2003) The psychology of physical activity. New York: McGraw Hill.

Centers for diseases Control and Prevention (2008). Physical activity for everyone: Recommendations. Available from: http//www.cdc.gov./nccdphp /dnpa/physical/recommendations/index.htm. [Accessed on September 18, 2008]

Danaei, G; Ding, EL; Mozaffarian, D; Taylor, B; Rehm, J et al. (2009) The Preventable Causes of Death in the United States: Comparative Risk Assessment of Dietary, Lifestyle, and Metabolic Risk Factors. PLoS Medicin, 6(4): e1000058.

Encuesta Europea de Salud en España (2009). INE

Heimendinger, J; Van Duyin, MA; Chapelsky, D; Foerster, S; Stables, G. (1996) The national five a day for Better Health Program: A large scale nutrition intervention. Journal of Public Health Management and Practice, 2(2): 27-35.1

Martinez-Gonzalez, MA; de la Fuente-Arrillaga, C; Lopez-del Burgo, C; Vazquez-Ruiz, Zenaida; Benito, S; Ruiz-Canela, M (2011) Low consumption of fruits and Vegetables and risk disease: a review of the epidemiological evidence and temporal trends among Spanish graduates. Public Health Nutrition 14 (12A): 2309-2315.

United states Department of Health and Human Services. Healthy People (2010). Washinton, D.C. U.S. Government Printing Office 2000.

AUTORES/AUTHORS:
MARIA ESTER MARTINEZ GOMEZ, MARIA ISABEL GARCIA CHALUD, ANA BELEN PARRA CARILLO, ISABEL CHUECOS MORALES, DAVID OLIVER LOZOYA, MARIA DE LA O CASTRO, SOLANGER HERNANDEZ MENDEZ, MARIA DE LA CRUZ NAVARRO AYORA, ALBERTO SALAS CAÑIZARES

TÍTULO/TITLE:
EVALUACION Y MEJORA DEL REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE LA ULCERA POR PRESIÓN EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA

INTRODUCCIÓN: PROBLEMA DETECTADO: INSUFICIENTE NIVEL DE REGISTRO DE LOS CUIDADOS APLICADOS A LOS PACIENTES CON RIESGO DE UPP. DIMENSIÓN ESTUDIADA: Calidad científico-técnica.

OBJETIVO: Evaluar el nivel de registro de los cuidados aplicados a pacientes ingresados en las unidades de Medicina Interna para prevenir y/o tratar la ulcera por presión antes y después de una intervención

MÉTODO: Investigación Cuantitativa. Se realizo un estudio descriptivo, retrospectivo del nivel de registro de los cuidados de enfermería para prevenir y/o tratar la ulcera por presión. Se realizó un muestreo sistemático obteniéndose 30 casos en ambas fases. FUENTES DE DATOS: Para la identificación de los casos o unidades de estudio: Con el listado de pacientes, Hoja de Valoración al ingreso, Hoja de registro de Cuidados de Enfermería y/o enfermera responsable. Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios: Observación directa, Registros de la historia de enfermería.

IDENTIFICACIÓN Y MUESTREO DE LOS CASOS: Marco Muestral: Para la primera evaluación: Todos los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización de MEDICINA INTERNA en la semana del 17 al 21 de Octubre del 2011. Para la segunda evaluación: Todos los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización de MEDICINA INTERNA en la semana del 23 al 27 de Enero del 2012. Nº. de casos a evaluar: 30. Método de muestreo: Muestreo Sistemático y Muestreo de conveniencia. Mecanismo de sustitución de casos: Caso siguiente en el muestreo sistemático

TIPOS DE EVALUACIÓN: En relación a la iniciativa para evaluar: Interna En relación a la acción temporal con la acción evaluada: Concurrente para el criterio 3 y Retrospectiva para el resto de criterios. En relación a las personas responsables de extraer los datos: Autoevaluación.

PRIMERA FASE: Evaluación del grado de cumplimiento de criterios de calidad sobre una muestra de 30 casos en un periodo de una semana. Identificación de criterios con mayor grado de incumplimiento. Establecimiento y aplicación de medidas correctoras con priorización de actuación sobre criterios con mayor grado de incumplimiento. ACCIONES DE MEJORA: Se pusieron en marcha distintas actividades para fomentar el uso de la hoja de seguimiento de UPP que consistieron en: Sesiones informativas breves en cada turno en las que se recordaba la existencia de este registro así como unas nociones básicas acerca de su cumplimentación. Cambio de lugar de las hojas de registro, se reubicaron en un lugar mas accesible en el control de enfermería, así como en cada uno de los libros que contienen las historias de enfermería. SEGUNDA FASE: Reevaluación de la mejora obtenida a los tres meses de aplicadas las medidas correctoras. Presentación de datos de la segunda evaluación. Los criterios evaluados fueron: C1: TODO PACIENTE QUE INGRESE EN LAS UNIDADES DE MI-1 Y MI-2 DEBE TENER LA ESCALA EMINA EN SU HISTORIA DE ENFERMERÍA. C2: TODO PACIENTE QUE INGRESE EN LAS UNIDADES DE MI-1 Y MI-2 DEBE TENER CORRECTAMENTE

REALIZADA ESCALA EMINA. C3: TODO PACIENTE CUYO RESULTADO EN LA ESCALA EMINA SEA DE RIESGO MEDIO-ALTO SE LE DEBEN APLICAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN. C4: TODO PACIENTE INGRESADO EN LAS UNIDADES DE MI-1 Y MI-2 QUE PRESENTE UPP DEBE TENER EN SU HISTORIA DE ENFERMERIA LA HOJA DE REGISTRO DE INCIDENCIAS Y SEGUIMIENTO DE UPP. C5: TODO PACIENTE INGRESADO EN LAS UNIDADES DE MI-1 Y MI-2 QUE PRESENTE UPP DEBE TENER CORRECTAMENTE CUMPLIMENTADA EN SU HISTORIA DE ENFERMERIA LA HOJA DE REGISTRO DE INCIDENCIAS Y SEGUIMIENTO DE UPP. Se Identificaron los criterios con mayor grado de incumplimiento. Se establecieron y aplicación de medidas correctoras con priorización de actuación sobre criterios con mayor grado de incumplimiento.

Resultados: Primera Fase: C1: 100%, C2: 100%, C3: 100%, C4: 0%, C5: 0%. En la segunda Fase se obtuvo C1: 100%, C2: 100%, C3 100%, C4: 100%, C5: 0%. Estimación puntual * 1,96 x error estándar (para un grado de confianza del 95%).

Discusión: Se pusieron en marcha distintas actividades para fomentar el uso de la hoja de seguimiento de UPP que consistieron en: Sesiones informativas breves en cada turno en las que se recordaba la existencia de este registro, así como unas nociones básicas acerca de su cumplimentación. Cambio de lugar de las hojas de registro, se reubicaron en un lugar mas accesible en el control de enfermería, así como en cada uno de los libros que contienen las historias de enfermería. Sin embargo solo se alcanzo la mejora del criterio 4, los criterios 1, 2 y 3 ya tenían niveles de cumplimiento del 100%, sin embargo el criterio 5 no alcanzo nivel de cumplimiento. La realización adecuada de estos registros permite evaluar por una parte la calidad de los cuidados de enfermería que se prestan sobre la prevención y Cuidados de la Ulcera por Presión y por otro utilizarlos como fuentes de datos para otras investigaciones relacionadas con este aspecto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

XX

AUTORES/AUTHORS:
Maria Luisa Brito, Helder Costa, Maria Antónia Rebelo Botelho

TÍTULO/TITLE:
Evaluating psychoeducational family interventions in severe mental illness

Problem and objectives
Schizophrenia is a serious and persistent psychiatric disorder, with an estimated prevalence of 0,7-1,0 % of the world population. In most cases it affects the individuals over the final period of adolescence, therefore hampering their personal development and reducing their abilities to live their lives in an autonomous way. That's why most persons with schizophrenia (an estimated rate of 9 in 10) are living with their parents of other close relatives, and depending on them in several aspects of their daily life (Ferrero, 2005). Despite the advances in pharmacotherapy, successfully controlling a large part of the most bizarre symptoms, and even when the acute phase of the disease is controlled, very often some other symptoms of the disease still remain: social isolation and withdraw, lack of interest and initiative in performing the daily activities related with self-care and occupation. Modern anti-psychotic drugs still couldn't manage to eliminate these symptoms, which apparently are the most troubling for patient's relatives, often misunderstood as patient's bad temper or laziness. These symptoms, which badly impair social life and interpersonal relationships, create high potential for conflict in the family and poor quality of life, both for patients and their relatives, unless the family receives the necessary information and support in order to be able to deal with all suffering, negative feelings and tiredness arising from the situation (North et al., 1998; McFarlane, 2002; Bellack et al., 2004).
Schizophrenia is now basically understood within the vulnerability-stress model, proposed by Zubin e Spring (1977), referred by Herz e Lamberti (1995) and also by Magliano et al. (2005). This means that the disease has basically an organic origin, although the symptoms can be triggered by environmental factors and stressful events. According to this model, the patient's family has no causal role in the origin of the disease, but the social and emotional atmosphere in the family is clearly related with relapse crisis (Pilling et al., 2002). That's why several research studies have shown that family interventions which aim to change some aspects of the family emotional environment, together with a good adherence to chemical treatment, may greatly contribute to prevent relapse crisis (20-50%) and hospitalization, improving the well-being and quality of life of all family members (McFarlane et al., 2003; Jewell et al., 2009). In line with these outcomes, some studies suggest that family interventions account for an average reduction of 27% in health costs (Chisholm, 2005). Therefore, these kinds of psychosocial interventions should be provided to most patients with schizophrenia and their relatives, along with other rehabilitation and recovery services in the community (APA, 2004).
Most programmes of family interventions are based on a cognitive-behavioural approach, and their common components are: individual and family assessment, information about the disease and its treatment, communication skills training, stress-management, problem-solving training, crisis management and continued professional support (McFarlane et al., 2003). Comparing the different models of family interventions, some literature reviews have shown that those with groups of families, including the patients, and lasting for at least 9 months, seem to be the most cost-effective ones, especially because of the network effect that is built over time among the participating families (Vallina Fernández e Lemos Giráldez, 2000; McFarlane et al., 2003; Pekkala e Merinder, 2005; Brito, 2006). Psychoeducational family interventions may be performed by mental health professionals (nurses, psychologists, social workers, occupational therapists, psychiatrists) with experience in the treatment of psychotic patients and with a short specific education on Family Interventions. These professionals must always articulate their work with the health team, and especially with the patients' psychiatrist.
In nurses' point of view, the global aim of the psychoeducational family interventions in the treatment of severe psychiatric disorders is to enhance the abilities of families to respond to problems related with the disease, in that way improving well-being and quality of life of both patients and their relatives. Nurses' focuses in the care of persons with schizophrenia and their families are common to those

in other severe and persistent illnesses, and include therapeutic adherence, self-care, family carer, family carer' stress and adaptive responses.

In Portugal, family interventions are not yet used as a regular part of the services provided to persons with schizophrenia (Gonçalves-Pereira et al., 2006). And since Multifamily Psychoeducational Groups (McFarlane's model) is considered as one of the most cost-effective ways of tackling patients and families' needs for information, training and support, the Portuguese version of the intervention was developed and pilot-tested as part of the 1st author's thesis within the Nursing PhD Programme at the University of Lisbon.

In relation to the variables to be studied, research data on an international level are clear about the effects of family interventions on relapse rate (McFarlane et al., 2003; Pekkala e Merinder, 2005), although not so clear on whether such interventions have an impact on other patients and relatives' variables, such as social functioning and quality of life, nor on how such variables might be assessed. Therefore, the objectives of this study were to explore the efficacy of Multifamily Psychoeducational Groups (MFPG) in schizophrenia patients and their families in a Portuguese public psychiatric setting, and also to analyse the adequacy of the assessment methodology, strategies and tools.

Methods

Patients diagnosed with schizophrenia, 18 – 45 yrs old, attending a Portuguese public psychiatric service, were randomly assigned to a multifamily group (6 patients and 12 of their relatives) and a control group (8 patients and 9 of their relatives). Baseline and 2 years assessments included several quantitative strategies and tools: re-hospitalization and service utilization, presence and severity of symptoms (PANSS), social functioning (SAFE and QLS-BR), patients and family members' perceived knowledge and ability to manage illness and related problems (N-SFLQ), patients and family members' perceived quality of life (WHOQOL-BREF). Qualitative data were collected and content analysed after each of the intervention sessions, during the first 3 years, through participants' written opinions (positives, negatives and suggestions).

Results and Findings

Data about relapse and re-hospitalization did not show significant differences, probably due to the fact that new antipsychotic drugs, which have relatively fewer secondary effects, tend to be better accepted by patients, therefore preventing relapse and re-hospitalization in the short term (c. 2 years), even when patients and their families don't receive any specific intervention other than the psychiatrist's appointments. Therefore, and despite being a classic variable in the evaluation of psychoeducational family interventions, it will probably only show significant differences when assessments and comparisons are performed over longer periods of time.

Anyway, the small sample size precluded any statistical significance of the differences between test and control groups' quantitative results in relation to most instruments used.

The content analysis of qualitative data was based on Bardin's categorical thematic analysis (Bardin, 2004), using semantic criteria with no pre-determined categories, although aiming to understand whether some specific objectives of the intervention were met. The results clearly show that patients and their relatives were very satisfied with the intervention, while some specific benefits have been repeatedly underlined: improved understanding of the disease, meeting other people and families with the same problems, sharing experiences and feelings, receiving continued, regular and close support by professionals, patients' enhanced therapeutic adherence and highly improved relationships and vocational attempts and outcomes.

Discussion and implications for clinical practice

The use of PANSS (Kay et al., 1987) for the assessment of psychotic symptoms (positive, negative and general), usually performed by the psychiatrist, seems to be an easy and reliable way of monitoring the progress of patient's clinical situation, contributing to the general care and intervention plan according to individual's needs.

When attempting to evaluate the intervention outcomes on patients' social functioning, the use of SAFE (Social Adaptive Functioning Evaluation), developed by Bellack et al. (2004), was not found really adequate in this study, for most items were rated at their best

scores already at baseline, which suggests that the proposed items do not fit into the clinical profile of patients in this study sample's age range. On the other hand, QLS (Quality of Life Scale), developed by Heinrichs et al. (1984), allowed for a better discrimination of different levels of achievement on relevant areas of schizophrenia patients' life, while also taking into account their personal goals and expectations. In fact, QLS seems to be a very useful instrument, for it combines the professional guided assessment with the subjective patient's opinion about several aspects of their illness-related life, therefore providing important information for care planning as well as for evaluating and monitoring the effects of interventions.

In relation to patients and family members' perceived knowledge and ability to manage illness and daily problems, the Portuguese version of N-SFLQ (North-Sachar Family Life Questionnaire) was found very useful in assessing various areas of difficulty specifically addressed by this kind of family intervention (North et al., 1998).

The Portuguese validated version of WHOQOL-BREF (WHO, 1996) was used to evaluate how persons with schizophrenia and their relatives perceived their quality of life. However, probably because it is a non-disease specific instrument, its items apparently did not cover, or reflect, the relevant life areas where changes may occur as a result of the psychoeducational family interventions.

The methodology used for qualitative data was found quite appropriate and useful for the data collection and analysis per se, as well as for guiding the therapists regarding some adjustments which might be necessary in the course of the intervention in order to meet the needs of participants, based on their opinions on how each session was useful or not, and based on their suggestions for next sessions.

In conclusion, the general assessment methodology, combining quantitative and qualitative data, was found interesting and adequate to evaluate the intervention's outcomes.

Regarding nursing research in this area in the future, a sensible choice of the specific variables and tools for quantitative data must be carefully made, regarding the sample characteristics (length of disease course and patients' functional status and context).

Quantitative data may, indeed, provide a more concrete and easily comparable set of independent information about the outcomes of the intervention, whereas qualitative data may provide a more specific, individual and profound account on how the intervention is perceived by participants over the time.

Serious attention must, in fact, be paid by nurses in relation to choosing the appropriate assessment methodology, strategies and tools, both in research and clinical areas, in order to enable a clear demonstration on how nursing interventions, and specifically psychoeducational interventions, may really make a significant difference in individuals, families and communities' well-being and health outcomes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BELLACK, A. (2004) – Skills training for people with severe mental illness. Psychiatric Rehabilitation Journal. 27 (4), 375-391.

BRITO, L. (2006) – Intervenções psicoeducativas para famílias de pessoas com esquizofrenia. Revista Portuguesa de Enfermagem. 5, 15-24.

CHISHOLM, D. (2005) – Choosing cost-effective interventions in psychiatry: results from CHOICE programme of the World Health Organization. World Psychiatry. 4 (1), 37-44.

FERRERO, J. (2005) – Nueve de cada diez esquizofrénicos depende de su familia para subsistir. www.psiquiatria.com

GONÇALVES-PEREIRA, M. et al. (2006) – Intervenções familiares na esquizofrenia – dos aspectos teóricos à situação em Portugal. Acta Médica Portuguesa. 19, 1-8.

HEINRICHS, D. et al. (1984) – The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. Schizophrenia Bulletin, 10 (3), 388-398.

HERZ, Marvin I.; LAMBERTI, J. Steven (1995) – Prodromal symptoms and relapse prevention in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 21 (4), National Institute of Mental Health. 541-551.

JEWELL, T. et al. (2009) – Partnering with families: Multiple Family Group Psychoeducation for Schizophrenia. Journal of Clinical Psychology. 65 (8), 868-878.
KAY, S.R. et al. (1987) – The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 13 (2), 261-76.
MAGLIANO, L. et al. (2005) – Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. World Psychiatry. 4 (1), 45-49.
McFARLANE, W. R. (Ed). Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. New York: Guilford Press, 2002.
McFARLANE, W. R. et al. (2003) Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. Journal of Marital and Family Therapy. 29 (2), 223-245.
NORTH, C. S. et al. (1998) – The family as caregiver: a group psychoeducation model for schizophrenia. American Journal of Orthopsychiatry. 68 (1), 39-46.
PEKKALA, E.; MERINDER, L. (2005) – Psychoeducation for schizophrenia. The Cochrane Library-2, Oxford – Update Software.
PILLING, S. et al. (2002) – Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. Psychological Medicine. Cambridge University Press, 32, 763-782.
VALLINA FERNÁNDEZ, Ó.; LEMOS GIRÁLDEZ, S. (2000) – Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. Psicothema, 12 (4), 671-681.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VII

Session of Oral Brief Presentations VII

AUTORES/AUTHORS:

Virginia Escudero Hermoso, Bella Luz Rodriguez, Mª Teresa Meneses-Jimenez, Aguas Vivas Rodriguez, Enrique Forner, Mª Belen herrero Cembellin, Francisco Quiros

TÍTULO/TITLE:

Deontologia en Investigación: Perfil de la enfermera

Introducción:El cuidado de enfermería es una acción humana que comporta en sí una dimensión ética que se revela en la intención del cuidado. En el desempeño profesional de la Enfermería se confunden con relativa frecuencia las normas éticas y las jurídicas. Es preciso dejar bien claro que, si bien entre unas y otras existen similitudes, el contenido de lo ético y de lo legal, es decir, la moralidad y la legalidad de los actos, son sustancialmente diferentes, así mismo es cierto que, al igual que en otros campos profesionales, en Enfermería existe un ámbito, al que puede llamarse ético-jurídico, que viene determinado por lo deontológico. La Deontología enfermera es el conjunto de normas éticas que rigen el ejercicio de nuestra profesión enfermera y que debemos observar en nuestra práctica profesional. La investigación en enfermería comenzó con lentitud, como una necesidad, a partir de la última década del siglo pasado se produjo un incremento en formación en investigadores en salud, y por ello, creció de forma exponencial el desarrollo científico en el diseño, ejecución, evaluación y regulación de los estudios en humanos

El Colegio de Enfermería de Ávila, desde hace años promueve el conocimiento de la deontología profesional y difunde los preceptos de este Código entre los enfermeros colegiados, velando por su seguimiento y cumplimiento. De todo ello se deriva la importancia de examinar la aplicación del conocimiento de enfermería y de valorar sus efectos mediante la investigación, sin dejar de lado nuestra obligación enfermera de respetar al paciente desde el inicio hasta la divulgación de resultados.

Objetivo Principal: Definir el perfil enfermero de la Enfermería interesados en Investigación desde la perspectiva deontológica.Objetivos secundarios: Conocer la familiarización de los enfermeros en relación al tema,; Conocer la percepción enfermera sobre los Ensayos Clínicos; satisfacción de los asistentes a las Jornadas

Material y método: Estudio descriptivo, con muestra de conveniencia obtenida de los asistentes del día de la Jornada.Criterios de inclusión: asistentes a la Jornada organizada por el Colegio profesional de Enfermería de Ávila y aceptaron participar en la investigación. Criterios de exclusión: asistentes que no estuvieran en disposición de participar.La herramienta de medida utilizada es una encuesta validada por la Organización Panamericana de la Salud. Los datos obtenidos se introdujeron en Excel para ser tratados con posterioridad mediante un análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y medias y desviación estándar para cuantitativas, con programa estadístico SPSS v11

Resultados obtenidos: Del universo enfermero asistente a la Jornada, trabajamos las 22 encuestas obtenidas, que en su totalidad correspondían al sexo femenino. Tan solo las enfermeras del servicio de urgencias de atención primaria (9%) junto con las que trabajan en residencias de ancianos (9%), rompieron el equilibrio entre Especializada y Primaria. Un 13% correspondía a Salud Metal y un 18% estaban paradas. La edad se encontraba entre 52 y 22 años (22 y 26 el más numeroso). La mitad de las asistentes desconocía la deontología enfermera en relación a la investigación. Un 41% estaban familiarizadas con el tema de alguna manera, frente a un 9% que desconocía el tema. Fueron varias las mejoras experimentadas, siendo en un 23% la comprensión de la ética de investigación a través de un caso de estudio, muy igualado por la mayor obtención de los principios básicos de la ética de la investigación (22%). El interés obtenido sobre el consentimiento informado reveló un 18%. El 15% manifestó una nueva perspectiva de la investigación, aunque sólo un 9% manifestó un mayor confianza en los ensayos con seres humanos.Entre las asistentes se comentó el éxito de la jornada, con un 100%

Discusión y/o conclusiones: Los autores de este trabajo consideran que la deontología enfermera ha creado un lecho de opinión crítica que permitirá elevar la calidad y rapidez con que se desarrolla la investigación.

Dado el bajo porcentaje de enfermeras que decían conocer la investigación, aunque sin datos de sus conocimientos en cuanto a ensayos clínicos y/o consentimiento informado, creemos, necesario formar y concienciar a la enfermería de su papel y obligaciones con sujetos de ensayo.

La muestra fue de conveniencia, y a nuestro criterio no fue la suficientemente sustanciosa para recoger datos sin sesgos. Esto nos impidió conocer el perfil de la enfermera realmente interesada en la Deontología. No pudiendo manejar este dato, puesto que numerosas enfermeras excusaron su presencia al no concederles el día por formación en su Hospital.

La totalidad de los asistentes manifestaron obtener beneficio formativo de la jornada, aunque también se propuso unas jornadas más amplias y profundas para divulgar los aspectos de la deontología enfermera. Consideramos también importante el hecho de que los enfermeros asistentes identifiquen la necesidad de conocer los principios y límites éticos que rigen a toda investigación donde intervengan sujetos humanos. Esta disposición enfermera y nuestro empeño y largo camino recorrido nos anima a seguir luchando por la enfermería desde el aspecto deontológico de nuestra profesión.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Gandara M. Ética, poder y deber: de la ética del cuidado al poder del deber de cuidar. Revista ROL de enfermería, ISSN 0210-5020, Vol. 31, Nº. 1, 2008, págs. 18-24. Disponible en: http://dialnet.unirioja .es/servlet/articulo?codigo=2519731&info=resumen&modo=popup, consultado en: 2629/069/110.

Ducharme F. La recherche en sciences infirmiers, des défis á relever. Canadian Journal of Nursing Research, 1997; 29(4): 123-140. [Links]

Aniorte, N. (2008). Investigación evaluativa. Disponible en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_6.htm 01/042/2012

Consejo General de Enfermería de España. Resolución 32/89. Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid: Pleno del Consejo General; 1989.

Código de Nüremberg sobre experimentación humana (1948). Deontología, Derecho y Medicina. Madrid: Colegio Oficial de Médicos; 1977. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002006000300001&lng=en&nrm=iso&tlng=es Consultado, Mayo 21 de 2012.

Amaro Cano María del Carmen. What do our doctors know about the ethics of scientific research?. Rev Cubana Invest Bioméd [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2012 Sep 3] ; 25(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002006000300001&lng=es.

AUTORES/AUTHORS:
Juan A. Flores Martín, Pilar Almansa Martínez, Antonio Henarejos Serrano, Mª Salud Abellán Ruiz

TÍTULO/TITLE:
Mejora de la Precisión Diagnóstica de Enfermería mediante Lógica Difusa en la Fase de Valoración

Introducción
Se ha demostrado que la aplicación de metodología enfermera repercute directamente sobre los cuidados a la población, mejorando su eficiencia y su efectividad, y por consiguiente aumentando la satisfacción de los usuarios y de los profesionales de Enfermería.

En este proyecto se plantea una herramienta para facilitar el proceso de valoración utilizando la Lógica Difusa, una disciplina matemática que nos servirá como mecanismo de priorización y selección de los Diagnósticos Enfermeros y para obviar la ambigüedad inherente a la fase de valoración.

La Lógica Difusa o borrosa, parte del principio de que las cosas no son blancas o negras, sino con tonalidades y con múltiples valores, lo cual se adapta mejor al comportamiento humano. Puede ser vista como un lenguaje que permite trasladar la información cualitativa del lenguaje natural a un lenguaje matemático formal o cuantitativo.

Esta metodología proporciona una manera simple y elegante de obtener una conclusión a partir de información de entrada vaga, ambigua, imprecisa, con ruido o incompleta, en general la Lógica Difusa imita como una persona toma decisiones basada en este tipo de información.

Por ejemplo, cuando un paciente nos visita y nos expresa sus síntomas "He tenido dolor de cabeza durante unos días". ¿Qué nos dice esto? ¿Unos pocos días? ¿Dos, tres? ¿Días completos? Luego está la severidad de los dolores de cabeza, donde tendremos que hacer una serie de juicios subjetivos del paciente.

Si queremos clasificar un dolor de cabeza utilizando Lógica Difusa tenemos que asociarle un grado de suavidad y un grado de severidad. Por ejemplo, se podría decir que un dolor de cabeza es leve (puntuación de 0,2) o grave (puntuación de 0,9).

Objetivos
Elaborar un algoritmo de priorización de Diagnósticos de Enfermería para mejorar la precisión en la fase diagnóstica.
Elaborar un procedimiento de valoración del paciente basado en los patrones funcionales de Gordon.
Elaborar una tabla de manifestaciones junto a su vinculación a las características definitorias y factores relacionados.

Material y método
El presente proyecto consiste en un estudio descriptivo que pretende describir la asociación entre dos o más variables sin asumir una relación causal entre ellas.

Etapa 1
Elaboración de marco teórico basado en tres pilares, la necesidad del proceso enfermero, la precisión diagnóstica y la lógica difusa.

Etapa 2

Se realiza una búsqueda y recogida de la mayor cantidad posible de ítems de valoración en formularios hospitalarios y de Atención primaria, encontrando un total de 494 ítems.
A continuación se analiza cada uno ellos para establecer su relación con Características Definitorias y Factores Relacionados de la Taxonomía NANDA-I.

Etapa 3

Una vez elaborada la tabla de 495 manifestaciones, se procede a categorizarla según los posibles valores difusos de entrada. Con todo se crea una tabla gigantesca que contiene un total de 18869 filas referentes a cada manifestación, su valor difuso y sus Características y Factores.

Desde una panorámica general, durante la valoración, al seleccionar uno de los valores difusos de cada una de las manifestaciones se irían registrando las Características y Factores de la tabla que están relacionados con dicha manifestación, esto nos va marcando “en bruto” los posibles Diagnósticos de Enfermería que deberemos de priorizar más adelante. Además cada línea se correspondería con un “input” o impacto (9 veces) a ese Diagnóstico.

Etapa 4
Conforme se va desarrollando la valoración y seleccionando manifestaciones el Algoritmo de Priorización por Impactos también diseñado para este proyecto, se encargará de ir dándole más peso al Diagnóstico que reciba más “inputs”, por lo que irá escalando posiciones en la priorización.

Es un mecanismo de gran simplicidad pero es una alternativa a los existentes sistemas de priorización diagnóstica como las sesiones clínicas entre enfermeras y el modelo ÁREA.

Conclusiones
En el presente trabajo se han tratado de aunar dos disciplinas tan dispares como la ciencia del cuidado, la Enfermería, con la ciencia más pura que existe, las Matemáticas para tratar de mejorar el problema de ambigüedad al que nos enfrentamos desde un enfoque interdisciplinar, ofreciendo de este modo una alternativa más enriquecedora.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

· Brito-Brito P. El Diagnóstico Enfermero [blog] La Precisión Diagnóstica. [acceso el 09 de Junio de 2011]. Disponible en http://eldiagnosticoenfermero.blogspot.com/2011/01/la-precisiondiagnostica.html
· Brito-Brito P. El Diagnóstico Enfermero [blog] La necesidad de desarrollar nuevos instrumentos de ayuda al Diagnóstico enfermero. [acceso el 01 de Marzo de 2012]. Disponible en http://eldiagnosticoenfermero.blogspot.com.es/2011/10/la-necesidad-de-desarrollar-nuevos.html
· Christensen M, Hewitt-Taylor J. From expert to tasks, expert nursing practice redefined? J Clin Nurs. 2006; 15(12):1531-9.
· Christensen M; Hewitt-Taylor J. Defining the expert ICU nurse. Intensive Crit Care Nurs. 2006; 22(5):301.
· Ortega NRS. Aplicação da teoria dos conjuntos fuzzy a problemas da biomedicina [tesis doctoral]. São Paulo: Instituto de Física/USP. 2001.
· Morilla-Herrera JC, Morales-Asencio JM. Algoritmos de juicio Diagnóstico en respuestas humanas. [monografía en Internet]. Biblioteca Lascasas; 2005 [acceso 16 de Noviembre de 2011]; Disponible en

http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0039.php
· Lunney M. Critical Need to Address Accuracy of Nurses' Diagnoses. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. [revista en Internet] 2008. [acceso 16 de Noviembre de 2011]; 13 (1). Disponible en http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/AccuracyofNursesDiagnoses.html
· Carnevali D, Thomas MD. Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing. Philadelphia: Lippincott; 1993.
· Lunney M. Critical thinking and nursing diagnosis: Case studies and analyses. Philadelphia: NANDA International. 2001.
· Brannon LA, Carson KL. The representative heuristic: Influence on nurses' decision making. Applied Nursing Research. 2003; 16:201-204.
· Thompson C. Clinical experience as evidence in evidence-based practice. Journal of Advanced Nursing. 2003; 43:230-237.
· Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, Van Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: Results of a nursing diagnoses, interventions and outcomes study. Int J Nurs Knowl. 2007; 18:5-17.
· Leenerts MH, Teel CS. Relational conversation method for creating partnerships: Pilot study. Journal of Advanced Nursing. 2006; 54:467-476.
· Lunney M. Accuracy of nursing diagnoses: Concept development. Nursing Diagnosis. 1990; 11(1):12-17.

AUTORES/AUTHORS:
Isabel Lourdes Lepiani, Maria Dueñas, Maria Jesus Medialdea, Anna Bocchino

TÍTULO/TITLE:
SATISFACCIÓN DE ESTUDIANTES RESPECTO AL PROCESO FORMATIVO: UNA COMPARACIÓN ENTRE ALUMNOS DEL GRADO DE ENFERMERÍA

Objetivos
De acuerdo al nuevo Plan Bolonia, la garantía de calidad universitaria, está orientando a los investigadores hacia el estudio de factores institucionales, relacionados con el profesorado y con el alumnado (Tejedor, 2002; Fernández Rico et al., 2007; Tejedor y García-Valcárcel, 2007), si bien los aspectos personales y contextuales del estudiante han adquirido cierto predominio.
La satisfacción del estudiante es un elemento clave en la valoración de la calidad de la educación y constituye por lo tanto una herramienta importante que permite retroalimentar el proceso enseñanza-aprendizaje y mejorar tanto la calidad del docente (Zas, 2002) como las infraestructuras y la organización.
Con el presente proyecto hemos pretendido comparar la satisfacción del alumnado en relación al proceso formativo del Grado en Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería adscrita a la Universidad de Cádiz “Salus Infirmorum”.
Métodos
Diseño: Se llevó a cabo un estudio de seguimiento comparativo entre dos grupos.
La población objeto de estudio estuvo compuesta por el total de alumnos de 1º y 2º de grado en diferentes promociones 2009-2010 y 2010-2011, ascendiendo a un total de 131 estudiantes (59 alumnos de 1º de Grado en el curso 2009-2010 y 72 de 1º de Grado 2010-2011).

Instrumentos:
Datos socio demográfico: edad, sexo, vías de acceso al Grado, formación profesional, prueba de acceso para mayores de 25 años u otras titulaciones.
Cuestionario de satisfacción de alumnos diseñado por la Escuela Universitaria de Arquitectura Técnica de Madrid (EUATM, 2005). Consta de 32 ítems, que se agrupan en 7 áreas. Tras realizar el análisis de fiabilidad se obtuvo un Alfa de Cronbach del 0,911.
Análisis de datos: Se realizó un análisis descriptivo para determinar el nivel de satisfacción y averiguar la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas entre la muestra de estudiantes relativas a: edad, sexo, vía de acceso y elección al grado de enfermería. Para analizar la evolución del grado de satisfacción en los dos cursos se realizaron test de Chi-cuadrado, ANOVA y test de U de Mann-Whitney.
Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19.0.
Resultados
Los resultados mostraron que el 81.7% de los participantes era femenino con una edad media de 19.5 años y el 85% eligió cursar esta carrera en 1ª opción. Se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de alumnos relativa a la edad, siendo los alumnos de la promoción 2010-2011, del 2º año, mayores que los de la promoción anterior (p=0.006) y en la vía de acceso al Grado, donde un 72.9% de los alumnos del 1º año accedían a través de Bachillerato, frente a un 41.7% de los alumnos del 2º año (p=0.004). No se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa en relación al sexo o a si enfermería fue la 1ª opción.
El promedio general de satisfacción de los estudiantes fue del 62%. En general, las puntuaciones obtenidas en todas las áreas superaban 2.9 puntos de media (sobre 5), siendo el área mejor valorada “conocimientos básicos” (Media: 3.81; DE: 0.39). Se obtuvo que el área peor valorado por los alumnos fue “instalaciones e infraestructuras para el proceso formativo”, (Media: 2.87; DE: 0.66).

En todas las áreas del cuestionario se obtuvieron mayores puntuaciones en los alumnos que comenzaron el Grado en el 2º año (2010-2011), siendo estas diferencias estadísticamente significativas en “organización de la enseñanza”, “instalaciones e infraestructura”, “plan de estudios y su estructura”, “proceso de enseñanza-aprendizaje”, “conocimientos básicos” y “habilidades desarrolladas”.

Discusión

En líneas generales podemos considerar que los resultados del estudio con respecto a los diferentes aspectos del proceso formativo son adecuados. El promedio general de satisfacción de los estudiantes es del 62%, lo que lleva a plantear la importancia de seguir realizando propuestas de planes de mejora concretas.

Las diferencias encontradas entre los dos grupos pueden ser debido a 2 razones:

1. En los estudiantes que comenzaron el Grado en 2010-2011, había un mayor porcentaje de alumnos que procedían de Formación Profesional, y de éstos la mayoría habían realizado el Módulo Superior de Diagnóstico Clínico que se oferta en la Escuela. Este dato podría ser el resultado de una mayor integración en el Centro por parte de estos últimos. Cabe destacar que esta integración no se da en ocasiones desde el principio. Más bien es un elemento que se va adquiriendo a lo largo del proceso formativo, pudiéndose considerar una meta más que un requisito de partida.

2. En el curso 2009-2010, desde que se implantó el Grado en Enfermería, se han estado realizando mejoras tanto en infraestructuras como en la planificación de la docencia, intentando conseguir una mayor calidad del proceso de enseñanza-aprendizaje por lo que los alumnos del 2º año, se encontraron con ciertos beneficios de los que no disponían los del 1º año.

Sobre la base de los resultados, creemos necesario ampliar el estudio enfocándolo desde la doble complementariedad de metodologías cuantitativa y cualitativa para evaluar las necesidades de los estudiantes y detectar sus problemas y/o limitaciones respecto a diferentes aspectos del proceso formativo adaptado al EEES.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía.

Fernández Rico, J. Esteban, Fernández Fernández, Samuel, Álvarez Suárez, Alberto y Martínez Camblor, Pablo (2007). Éxito académico y satisfacción de estudiantes con la enseñanza universitaria. RELIEVE, v. 13, n. 2. http://www.uv.es/RELIEVE/v13n2/RELIEVEv13n2_4htm. Consultado en (Septiembre, 2012).

Tejedor, F. J. (2002). La Complejidad Universitaria del Rendimiento y la Satisfacción. En L.M. Villar. La Universidad. Evaluación Educativa e Innovación Curricular. Sevilla: Kronos. pp 3-40.

Tejedor, F.J. y García-Valcárcel, A. (2007). Causas del bajo rendimiento del estudiante universitario (en opinión de los profesores y alumnos). Propuestas de mejora en el marco del EEES. Revista de Educación, 342. pp. 443-473.

Escuela Universitaria de Arquitectura Técnica, Encuesta para medir el índice de satisfacción del alumno en el centro (EUATM). 2005. Recuperado el 10/08/2010, www.euatm.upm.es/ANECA/anexo.pdf.

Zas, Bárbara (2002). La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud. Publicado en la revista electrónica psicología científica en el 2002 http://psicologiacientifica.com. Consultada en febrero de 2010.

AUTORES/AUTHORS:
Francisco Javier Pérez Rivas, Juana Mateos Rodilla, Carmen Jiménez Gómez, Marianela Bayón Cabeza, Asunción Cañada Dorado, Carmen Gómez Pesquera, Sonia López Palacios, Marisa de la Puerta Calatayud, Teresa Rincón del Toro

TÍTULO/TITLE:
DAFO, CAME, BMK, Delphi,Camino al futuro:metodología de calidad en el análisis de situación de la estrategia de cuidados

OBJETIVOS
La Gerencia de Atención Primaria (GAP) de la Comunidad de Madrid está elaborando, a través de la comisión de calidad de cuidados (CCC), la estrategia de cuidados enfermeros para el primer nivel asistencial, que de respuesta a las necesidades de la sociedad actual, sistematizando la prestación de cuidados en base a criterios de efectividad, eficiencia y satisfacción del usuario.
Objetivo: Realizar el análisis y diagnóstico de situación, como fase inicial para la elaboración de la estrategia de cuidados, a través del uso de herramientas de metodología de la calidad.
MÉTODO
El diseño y elaboración de una estrategia de cuidados incluye diversas fases: análisis de situación y diagnóstico, formulación, despliegue e implantación.
1. Para realizar el análisis de situación se decide, en el seno de la comisión de CCC de la GAP, la utilización de una serie de herramientas de calidad:
-Análisis DAFO/ Matriz CAME: con el fin de hacer un el análisis detallado de la organización y del entorno de la misma identificando aspectos clave tanto internos como externos que nos ayuden a definir estrategias adaptadas y pertinentes con la realidad. - Diagrama de árbol (Camino al futuro): Ejercicio de planeación estratégica en el que se representan gráficamente un entramado de caminos que simbolizan las principales líneas de trabajo de la estrategia y que nos permiten conectar el futuro con el presente.
- Análisis del entorno con un proceso de aproximación al Benchmarking (BMK) interno y externo no competitivo funcional, que persigue la comparación y adaptación a la organización de las mejores prácticas identificadas tanto dentro de nuestra comunidad como fuera (ámbito nacional e internacional).
2. Para conocer las expectativas de nuestros clientes interno (enfermeras) y demás grupos de interés (médicos, personal de apoyo técnico y directivos) respecto al papel de la enfermera en Atención Primaria (AP) y la estrategia a desarrollar para su consecución se utilizó la metodología Delphi que tiene como objetivo conseguir un consenso basado en la discusión entre expertos.
3. Para conocer la voz del ciudadano se ha realizado un análisis del estudio de satisfacción en relación con las enfermeras, los datos de libre elección de enfermería, el análisis de reclamaciones y quejas relacionadas con las enfermeras y el análisis de agradecimientos y felicitaciones. También se decide elaborar un cuestionario dirigido a los usuarios con el objetivo de explorar e identificar las necesidades y expectativas de los ciudadanos en relación a los servicios y la atención que provee la enfermera de atención primaria así como realizar un grupo focal con usuarios con el mismo objetivo.
RESULTADOS
- Análisis DAFO y la matriz CAME: Ha permitido identificar más de 30 líneas de trabajo estratégicas (10 defensivas, 7 ofensivas, 8 de reorientación y 7 de supervivencia).
- Ejercicio del camino al futuro: Ha facilitado la representación gráfica mediante un diagrama de árbol de las líneas estratégicas, identificando caminos críticos esenciales para que la organización alcance el futuro que desea.
- Ejercicio de aproximación al BMK: Se han identificado a nivel interno los cuatro centros de salud con los mejores resultados en indicadores sensibles a la práctica enfermera y las estrategias que han hecho posible estos resultados, y a nivel externo las estrategias de cuidados disponibles en otros países y comunidades.
- Método Delphi: Se elaboró un primer cuestionario con 34 expectativas que se remitió a 3 paneles de expertos: enfermeras

asistenciales que no fueran responsables de enfermería (232 profesionales), médicos de familia y pediatras no directores de CS (260 profesionales) y cargos de responsabilidad en gestión y de apoyo técnico, incluyendo a los directores de centro y responsables de enfermería (626 profesionales); lo que supone un total de 1118 expertos. Se han remitido dos oleadas del cuestionario (vía correo electrónico) identificando en el primero la coincidencia con las expectativas propuestas y nuevas expectativas y en el segundo nuevamente la coincidencia y una ponderación para valorar relevancia (en una escala tipo Likert).
- Voz del ciudadano: El 94 % de los encuestados considera que su enfermera es eficaz y un 95 % la recomendaría a un amigo/familiar. La satisfacción global es del 88 %.
De los 682.956 cambios por Libre Elección que se han producido en Madrid, el porcentaje mayor corresponde a la enfermera (45,67%), de los cuales un 72,07% se han realizado dentro del mismo centro de salud que les pertenece y el 27,92% han elegido cambiar de centro de salud.
El porcentaje de reclamaciones a las enfermeras de AP es bastante bajo: un 7,30% del total de reclamaciones, inferior al porcentaje de agradecimientos hacia las enfermeras que suponen el 17 % del total.
DISCUSIÓN
La utilización de estas herramientas y este tipo de metodología nos está ayudando realizar un análisis de situación, además de innovador, completo y exhaustivo, con criterios de calidad. Consideramos que esta forma de realizar el diagnóstico de situación nos va a permitir definir una estrategia de cuidados con criterios objetivos y de manera participada por todos los grupos de interés, facilitando el posterior desarrollo e implantación de la misma.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Papel de Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo. SERMAS; 2009.
- Asociación Española para la Calidad. Guía de Benchmarking. Teoría y práctica de esta metodología. Madrid; 2007.
- Yañez R, Cuadra R. La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. Ciencia y Enfermería 2008;XIV(1):9-15.
Varela Ruiz M, Diaz Bravo L, García Duran R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. Inv Ed Med.2012; 01:90-5
- Asenjo MA. Gestión diaria del hospital. Barcelona: Masson; 2006. pp. 89-90

AUTORES/AUTHORS:
María Isabel Ríos Risquez, Emiliana de los Angeles Sabuco Tebar, Cesar Carrillo García

TÍTULO/TITLE:
Autoeficacia, Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería

Objetivos: estimar la prevalencia del síndrome de Burnout en una muestra de estudiantes de enfermería y analizar la relación entre las expectativas de Autoeficacia, la Resiliencia y las tres dimensiones que configuran el síndrome de Burnout.
Método: Estudio descriptivo transversal. Muestra: 218 estudiantes de enfermería de segundo de grado. Se administró un cuestionario elaborado ad hoc de variables sociodemográficas y de relación con sus compañeros y profesorado, así como tres cuestionarios validados: la adaptación española del Inventario de Burnout de Maslach (MBI-GS), la escala de Autoeficacia Generalizada (EAG, Baessler y Schwarzer. 1996), y la escala Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC) para la evaluación de la Resiliencia.
Resultados: un 28% de la muestra experimentó niveles altos de Agotamiento emocional, un 19,7 % refirieron un alto nivel de Cinismo, mientras que un 25,2 % de la muestra reflejó bajos niveles de Eficacia académica. De forma conjunta, la prevalencia del síndrome de Burnout se cifró en un 2,3% de la muestra analizada. Las puntuaciones medias de Autoeficacia generalizada (29,58±4,56) y Resiliencia (109,98±14,60) registraron niveles medios-altos en la muestra. Expectativas de Autoeficacia y Resiliencia mostraron una asociación directa significativa (r=0,611; p<=0,000). La Autoeficacia se mostró asociada con la percepción de eficacia académica (r=0,464; p<=0,000), mientras que la Resiliencia se mostró asociada negativamente con el Agotamiento emocional (r=-0,248; p<=0,000), y positivamente con la eficacia académica (r=0,521; p<=0,000). Además, aquellos alumnos que refirieron una mala relación el profesorado experimentaron un mayor nivel de Agotamiento emocional en comparación con los estudiantes que referían una buena relación (F= 4,41; p<=0,01).
Conclusiones: este estudio reflejó una baja prevalencia del síndrome de Burnout en la muestra estudiantil analizada, aunque destacó que un 28% del alumnado refiriese altos niveles de agotamiento emocional que, a su vez, se asociaron a la calidad de relación que los estudiantes percibían con respecto a su profesorado. Las expectativas de Autoeficacia y la Resiliencia son dos variables personales que se mostraron mutuamente relacionadas. La Autoeficacia se relacionó con altos niveles de eficacia académica, mientras que la capacidad psicológica de Resiliencia se asoció con un menor nivel de agotamiento emocional. Estos resultados nos llevan a concluir que incentivar y promover estos recursos psicológicos en el alumnado podría contribuir a disminuir la sintomatología del síndrome de burnout en este colectivo, así como prevenir el desarrollo de dicho proceso en los futuros profesionales.
Palabras clave: Autoeficacia generalizada. Burnout. Agotamiento profesional. Estudiantes de enfermería. Resiliencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 11(3), 125-146.
Bernalte Benazet, A., Miret García, M.T., Navarro Carrasco C.M., Riz Martel, S., Bermúdez Ferreiro, M.T., y Lupiani Jiménez, M.M. (2009). Las dificultades en el proceso académico susceptibles de producir resiliencia, según alumnos de enfermería españoles. Cultura de los Cuidados, XIII(26), 65-86.
Connor, K.M., y Davidson, M.D. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resiliencescale (CD-RISC). Depression and Anxiety, 18, 76-82.
Gil Monte, P. R. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide.
Gil-Monte PR, Carretero N, Roldán MD (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo burnout en profesionales de enfermería. Ansiedad y Estrés, 11, 281-90.

Maslach, C. (1976). Burned out. Human Behavior, 59:16-22.
Peña Flores, N.E. (2009). Fuentes de resiliencia en estudiantes de Lima y Arequipa. Liberabit, 15(1), 59-64.
Richardson, G.E., Niger, B.L., Jensen, S. y Kumpfer, K.L. (1990). The resilience model. Health Education, 21, 33-39.
Salanova, M., Cifre, E., Grau, R.M., Llorens, S. y Martínez, I.M. (2005). Antecedentes de la autoeficacia en profesores y estudiantes universitarios: un modelo causal. Revista de psicología del trabajo y las organizaciones, 21, 159-176.
Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C, Jackson SJ. The Maslach Burnout Inventory-General Survey. In C. Maslach, S.E. Jackson and M.P. Leiter Eds., Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1996.
Valdebenito, E., Loizo, J.M., y García, O. (2009). Resiliencia: una mirada cualitativa. Fundamentos en Humanidades, 19(I), 195-206.

AUTORES/AUTHORS:
José Manuel Robles Brabezo, Salvador Saura Lucas, Solanger Hernandéz Méndez, Juana María Gutiérrez Aranda, Jessica García González, Jesús Valdivieso Pérez, María Dolores Sánchez Sánchez, Isabel Chuecos Morales, Mario Salvestrini Rodríguez

TÍTULO/TITLE:
Liderazgo: El apoyo a la enfermera y su relación con los resultados en producción científica.

Objetivos: Describir los resultados obtenidos en producción científica del personal de enfermería tras la creación de una supervisión de Área de Calidad e Investigación.

Método: Es un estudio descriptivo, retrospectivo sobre la producción científica de enfermería de un Área de Salud, desde al año 2007 hasta el año 2011, desde el punto de vista cuantitativo. Se establecen siete categorías según el formato de presentación y ámbitos de participación: posters, comunicaciones orales o ponencias, ciclos de mejora, proyectos de investigación, organización de eventos científicos, premios obtenidos y tesis doctorales. Se incluyen todas las actividades que han sido financiadas por la Gerencia del Área y en el caso de proyectos de investigación y tesis doctorales, sólo aquellas en que participan profesionales que forman parte de la plantilla. Los datos se han obtenido de las memorias del Área de Salud elaboradas en la División de Enfermería, en cumplimiento de los Contratos de Gestión.

Resultados: En el periodo de estudio analizado se han elaborado un total de 67 posters, 36 comunicaciones orales y 10 ciclos de mejora. Se ha participado en un total de 9 proyectos de investigación, se ha colaborado en la organización de 6 eventos científicos y se han obtenido 5 premios. Se observa un aumento progresivo en todas las categorías: de 9 posters presentados en 2007 se pasa a 19 en 2011 significando un 211% de aumento, en las comunicaciones orales hay un incremento aún mayor: de sólo 1 comunicación en 2007 y 2008 hasta más de 19 en 2011, lo que supone un 52, 7 % del total sólo en el último año, con diferencias anuales de + 47%. En la realización de ciclos de mejora se contabilizan un total de 10, siendo la mitad de ellos en 2011. Por otra parte, la participación en proyectos de investigación es nula en los dos primeros años, igualándose los dos siguientes (2 en 2009 y 2010) y se duplica en 2011 respecto a los anteriores. En cuanto a los premios obtenidos, 3 de los 5 se consiguen también en el último año (60%) del total. Por último, no consta la elaboración de ninguna tesis doctoral hasta 2011, siendo 5 el número total en este año.

Discusión: La investigación en enfermería ha constituido durante el período 2007 a 2011 un área de constante crecimiento en la Gerencia de Salud. Este período coincide con la creación de la supervisión de Área de Calidad e Investigación, desde donde se observa un aumento en la producción científica, favorecida por el apoyo tanto económico como de liderazgo ejercido desde la organización. A esto se suma la reconversión de enfermería al título de grado, lo que permite su acceso a un nivel académico superior, hasta ahora sólo alcanzable por otras titulaciones, lo que ha despertado el interés investigador entre los profesionales. En la actual situación de crisis económica, en una coyuntura donde cada día se imponen recortes de todos los servicios considerados “no básicos”, con la disminución de los RRHH en enfermería, se puede plantear si es necesario mantener los recursos destinados a la investigación, así como el apoyo a los investigadores. Surge una pregunta: ¿El aumento del número de estudios justifica contar con servicios de asistencia a los investigadores?.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
AREA III DE SALUD LORCA. MEMORIA DE INVESTIGACIÓN 2011. Material no publicado. SERVICIO MURCIANO DE SALUD.

Murcia. 2011

AUTORES/AUTHORS:
Mercè Salvat-Plana, Rosa Suñer, Montserrat Balletbò, Alba Lloys, Lourdes Hernández

TÍTULO/TITLE:
Adquisición de conocimientos después de un curso de formación continuada especializada en ictus.

La atención a los pacientes con ictus requiere cuidados de enfermería específicos y especializados. La formación continuada en enfermería se ha definido cómo el conjunto de actividades de aprendizaje diseñadas para aumentar conocimientos, habilidades y actitudes de las enfermeras y por lo tanto, para una mayor contribución de los cuidados de enfermería a la asistencia sanitaria de calidad1. La adquisición y traslación de conocimientos es un proceso complejo en el que intervienen diferentes factores2. Se han descrito diferentes niveles y modelos de evaluación de efectividad e impacto de la formación continuada3-5 en la práctica clínica. Desde el año 2009, el grupo asesor de enfermería del Plan Director de Enfermedades Cerebrovasculares de Cataluña trabaja líneas para mejorar la calidad6-10, entre ellas la formación continuada. El desarrollo de un programa de formación basado en la teoría y las evidencias más recientes sobre los cuidados de enfermería a los pacientes con ictus pretende ser un medio de traslación de estos conocimientos a la práctica. Tras la 4ª edición, se ha evaluado la efectividad a corto plazo, a partir de la medida de los conocimientos adquiridos, antes y después del curso. A largo plazo se pretende evaluar, la realización de cambios en la práctica, y el impacto en los resultados de los pacientes a partir de la evaluación de la evolución de indicadores de calidad de los cuidados de enfermería.

Objetivo: Evaluar el resultado de un programa de formación a enfermeras especializado en cuidados a pacientes con ictus a partir de la evaluación los conocimientos previos y posteriores a un curso de formación y analizar factores asociados a la mejora de conocimientos.

Métodos: Análisis pre-test post-test de los conocimientos adquiridos después de la realización de un curso presencial de 36 horas realizado en el marco de un proyecto de mejora de la calidad. Al inicio y al final del curso, 35 enfermeras respondieron un cuestionario con 15 preguntas para la evaluación de conocimientos sobre los cuidados del ictus (puntuación 0 a 15 ptos). Se han comparado las puntuaciones globales entre ambas evaluaciones. Se ha analizado la asociación de los resultados obtenidos a variables personales y profesionales como años de experiencia laboral y lugar de trabajo en unidad de ictus (UI) especializada o no.

Resultados: El 100% de enfermeras (n=35) que asistieron al curso, respondieron los cuestionarios pre y post, 33(94,5%) eran mujeres, edad media de 36,3±8,3 años y, con una experiencia profesional media de 13±8,2 años de (mín. 2 y máx. 35 años). Todas las enfermeras participantes respondieron atender a pacientes con ictus agudo. Entre ellas, 13(37,1%) enfermeras trabajaban en UI y 22(62,9%) en unidades convencionales de neurología y medicina interna, en 20 hospitales públicos de Cataluña. La valoración global del curso, sobre organización y satisfacción puntuó 8,4/10 puntos.
En la evaluación previa de conocimientos se obtuvo una puntuación media de 9,1±1,95 y mediana de 9(IIQ: 8-10); y en la evaluación final del curso una media de 11,6±1,35 y mediana de 12(IIQ: 11-12), con diferencias significativas al comparar ambas evaluaciones (p=0.000). En función del lugar de trabajo, los conocimientos previos eran significativamente diferentes y superiores en las enfermeras que trabajaban en una UI (10,2±1,2) en relación a las que no (media: 8,4±2,01) (p=0.007). Sin embargo, los conocimientos finales fueron similares en ambos grupos (UI:12,1±1,1 y no UI:11,3±1,4) (p=0.1). La mejora de conocimientos fue significativa en ambos grupos, independientemente del trabajo en UI o no: por un lado, los resultados obtenidos por las enfermeras que trabajaban en UI incrementaron 1,8 (IC 95%: 1,2-2,5) puntos, pasando de una puntuación media de 10,2±1,2 a 12,1±1,1 (p=0.000); por el otro lado los resultados en el grupo que no trabajaba en UI incrementó 2,9 (1,7-4) puntos pasando 8,4±2,01 a 11,3±1,4 (p=0.000). En función de los años de experiencia, la adquisición de conocimientos fue significativa en los dos grupos

comparados, enfermeras con 10 años o menos de experiencia (p=0.000), y superior a 10 años (p=0.001). No se observaron diferencias en el incremento de conocimientos al comparar ambos grupos, los conocimientos de partida y los finales fueron similares.

Discusión: Se ha producido un aumento significativo de conocimientos relacionados con la atención de enfermería a los pacientes con ictus agudo. La adquisición de conocimientos fue superior en aquellas enfermeras que trabajan en servicios menos especializados. Los resultados y el grado de satisfacción obtenidos confirman la utilidad de un plan de formación y ratifican, además, su consolidación.

Implicaciones para la práctica: Por primera vez se han obtenido datos sobre la mejora de conocimientos que demuestran la importancia de la formación sobretodo de las enfermeras que trabajan en servicios menos especializados. En el contexto actual de reestructuración de servicios con aumento de la movilidad de las enfermeras, y considerando los resultados obtenidos, se han realizado propuestas de mejora, de seguimiento y recomendaciones sobre la necesidad de formación especializada para las enfermeras de nueva incorporación a los cuidados de pacientes con ictus.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1 American Nurses Association. Scope and Standards of Practice for Nursing Professional Development. Washington, DC: American Nurses Publishing; 2000.

2 Legare F, Borduas F, Jacques A, Laprise R, Voyer G, Boucher A, et al. Developing a theory-based instrument to assess the impact of continuing professional development activities on clinical practice: a study protocol. Implement Sci 2011;6:17.

3 Rouse DN. Employing Kirkpatrick's evaluation framework to determine the effectiveness of health information management courses and programs. Perspect Health Inf Manag 2011;8:1c.

4 Barrere C, Delaney C, Peterson D, Hickey K. Primary Stroke Center education for nurses: improving core measures. J Nurs Adm 2010;40(12):515-21.

5 Armstrong G, Headrick L, Madigosky W, Ogrinc G. Designing education to improve care. Jt Comm J Qual Patient Saf 2012;38(1):5-14.

6 Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Guía de Práctica Clínica del Ictus. Catalunya 2007. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques 2007Available from: URL: http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/gp05ictuspacientses.pdf

7 Abilleira S, Gallofre M, Ribera A, Sanchez E, Tresserras R. Quality of in-hospital stroke care according to evidence-based performance measures: results from the first audit of stroke, Catalonia, Spain. Stroke 2009;40(4):1433-8.

8 Gallofré M, Abilleira S, Tresserras R, de la Puente ML. [The stroke programme of Catalonia]. Med Clin (Barc) 2009;133(15):589-93.

9 Salvat-Plana M, Abilleira S, Jimenez C, Marta J, Gallofre M. Prioritization of performance measures for assessment of hospital-based stroke care quality through a consensus method. Rev Calid Asist 2011;26(3):174-83.

10 Abilleira S, Ribera A, Sanchez E, Tresserras R, Gallofre M. The Second Stroke Audit of Catalonia shows improvements in many, but not all quality indicators. International Journal of Stroke 2011;10-4949

AUTORES/AUTHORS:
Mª MAR PEÑA MUÑOZ, Mª JESÚS GARCÍA GARCÍA, RAQUEL ALONSO ALONSO, ANA ALCALDE VESLASCO, NURIA MATILDE ESTEBANEZ LUCIO

TÍTULO/TITLE:
REGISTRO DE ENFERMERÍA EN LA INSERCIÓN Y MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

INTRODUCCIÓN

Los catéteres intravasculares son indispensables en las unidades de cuidados intensivos neonatales. El mantenimiento de un acceso venoso seguro en pacientes neonatos durante periodos de tiempo prolongados constituye, en muchas ocasiones, un serio problema.

Según el consenso del Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con catéteres se asocian con incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad del 10 al 20%, con estancias prolongadas y aumento en los costos de hospitalización, principalmente por la terapia antibiótica.

Mediante los registros de enfermería, se pueden describir los problemas a los que se enfrentan los profesionales de enfermería en su práctica y los efectos de sus intervenciones, haciendo posible identificar y constatar lo imprescindible y específico que aportan a la atención de la salud de los neonatos, evaluar la naturaleza, eficacia, calidad y valor de los cuidados de enfermería prestados.
El registro de enfermería permite analizar el conjunto de los datos, generando nuevos conocimientos acerca de la calidad y utilidad de los cuidados que se brindan y proporcionando información sobre la cual puedan tomarse decisiones para la asignación efectiva y eficaz de los recursos de enfermería.

Lo que se pretende con este trabajo es dar a conocer, de manera global, la forma de llevar a cabo un registro de enfermería en la inserción de un catéter venoso central de acceso periférico y de acceso umbilical en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

OBJETIVOS

· Describir el proceso de implantación de un registro de enfermería en el seguimiento de las normas de inserción de catéteres venosos centrales (CVC) en un servicio de neonatología
· Fomentar las estrategias de Prevención de infección nosocomial
· Mejorar la calidad asistencial dentro de los cuidados de enfermería

MÉTODO

· Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, realizado en la unidad de Neonatología del Hospital General Yagüe de Burgos
· La muestra está formada por 162 neonatos
· La recogida de datos se lleva a cabo mediante un check-list realizado desde Enero del 2011 hasta Mayo del 2012
· El análisis de datos se realiza mediante estadística descriptiva y el programa informático SPSS

Dentro de un programa de prevención de bacteriemias relacionadas con catéter (BRC), se implanta un protocolo de inserción y

mantenimiento de CVC en la Unidad.
Se lleva a cabo dentro del personal un curso de formación de “Actualización de los procedimientos y cuidados en neonatos”, y apoyado por la bibliografía, se decide implantar el registro mediante un check-list en todas las inserciones de catéteres (de acceso periférico y de acceso umbilical: arterial y venoso).
Dicho registro se realiza desde enero del 2011 hasta mayo del 2012 y es cumplimentado por la enfermera responsable del neonato.

El registro consta de once ítems:
1. Diagnóstico
2. Lugar físico de la inserción
3. Uso de medidas barrera
4. Higiene de manos
5. Localización del catéter
6. Tipo de catéter
7. Si se llevó a cabo alguna modificación
8. Número de luces del catéter
9. Motivo de la retirada del catéter
10. Si hubo infección relacionada con el catéter
11. Registro del mantenimiento

Se registra así mismo si los pasos de la técnica son correctos desde un primer momento o si necesitan ser rectificados.

RESULTADOS

· Se recogieron 162 check-list válidos
· El 72% corresponden a catéteres venosos centrales de acceso periférico y el 28% corresponden a catéteres umbilicales

· El resultado de los diferentes ítems fue:
• Lugar físico donde se llevó a cabo la inserción: 74% en la incubadora y el 26% en cuna
• Si previo a la inserción se utilizaron medidas barrera : en el 97% si se usaron y en el 3% no
• Si se lavaron las manos correctamente antes de la inserción: en el 98% si realizó una higiene correcta y el 2% no contestó
• La localización del catéter venoso central más utilizada fue la flexura del brazo derecho con un 27%
• En el 20% de los casos hubo modificación tras la canalización
• El número de luces del catéter es de una en el 76% y de dos en el 24% de los casos
• Casi el 41% de los catéteres fueron retirados por finalización del tratamiento
• Se registró infección en un 4% de los catéteres y en un 9% no
• Se llevó a cabo un registro de mantenimiento del catéter en el 47% de los casos

DISCUSIÓN

· El personal de enfermería está concienciado en el uso de las medidas barrera previas a la canalización del catéter

· La higiene de manos se realiza de forma adecuada

· Un porcentaje considerable del personal de Enfermería no registra el mantenimiento del catéter

· Es necesario insistir en el registro de infecciones relacionadas por CVC

· Se precisa continuar con la formación durante el proceso

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Survey of the use of peripherally inserted central venous catheters in children. Survey of the use of peripherally inserted central venous catheters in children. Pediatrics 1997;99:E4
2. Pearson ML. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for prevention of intravascular device-related infections, 1996.
3. O´Grady NP, Alexander M, Patchen Dellinger E, Gerberding JL, Heard SO, Maki DG, Masur H, McCormick RD, Mermel LA, Pearson ML, Raad II, Randolph A, Weinstein RA and the Healthecare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Draft Guideline for the prevention of intravascular catheter-related infections. 2001
4. CDC. (Centros Nacional de Enfermedades infecciosas). Guía para la prevención de infecciones relacionadas con catéteres intravasculares

AUTORES/AUTHORS:
Ernestina Batoca Silva, Carla Alves, Elsa Melo

TÍTULO/TITLE:
PERCEPCIÓN DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS ACERCA DE LA POTENCIACIÓN DE LA FAMILIA

1. Objetivos
El internamiento de un niño es un evento muy estresante y acompañado de mucho sufrimiento, pero cuanto mayor sea la formación a los padres, serán capaces más fácilmente de superar este difícil período y los logros no son sólo de los padres y los niños, sino también del equipo de salud.
Definimos como objetivos: examinar como el nivel de la responsabilidad parental de los padres de los niños hospitalizados los potencian para proporcionar atención a sus hijos; verificar si las variables sociodemográficas de los padres y clínicas del niño influyen en el poder parental; comprender la perspectiva de los padres sobre el poder parental.
2. Métodos
Hemos desarrollado un estudio descriptivo y correlacional de naturaleza cuantitativa, con una muestra de 125 padres de niños hospitalizados en el servicio pediátrico del centro hospitalario, Viseu-Tondela, EPE, Portugal.
El instrumento utilizado es la "Escala de potenciación de la familia", creada por Koren, Dechillo, Friesen (1992) y culturalmente validada para la población portuguesa por Ferreira et al. (2010) y pertenecientes al Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Universidad de Coimbra. Hemos incluido un cuestionario que sirvió para la caracterización de la muestra.
La escala incluye 34 frases y evalúa los niveles de potenciación de la familia, potenciación en los cuidados prestados a su hijo e implicación en la comunidad. Evalúa también cómo la potenciación es expresada (actitudes, conocimientos y comportamiento). En el tratamiento estadístico de los datos, realizado con la ayuda de IBM SPSS v19, fueron utilizadas la estadística descriptiva (frecuencias, medias y medianas) y la inferencia estadística.
3. Resultados
Los resultados encontrados indican que durante la hospitalización los niños están acompañados principalmente por su madre, lo que conduce a destacar el papel de la madre en la familia. La mayoría de los padres no prestan ningún apoyo a la familia y los padres de 24 años de edad o menos tienen potenciación mayor en el nivel de conocimiento y comportamiento frente a la implicación en la comunidad. Padres de niños con admisiones anteriores han aumentado la potenciación de actitudes frente a la implicación en la comunidad y también en el conocimiento ante los cuidados prestados. La mayoría de los padres ha dicho que tiene muchas oportunidades de elegir y cuidar de su hijo, mostrando una mayor potenciación en el comportamiento ante los cuidados.
4. Discusión
Los resultados son consistentes con Melo (2011) y sugieren que la práctica de la enfermería debe desarrollar la capacidad de los padres, para que éstos sean eficaces colaboradores en el cuidado de sus hijos hospitalizados.

Palabras clave: padres, hospitalización niños, potenciación

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
FERREIRA, Pedro Lopes [et al.] – Validação e análise de precisão da versão em português do Needs of Parents Questionnaire. Jornal de Pediatria. [s.l.].Nº86 Série 3 (2010). p.221-227.
KOREN, P.; DECHILLO, N.; FRIESEN, B. – Measuring empowerment in families whose children has emotional disabilities: a brief questionnaire. Reabilition Psychology. 37:4 (1992), p. 305-321.
MELO, Elsa – Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas [Em linha]. Aveiro: [s.n.], 2011. Dissertação

de doutoramento apresentada à Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde. [Consult. 21 de Junho 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.uc.pt/org/ceisuc/Organ_reunioes/201105_Envolvimento/4_Envolvimento_dos_pais.pdf

AUTORES/AUTHORS:
Fátima Cervilla Acha, Jesús David Pastor Rodríguez, Francisco José Robles Madrid, Carmen Carrión Cervante, Encarnación Serrano Matás, Pilar Aparicio Laparra, Rosario López Murcia, Mªdel Mar Pastor Bravo, Guadalupe Ruiz Merino

TÍTULO/TITLE:
ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL NEONATO INGRESADO EN LA UCI NEONATAL DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA DE MURCIA

INTRODUCCIÓN
El número de nacimientos prematuros ha aumentado notablemente debido al retraso de la edad de maternidad, el aumento del uso de técnicas de reproducción asistida y la mayor incidencia de embarazos en población inmigrante cuya gestación no ha sido debidamente controlada. La tasa de prematuridad global varió en España entre 1996 y 2010 del 5,84% al 6,87% (1). En los últimos años, ha aumentado la supervivencia en prematuros gracias a los avances en los cuidados y el desarrollo de nuevas técnicas. Basándonos en la edad gestacional, el 5% de los pretérmino nacen antes de las 28 semanas (prematuro extremo), el 15% entre la semana 28-31 (prematuro severo), el 20% entre las 32-33 semanas (prematuro moderado), y 60-70% entre las 34 -36 semanas(prematuro límite) (2).
La morbi-mortalidad perinatal está relacionada con la edad gestacional y el peso al nacer. La mayor mortalidad corresponde a las edades gestacionales más jóvenes, incrementándose cuando los pesos son menores.
Un 50% de la mortalidad infantil sucede en el periodo neonatal, de estos, un 85% muere en la primera semana de vida, y de éstos un 40% el primer día de vida. Además, el 25% de las discapacidades psíquicas tienen su origen en problemas relacionados con el parto, o en los primeros minutos de vida extrauterina (3).
El hospital de referencia en cuanto a cuidados intensivos neonatales en la Región de Murcia es el Hospital Virgen de la Arrixaca. Se trata de una UCIN de nivel III-C, es decir, con capacidad para la atención a todo tipo de recién nacidos tanto médicos como quirúrgicos, de cualquier peso y edad gestacional, dentro de los límites de la viabilidad (4). Nuestra UCIN tiene una capacidad operativa de 16 pacientes, ampliables a 19, distribuidos en 5 boxes.
OBJETIVOS
Describir las características de los niños ingresados en la UCI Neonatal del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia en el periodo 2006-2011, evaluando el acceso vascular que han precisado.
MÉTODO
Estudio descriptivo en el que se han revisado un total de 1613 informes de alta de neonatos ingresados entre los años 2006-2011 analizando variables clínicas y de tratamiento vascular durante su ingreso. Para el análisis de datos se utilizó el paquete informático SPSS 15.

RESULTADOS
De un total de 1613 ingresos, el 58.1% eran varones. La patología más frecuente es la prematuridad más distrés (56.6%), seguido de patología abdominal y digestiva (8.1%), las cardiopatías (7.2%) y la pérdida de bienestar fetal (6.8%).
El 63.7% ingresan en las primeras 24 horas de vida, con una estancia media <=10 días en el 58.9% de los casos, siendo la más larga de 168 días. El peso al nacimiento oscila entre 400-5160 gramos. La tasa de supervivencia total es de 90.6%, siendo para <28 semanas de gestación (SG) 45.92%. Ingresan más varones (58.1%), pero la supervivencia es mayor en mujeres (57.9%).
Respecto a las vías de acceso central, en el 62.7% se ha canalizado la vena umbilical, 2.6% la arteria umbilical, frente a un 4.3% de vías yugulares y un 6.6% de femorales. Estas dos últimas se canalizan sobre todo en neonatos de >37 SG. En cuanto a vías centrales de acceso periférico (Epicutáneo-Cava), el 32.8% de los niños han llevado 1; 5.6% han llevado 2 y un 1.3% han llevado 3

epicutáneos-cava (sobre todo, menores de 28SG). Junto a estas vías centrales han llevado numerosas vías periféricas. El 23.7% de los sujetos no ha precisado vía central.

DISCUSIÓN

Podemos afirmar que el perfil de usuario de esta UCI Neonatal es el de un recién nacido pretérmino (<37 SG), con distrés respiratorio, que ingresa en las primeras 24 horas de vida, con una estancia variable e inversamente proporcional a las semanas de gestación y portador de canalización umbilical durante 4,26 días de media. Las vías femorales y yugulares son muy poco frecuentes y sobre todo se utilizan en niños a término; sin embargo, el uso de los epicutáneos-cava se ha generalizado para todos los niños, siendo Enfermería la responsable de su inserción, manejo y retirada. Los epicutáneos-cava tienen menos complicaciones que el resto de vías centrales y tienen una duración media de 9.18 días (DS 5,40), permitiendo administrar drogas vasoactivas y nutrición parenteral por un tiempo prolongado.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Los pacientes de la UCI Neonatal son en su mayoría prematuros de muy bajo peso. La mayoría de ellos no pueden tolerar la alimentación enteral en los primeros días e incluso en las primeras semanas de vida, por lo que necesitan nutrición parenteral para cubrir los requerimientos metabólicos y del crecimiento, que debe mantenerse durante un tiempo prolongado hasta que se consiga una adecuada transición a la alimentación enteral (5). En estos casos, los catéteres centrales más usados son los de abordaje periférico, conocidos como epicutáneo-cava. La técnica es sencilla, realizada por Enfermería, con pocas complicaciones y menor riesgo de infección. Proporcionan un acceso venoso por el cual se puede administrar soluciones hipertónicas y fármacos. Son más duraderos que las vías periféricas, con lo cual se reduce el número de pinchazos y, por tanto, el niño sufre menos (6).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Indicadores demográficos básicos. Movimiento natural de población. Partos por edad de la madre, tipo de parto y maturidad. Disponible en: www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e301/&file=inebase

2. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. “Epidemiology and causes of preterm birth”. Lancet (2008) 371:75-84. PMID 18177778

3. Martínez Barellas MR, Chaure López I. El recién nacido, en Mompart García MP. Enfermería del niño y adolescente. Colección siglo 21. Editorial DAE. 2ª ed. 2003, pp. 63-87.

4. Blanco Bravo A, Alomar Ribes MT, Esqué Ruiz JR, Fernández Lorenzo J, Figueras Aloy J y García-Alix A. Niveles asistencial y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. An Pediatr (Barc). 2004; 60(1): 56-64.

5. Martínez Costa, I., Rodríguez Cañadas, M.J. Cap.9. Nutrición enteral y parenteral en el recién nacido. En: Hernández Martínez, A., Gómez Salgado, J. Enfermería del recién nacido en riesgo y procedimientos neonatales. Enfo Ediciones. 2008, p. 341.

6. Grupo español de terapia intravenosa neonatal. Catéteres centrales de inserción periférica en recién nacidos. 1ªed. Mayo 2010. Disponible en www.seen-enfermeria.com/images/stories/doc/consensoPICC.pdf

AUTORES/AUTHORS:
Asunción Elipe Nuñez, Manuel Lillo Crespo

TÍTULO/TITLE:
La vivencia de ser madre a partir de los 35 años. Un enfoque fenomenológico en mujeres del dpto de salud 19 de Alicante

Introducción: Los expertos saben que la maternidad tardía no es una moda pasajera. Es un fenómeno que no va a cambiar. Es un hecho el que las mujeres retrasen el momento de formar una familia. A medida que disminuye el número de madres primerizas o de madres en general comprendidas en la franja de los llamados “años tradicionales” (de 20 a 29), el número de madres primerizas de más de 35 años continúa aumentando, y no dejará de crecer aunque en los lugares de trabajo existe actualmente una mayor preocupación por las necesidades familiares según autores como Nagle (2003) y Aler (2005). Mandel (2010) (publicado en The American Journal of Mother and Child Nursing) se plantea un estudio fenomenológico similar al nuestro pero con mujeres solteras estadounidenses, de más de 35 años y más centrado en las complicaciones durante el parto y gestación.

Objetivo: Conocer las experiencias de vida de las mujeres que están inmersas en este fenómeno; qué supone para ellas la maternidad tardía, cuáles son sus motivaciones en ese momento preciso de sus vidas; como se toma la decisión y se buscan opciones a la hora de plantearse lo que significa ser padres o ser madre.

Método: Se trata de un estudio de diseño cualitativo preliminar exploratorio desde un enfoque fenomenológico de la escuela hermeneútica o interpretada de Habermas. Fueron finalmente cinco mujeres quienes conformaron el tamaño de la muestra al considerarse saturada la información necesaria para un estudio piloto. La técnica elegida para la recolección de datos fue la entrevista abierta y en profundidad centrada en el hecho de haber sido madre. En cuanto al Marco teórico y conceptual, además de Habermas también se empleó la Teoría de la Adaptación de Callista Roy.

Resultados: En cuanto al contenido de la entrevista, tras una breve contextualización –o datos sociodemográficos-, ésta se ha reconducido hacia dos dominios principales: pros y contras de la maternidad tardía y sentimientos actuales. A su vez, el criterio de clasificación ha sido por categorías temáticas en cada dominio, obteniendo al final 10 categorías temáticas.

Discusión: Las categorías que subyacen del análisis muestran coincidencia con los estudios recientes publicados en revistas de impacto en cuanto a la vivencia de las mujeres; en especial, con respecto al artículo de Mandel (2010) publicado en The American Journal of Mother and Child Nursing donde se planteaba un estudio fenomenológico similar al nuestro pero con mujeres solteras estadounidenses, de más de 35 años y más centrado en la complicaciones durante el parto y gestación. De su análisis se desprendieron los siguientes temas: (a) maternidad ahora o nunca, (b) lo conocido y lo desconocido, (c) la importancia del apoyo, (d) el estigma de la madre soltera, (e) el cambio de prioridades, (f) preocupaciones a largo plazo para ella y su hijo/s. Una de las conclusiones fundamentales de este estudio fue la reorientación de los planes de cuidados de Enfermería hacia las nuevas necesidades de estas madres.

Conclusiones: El hecho de conocer la vivencia de quienes ya han pasado por esta experiencia constituye una herramienta para poder atender a este colectivo con una visión holística y desde el más profundo respeto, así como re-enfocar los cuidados y la educación para la salud de la madre.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1- Nagle D. Todavía puedo ser mamá. Guía de la maternidad a partir de los 35 años. 3ª ed. Barcelona: Océano; 2003.
2- Maranto G. Delayed Childbearing. The Atlantic Monthly [Internet] 1995 [acceso 15 de mayo de 2010]; 275(6).
3- Aler Gay I. La transformación de la maternidad en la sociedad española 1975-2005. Otra visión sociológica. Centro de Estudios Andaluces. Universidad de Sevilla; 2006.
4- Gilbert, W.M., et al. Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. Obstetrics and Gynecology, volumen 93, número 1, enero de 1999, págs. 9-14.
5- Curtis GB. El embarazo después de los 35. [Monografía en Internet] Barcelona: Paidós Ibérica S.A.; 2003. [acceso 21 de mayo de 2010]. Disponible en: 6- INEbase. Demografía y población.
7- Berkowitz, G., et al. Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. New England Journal of Medicine, volumen 322, número 10, 8 de marzo de 1990, págs. 659-664.
8- Bianco, A., et al. Pregnancy outcome at age 40 and older. Obstetrics and Gynecology, volumen 87, número 6, junio de 1996, págs. 917-922.9- Fretts, R.C., Usher, R.H. Causes of fetal death in women of advanced maternal age. Obstetrics and Gynecology, volumen 89, número 1, enero de 1997, págs. 40-45.
13- Aguinaga Roustán J. Hipótesis causales sobre fecundidad: el papel preponderante de la unidad familiar. REIS [Internet] 1981 [acceso 10 de enero de 2010].
14- MacInnes, J., Pérez Díaz, J. (2008), "La tercera revolución de la modernidad: la reproductiva" Reis: Revista española de investigaciones sociológicas (122): 89-118.
15- Molinero Rubio PJ, Morales Eliche J, Vega Cabezudo L, Montoro Martinez J, Linares Abad L, Álvarez Nieto C. Actitud y adaptación maternal en el embarazo. Cultura de los Cuidados. 2007.
16.- Mandel, D. The lived experience of pregnancy complications in single older women. American Journal of Mother and Child Nursing. 2010 Nov-Dec;35(6):336-40.
17.- Leiblum, Palmer y Spector. Non-traditional mothers: single heterosexual/lesbian women and lesbian couples electing motherhood via donor insemination. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology 1995 Mar;16(1):11-20.
18.- Nilsson, C. y Lundgren, I. Women's lived experience of fear of childbirth. Midwifery. 2009 Apr;25(2):e1-9. Epub 2007 May 18

AUTORES/AUTHORS:
ANNA BONMATI TOMAS, DOLORS COROMINAS VILALTA, PILAR ÀVILA CASTELLS, CARME BERTRAN NOGUER, LLUIS COSTA FERNANDEZ, ANGELA VILÀ VENDRELL, MARTA RASET PINAD, EMILIA DE PUIG, CARME MALAGON AGUILERA

TÍTULO/TITLE:
APRENDIZAJE SERVICIO EN UNA ESTRATEGIA COMUNICATIVA DE SENSIBILIZACÓN A LA POBLACIÓN SOBRE EL URM

Introducción:
Las campañas de sensibilización a los ciudadanos sobre el uso racional de medicamentos (URM) son necesarias para promocionar la salud de los mismos, con el objetivo de mejorar la eficacia de los tratamientos prescritos
En 1985 la OMS definió el URM como el hecho que se prescriba el medicamento apropiado, que este esté disponible para la población a un precio asequible, dispensado en las condiciones adecuadas, y tomado en las dosis, los intervalos y la duración prescrito. El URM es por tanto responsabilidad no tan solo de los profesionales sanitarios sino también del usuario. En este sentido, aquellas estrategias dirigidas a aumentar el grado o nivel de conocimiento de los usuarios en lo que se refiere al uso apropiado de los medicamentos favorecerán su uso racional.
Objetivos:
Principal: sensibilizar al usuario de Atención Primaria del IAS (Institut d'Assistència Sanitària) sobre el URM.
Específicos:
1-Desarrollar mediante la metodología del aprendizaje servicio (AS), un trabajo transversal entre estudiantes de los estudios de enfermería y comunicación de la UdG y un proveedor de salud (IAS), creando sinergias entre todos ellos y en el marco del programa UdG saludable .
2-Elaborar una estrategia comunicativa para la sensibilización sobre el URM a los usuarios de Atención Primaria (AP) del IAS.
Métodos:
Este proyecto se desarrolla en distintos ámbitos: estudiantes de enfermería y de comunicación de la UdG, programa UdG saludable y el IAS utilizando el diseño metodológico basado en el principio de Aprendizaje Servicio.
El AS se define como una propuesta educativa que combina procesos de aprendizaje y servicio a la comunidad en un solo proyecto articulado en el cual los participantes se forman trabajando sobre necesidades reales del entorno con el objetivo de mejorarlo.
La relación circular que se establece entre el aprendizaje y el servicio genera una nueva realidad que intensifica y potencia los efectos de cada uno por separado. Mientras el aprendizaje mejora el servicio a la comunidad con el aumento de su cualidad, el servicio da sentido y consecuentemente motivación al aprendizaje ya que permite al estudiante ver como aquello el resultado de su aprendizaje puede transferirse a la realidad en forma de acción.
La población diana del proyecto fueron 22 estudiantes de enfermería y 25 de comunicación cultural de la UdG, a los que se realizaron talleres formativos sobre el URM. Posteriormente se crearon grupos multidisciplinares y elaboraron de forma colaborativa y transversal un proyecto de comunicación para la sensibilización sobre el URM para los pacientes de AP del IAS. El instrumento de comunicación entre los estudiantes fueron blocs y otras redes sociales. Estas nuevas plataformas digitales han representado un nuevo paradigma en el aprendizaje individual y del grupo permitiendo simplificar realidades.
La evaluación del proyecto por parte de los estudiantes se realizó mediante una encuesta voluntaria y anónima con las siguientes variables: valoración global del proyecto, valoración de las sesiones teóricas, valoración del trabajo conjunto con otros estudios, valoración de AS y grado de motivación del proyecto y se recogieron datos sobre si volverían a repetir la experiencia. Cada variable se midió según una escala Liker de 0-10 y los resultados se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS v.15
Resultados:
Se han obtenido un total de 25 estrategias comunicativas elaboradas por grupos multidisciplinares de estudiantes de enfermería y

comunicación. La tasa de repuesta de la encuesta es de 42,7%. La valoración global del proyecto es de media de 7.05 con una desviación típica (DS) 2.139. Las sesiones teóricas recibidas obtuvieron una puntuación de 7,80 (DS 1,399).
Respecto al trabajo transversal entre los estudiantes de uno y otro estudio, la comunicación junto con la participación y el aprendizaje entre iguales fueron las que obtuvieron una puntuación inferior 6,55 (DS 1,849), 6,85 (DS 1,872) y 6,40 (DS 2,173) respectivamente.
Por el contrario, la metodología del AS es considerada en un 72% como una buena metodología de aprendizaje y un 76,5% destaca que su aplicabilidad motiva en la realización del proyecto. Así un 85% de ellos repetirían la experiencia aunque sólo un 68% cree interesante la realización del proyecto de manera transversal.
Discusión: (implicaciones para la práctica clínica)
La realización de este proyecto ha puesto de manifiesto en primer lugar la importancia de crear sinergias entre estudiantes (futuros profesionales) de diferentes disciplinas y diferentes instituciones para mejorar la calidad del resultado obtenido, en este caso, material de promoción del URM dirigido a los usuarios. En segundo lugar, el uso de una metodología de tipo AS para elaborar una estrategia comunicativa de sensibilización a la población sobre el URM ha favorecido la implicación de los participantes en el proyecto por su repercusión y aplicabilidad real e inmediata.
Nuestra experiencia nos permite afirmar que la metodología AS ha sido un instrumento muy útil para apoyar los procesos de enseñanza y aprendizaje a favor de una mayor interacción. El grado de satisfacción global de los participantes en el proyecto ha sido satisfactorio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

• APS centre promotor [internet]*. Barcelona: [acceso 25 de marzo de 2012]. Disponible en http://www.aprenentatgeservei.cat/index.php?cm=02.01&idC=83
• Martinez, M. coordinador. Aprenentatge servei i responsabilitat social de les universitats. Barcelona: Octaedro i Fundació Jaume Bofill; 2008
• Puig J.M, Batlle R, Bosch C i Palos J. Aprenentatge servei. Educar per a la ciutadania. Barcelona: Octaedro i Fundació Jaume Bofill;2006
• Rubio i Serrano L. Aprenentatge servei a la universitat: cap a la institucionalització i el treball en xarxa. Temps d'Educació. 2011; 41: 107-118
• Finer D, Tomson G. Essential Drug Information. The Story of a Workshop. Karolinska Institutet. IHCAR:Sweden;1992
• Grup del medicament de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària. Uso racional de los medicamentos: Apuntes para el médico de familia. Valencia: Obrapropia; Novembre 2011.
• Lopez AC, Moreno L, Villagrasa V. Manual de farmacología. Guía para el uso racional del medicamento.2º ed. Barcelona:Elsevier;2010
• World Health Organization. Conferencia de expertos sobre uso racional de los medicamentos.[monografía en internet]. Nairobi (Kenia);1985.[acceso el 01 junio de 2012]. Disponible en: http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf
• Marza MA. Els blocs en el nou model comunicatiu universitari . [monografía en internet]. Barcelona: 2007. [acceso el 01 de junio de 2012]. Disponible en http://www.ub.edu/bid/19marza1.htm
• Siemens G, Weller M. La enseñanza superior y las promesas y peligros de las redes sociales. Revista de Universidad y sociedad de conocimiento UOC. Barcelona: UOC; enero 2008.

AUTORES/AUTHORS:
Itziar Estalella, María José Trincado, María Carmen Goiria, Juana María Llanos, Justino Rodriguez-Alarcón, Lorea Martínez-Indart, Marta Estalella

TÍTULO/TITLE:
Prematuros tardíos en planta de maternidad ¿a qué nos enfrentamos?

Objetivo

Son prematuros tardíos aquellos recién nacidos entre la semana 340/6 y 366/7 de gestación. Es una población cuya incidencia esta aumentando y para la cuál se han descrito tasas de morbimortalidad mayores que los recién nacidos a término. Sin embargo y debido a que su apariencia apenas difiere a la de estos últimos, existe el riesgo de infravalorar sus problemas. El objetivo de este trabajo es revisar la incidencia de prematuridad en nuestro centro y analizar la morbilidad de los prematuros tardíos en comparación con los recién nacidos a término, para determinar las líneas de intervención de enfermería específicas en el cuidado de esta población en nuestro medio.

Métodos

Estudio observacional retrospectivo de los recién nacidos vivos en el Hospital Universitario Cruces (Bizkaia) entre los años 1995 y 2011. El grupo de prematuros tardíos los formaron los nacidos entre las semanas 34 y 36 de gestación (n=5839) y los a término entre las semanas 37 y 42 (n=92514). Fuentes: Libro de Registro de Partos y Registro de Cribado Neonatal. Comparación de variables categóricas (%) mediante prueba Chi cuadrado (software SPSS 20.0.).

Resultados

Los prematuros tardíos representan un 5,8% del total de nacidos vivos en el periodo 1995-2011 y un 74% de los nacidos prematuros. Se observa un incremento en la tasa de prematuros, a costa exclusivamente de esta población. El 53,6% fueron varones con un peso medio de 2482±469 gramos y una edad gestacional media de 35,3±0,8 semanas. Presentaron un test de Apgar al 1'<7 el 12,1% y Apgar a los 5'<7 el 1,8%, además de tasas significativamente mayores frente al grupo a término, de multiparidad (14,8% vs. 1,3%, p<0,001), parto por cesárea (23,9% vs. 11,2%, p<0,001), ingreso a unidad neonatal desde partos (28,2% vs. 3,4%, p<0,001) y lactancia artificial al alta (38,7% vs. 21,6%, p<0,001). En concreto, en 2011 nacieron 398 prematuros tardíos de los cuales 314 ingresaron en nuestra unidad. De estos, un 14,7 % requirieron ingreso a unidad neonatal desde planta (76% por hiperbilirrubinemia, 6% distress, 2% mala regulación térmica, etc). La tasa de reingreso tras el alta fue del 0,6% y la media de estancia en la unidad fue de 4,42 días.

Discusión

A pesar de que la lactancia materna se aconseja especialmente en los prematuros, observamos una tasa de lactancia artificial mayor en nuestra población. Esto probablemente se asocia a los factores de riesgo que condicionan el establecimiento de una lactancia materna eficaz, relacionados con la menor madurez del prematuro (habilidades oromotoras disminuidas, letárgicos,…) y con la madre (mayor tasa de cesáreas, multiparidad,…). Se hace necesario diseñar una intervención de enfermería específica sobre esta población, centrada fundamentalmente en un apoyo precoz e individualizado para establecer una lactancia materna eficaz y segura,

favoreciendo el contacto seguro piel con piel y promover la continuidad de cuidados al alta. También la formación del personal sanitario implicado en su cuidado para el seguimiento y vigilancia, con el fin de anticiparnos a los problemas comunes en esta población. Este cambio en la práctica clínica tendría como objetivo reducir la tasa de morbilidad y mejorar la calidad de los cuidados que prestamos en nuestra unidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Cregan MD, De Mello TR, Kershaw D, McDougall K y Hartmann PE (2002) Initiation of lactation in women after preterm delivery. Acta Obstet Gynecol Scand 81: 870-877

Engle WA (2006) A recommendation for the definition of late preterm (near term) and the birth weight gestational age classification system. Semin Perinatol 30:2-7

Raju TNK, Higgins RD, Stark AR, Leveno KJ. (2006) Optimizing care and outcome for late-preterm (near term) infants: A summary of the workshop sponsored by the NICHD Pediatrics 118: 1207-1214.

Meier P, Furman L y Degenhardt M (2007) Increased lactation risk for late preterm infants and mothers: evidence and managment strategies to project breastfeeding. Journal of Midwifery & Women´s Health 52 (6):579-587

Tomashek KM, Shapiro-Mendoza CK, Davidoff MJ, Petrini JR (2007) Differences in mortality between late-preterm and term singleton infants in the United States, 1995-2002. J Pediatr. 151:450-456

Goldenberg RI, Culhane JF, Iams JD, Romero R (2008) Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet 371:75-84

Demestre X, Raspall F, Martínez.Nadal S, Vila C, Elizari MJ y Sala P (2009) Prematuros tardíos: una población de riesgo infravalorada. Anales de Pediatría 71 (4): 291-298

Dimitriou G, Fouzas S, Georgakis V, Vervenioti A, Papadopoulos VG, Decavalas G y Mantagos S (2010) Determinant of morbility in late preterm infants Early Human Development 86:587-591

Grupo NIDCAP y al Grupo PrevInfad, de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) (2010) Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social

ABM Clinical protocol #10: Breastfeeding the Late Preterm Infant (340/7 to 36 6/7weeks gestation) (First revision June 2011) Breastfeeding Medicine 6 (3): 151-156

AUTORES/AUTHORS:
LIDIA FRANCÉS RIBERA, MªTERESA TORRES COSTA, LLUIS VILA BALLESTER, JOSEP MARIA MANRESA DOMÍNGUEZ, GEMMA FALGUERA PUIG

TÍTULO/TITLE:
Estado nutricional de yodo en la población gestante de Cataluña: Estudio sobre hábitos higiénico-dietéticos y yodurias

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.
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.
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 y 250 µg/l/día.
En condiciones normales existe un equilibrio entre la ingesta de yodo y la eliminación urinaria, y, por tanto, la determinación de yodo en orina es un buen indicador de la ingesta de yodo reciente. Actualmente se reconoce que la determinación de yoduria en una muestra casual de orina aporta una adecuada información sobre el estado nutricional de yodo.
Objetivo
Conocer los hábitos higiénico-dietéticos respecto al consumo de alimentos ricos en yodo y consumo de tabaco, así como la prevalencia de yododeficiencia (yodurias < 150µg/L) durante los tres trimestres de gestación.
Método
Estudio multicéntrico de intervención con seguimiento prospectivo. Han participado 945 gestantes del primer trimestre, 752 del segundo y 705 gestantes del tercer trimestre que fueron atendidas en la consulta de la matrona de los diferentes Centros de Atención Primaria de las regiones sanitarias de la Cataluña Central y Barcelona durante el período 2007-2010. En cada trimestre se realizó una determinación de yoduria y un cuestionario de hábitos alimentarios para estimar la ingesta de yodo.
Resultados
La edad media de las participantes fue de 30,5 años. El consumo de sal yodada aumentó del 35,7% en el primer trimestre, al 85,5% en el segundo trimestre y al 88,9% en el tercer trimestre. La suplementación con yodo es del 46,8% en el primer trimestre, el 88,7%

en el segundo y del 87,7% en el tercero. Las yodurias < 150µg/L fue del 47,2% en el primer trimestre, del 34% en el segundo y del 34,1% en el tercer trimestre. El hábito tabáquico fue del 23,3% de las gestantes del primer trimestre, del19,3% del segundo y del 19% del tercero. El consumo de leche y de sal yodada aumentaron ligeramente el riesgo de Odds de tener una yoduria >/= 150µg/L, mientras que la ingesta de polivitamínicos o de yoduro potásico lo aumentaron de forma importante.
La encuesta sobre el estado nutricional de yodo correlacionó muy débilmente con los niveles de yodo observados (correlación de Spearman=0,224, p<0,001). Cuando se analizó los ítems que influyeron más en el nivel de yoduria, se observó que el consumo de leche y de sal yodada lo aumentaron ligeramente, mientras que la suplementación con polivitamínicos y yoduro potásico lo aumentaron de forma más relevante.
El efecto de la intervención grupal de educación para la salud, provocó un aumento significativo en el consumo de sal yodada por parte del grupo intervención, no observándose otros cambios.
Conclusiones
-Incremento del consumo de sal yodada y suplementos yodados a los largo de la gestación.
-Las medianas globales de yoduria de cada trimestre indican una adecuada nutrición de yodo según criterios de la OMS y el ICCIDD.
-La suplementación con yoduro potásico es el principal vector de la yoduria, aunque el consumo simultáneo de sal yodada y leche también se asocia con medianas de yodurias > 150µg/L.
-La encuesta alimentaria realizada no se correlaciona con el consumo de yodo.
-La educación sanitaria individual es suficiente para la promoción del consumo de sal yodada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Morreale G, Escobar F. Metabolismo de las hormonas tiroideas y el yodo en el embarazo. Razones experimentales para mantener una ingesta de yodo adecuada en la gestación. Endocrinol Nutr. 2008;55(Supl 1):7-17.
Glinoer, D. The importance of iodine nutrition during pregnancy. Public Health Nutr. 2007;10(12A):1542-6.
Donnay Candil S. Uso racional del yoduro potásico durante el embarazo y la lactancia. Endocrinol Nutr. 2008;55(Supl1):29-34.
Ruiz AM, Martinez EG, Rodríguez MA et al. Yododeficiencia en mujeres gestantes en el Área Sanitaria de Palencia (España). Endocrinol Nutr 2009; 56(10):452-457.
Glinoer, D. (2004). The regulation of thyroid function during normal pregnancy: importance of the iodine nutrition status. Best.Pract.Res.Clin.Endocrinol.Metab. 2004;18(2):133-52.
Morreale de Escobar G, Obregon MJ, Escobar del Rey F. Role of thyroid hormone during early brain development. Eur J Endocrinol. 2004;151 (Supl 3):U25-37.
Zimmermann MB. The role of iodine in human growth and development. Seminars in Cell & Developmental Biology. 2011(22):645-52.

WHO, ICCIDD, & UNICEF. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. A Guide for programme managers. 2007.
Espada Sáen-Torre M. La medición de yodo en la orina: revisión de las técnicas. Endocrinol Nutr. 2008; 55(Supl 1):37-42.
Peris RB, Calvo RF, Tenias Burillo JM, Merchante AA, Presencia RG, Miralles DF. Iodine deficiency and pregnancy. Current situation. Endocrinol Nutr 2009; 56(1):9-12.
Sánchez-Vega J, Escobar del Rey F, Farinas-Seijas H, Morreale de Escobar G. Inadequate iodine nutrition of pregnant women from Extremadura (Spain). Eur J Endocrinol 2008; 159(4):439-445.
Rebagliato M, Murcia M, Espada M et al. Iodine intake and maternal thyroid function during pregnancy. Epidemiology 2010; 21(1):62-69.
Jaén Díaz JI, López de Casto F, Cordero Garcia B, Santillana Balduz F, Martin Dal Gesso C. Enfermedad tiroidea y estado de

yodación en el primer trimestre del embarazo. Endocrinol Nutr 2008; 55(5):196-201.
Santiago P, Berrio M, Olmedo P et al. Reference values for thyroid hormones in the population of pregnant women in Jaen (Spain). Endocrinol Nutr 2011; 58(2):62-67.
Vila L. Prevención y control de la deficiencia de yodo en España. Rev Esp Salud Pública 2008; 82: 371-377

AUTORES/AUTHORS:
Elsa Melo, Maria Ceu Silvestre, Manuel Ramos, Adália Pereira, Viviana Eusébio

TÍTULO/TITLE:
La lactancia materna: percepción de las embarazadas de primer hijo

La leche materna es el alimento ideal para los bebés, es fundamental para su salud y desarrollo. Se debería intentar que durante el embarazo los enfermeros en las consultas prenatales y con la información basada en la evidencia responder a las preguntas de la mujer para que esta pueda tomar la decisión de amamantar. Objetivos: Identificar el conocimiento de mujeres embarazadas de su primer hijo en el tercero trimestre acerca de los beneficios y las condiciones para el éxito de la lactancia materna. Métodos: Un estudio exploratorio, de naturaleza cuantitativa. La muestra consistió en mujeres embarazada de primer hijo, que han recurrido a la consulta de Obstetricia del Centro Hospitalario de Portugal siendo el muestreo de conveniencia. Las variables sociodemográficas son edad, estado civil, nivel educativo, número de visitas prenatales hecho y la frecuencia de la preparación para el parto. Se utilizó un cuestionario basado en las orientaciones del Manual de la lactancia materna, del Comité Nacional pro UNICEF, compuesto de 41 preguntas de opción múltiple para la realización de sí mismo. Se han cumplido los requisitos éticos, incluyendo la aprobación del Comité de Ética del Centro Hospitalario. El contacto con los usuarios se ha personalizado y el cuestionario fue entregado después de consentimiento informado. Resultados: La muestra consistió en 110 mujeres, con edades comprendidas entre los 16 y 42, ahonde la mayoría (73,6%) se casó y el 41,8% tenía nivel de educación superior. En medias las mujeres asistieron a 8 consultas de vigilancia del embarazo, 59 participaron en un curso de preparación del parto y 75,5% afirma tener conocimiento acerca de la lactancia. La mayoría tiene la intención de amamantar (99,1%) y reconoce como principales ventajas de la lactancia materna, ayudar a la madre y a su bebé a establecer un buen vínculo afectivo (95,5%), el leche ser barato y fiable (99,1%) y proteger a las alergias del niño (76,4%). Identificase aun como condiciones para una lactancia bien sucedida, un bueno agarre en el pecho (77,3%), hacer 8 mamadas en 24 horas (67,3%) y poner al bebé a eructar al final la mamada (86,4%). Sólo el 41% de las embarazadas piensan que el uso del chupete no es propicio para la lactancia materna y el 60% indica que el bebé debe succionar en el tiempo libre. La mayoría cree que la lactancia materna debe iniciarse después del parto (77,3%), sólo el 53,6% cree que debe ser exclusivo hasta 6 meses. Discusión y conclusiones: Al igual que en otros estudios, las mujeres embarazadas suelen tener un conocimiento sobre la lactancia materna, pero con algunos errores, en relación con la técnica de la lactancia materna y el uso del chupete. Las mujeres mayores y con mayor nivel de educación muestran un mayor conocimiento. No se han correlacionado la influencia del número de consultas prenatales o el curso de preparación para el parto en el conocimiento de las mujeres. Consideramos que es importante que las enfermeras promuevan la educación sistemática e individualizada a las mujeres embarazadas sobre la lactancia materna. Implicaciones para la práctica: la planificación y la implementación de un programa de capacitación en información sobre la lactancia adaptada a las necesidades de las mujeres embarazadas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
•AGUILAR CORDERO, M. J. (2005) – Composición, propriedades y bioquímica de la leche humana. Principios imediatos. In M. J. Aguilar Cordero, Lactancia materna. Madrid: Elsevier, 53-63;

•AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS – The promotion of breastfeeding: Plocy statementbased on task force report. Pediatrics, 115 (2), 496-506;

•ARAÚJO, M.F.M. (2000) – Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In Carvalho M. R.e Tamez R. N. Amamentação, Bases Científicas para a Prática Profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1-10;

•CARDOSO, Lídia - Aleitamento materno: Uma prática de Educação para a Saúde no âmbito da Enfermagem Obstétrica. Dissertação de Mestrado em Educação (Especialização em Educação para a saúde) Universidade de Trás-os Montes e Alto Douro. Braga, 2006, p.65.

•CARVALHO et al. (1992) – Aspectos práticos do aleitamento materno. Saúde Infantil, 14 (1), 23-30;

•CERVO, A. Luiz; BERVIAN, P. Alcino – Metodologia Científica: para uso dos estudantes. 3ª Ed. São Paulo: MC Graw-Hill, 1993;

•Comité Português para a UNICEF / Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés – Manual de Aleitamento Materno. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008. ISBN 96436;

•DIAS, Maria de Fátima – Construção e Validação de um Inventário de Competências. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-14-3;

•Gil, António Carlos – Métodos e Técnica de pesquisa Social. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 1995;

•GONZALEZ, Carlos – Manual Prático do Aleitamento Materno. 1ª Ed. Parede: NÚCLEO, Caneças, 2005. ISBN 978-989-95574-0-6;

•LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E. – Enfermagem na Maternidade. 7.ª Ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-16-1;

•POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardete – Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. ISBN 85-7307-101-x;

•Royal College of Midwives (1994). Lactancia materno: Manual para professionales. Barcelona: Asociación Catalana Pro Alletament Matern.

AUTORES/AUTHORS:
María Jesús Pumar-Méndez, Olga Lopez-Dicastillo, Inmaculada Serrano Monzó, Cristina Lozano, Maider Belintxon, Marta Vidaurreta

TÍTULO/TITLE:
‘Piensan que todos los padres somos exagerados’. Percepciones de padres y profesionales sobre la salud infantil

Introducción
El presente estudio forma parte de la primera fase de un proyecto más ambicioso, el proyecto SINERGIA (Salud INfantil, Estilos de vida, entorno y Recursos para GarantIzar una Atención integral a las familias), que tiene como objetivo a largo plazo desarrollar, implementar y evaluar intervenciones a medida orientadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población infantil de 0-5 años (http://www.proyectosinergia.es/).

El diseño de intervenciones multifactoriales para la promoción de estilos de vida saludables en edades tempranas, requiere conocimiento previo de las necesidades de salud detectadas en cada uno de los entornos próximos al niño, como son el familiar, el escolar, y el de los servicios de salud. Así mismo, es necesario conocer cómo se abordan desde dichos entornos aspectos relacionados con la adquisición de estilos de vida.
El presente estudio aportó datos sobre las percepciones de padres y profesionales de la pediatría acerca de las necesidades de salud de los niños y familias y los recursos con los que cuentan para cubrir estas necesidades.

Métodos
Se llevó a cabo un estudio exploratorio cualitativo para el que previamente se obtuvo la aprobación ética. Se llevaron a cabo 15 grupos focales: 11 con padres (75 residentes en Pamplona) y 4 con profesionales de centros de salud de Pamplona (8 pediatras y 9 enfermeras). Tanto los padres como los centros de salud fueron seleccionados utilizando un muestreo intencional, con el fin de contar con padres de diversa procedencia cultural y socio-económica y profesionales que atendiesen a esa diversidad de poblaciones (Krueger & Casey, 2000).

Los grupos focales reunieron entre 3 y 10 participantes. Los protocolos de entrevista incluyeron preguntas abiertas, que aunque adaptadas a las distintas audiencias, examinaban temas comunes (Krueger & Casey, 2000). Dichos temas fueron seleccionados sobre la base de una revisión de la literatura. Las sesiones fueron grabadas y transcritas verbatim. El análisis de datos se realizó de acuerdo al método de análisis de contenido temático de Burnard (1991) con el software NVivo 8.

Resultados
Padres y profesionales de la pediatría coincidieron en enfatizar la importancia de los aspectos psicosociales en la salud infantil. El desarrollo sano del niño es evaluado no sólo en términos físicos sino también considerando indicadores de bienestar personal y adaptación social.

Curiosamente padres y profesionales coincidieron también en expresar su inseguridad y falta de habilidad para abordar y fomentar el componente psicosocial de la salud. Esta inseguridad de los profesionales pasa desapercibida para los padres que por el contrario ven en los pediatras y enfermeras una fuente de información experta y fiable aunque poco accesible. De hecho, las percepciones de ser tratados de “exagerados” o de no contar con oportunidades para expresar sus dudas fueron identificadas por los padres como principales motivos para no recurrir a los profesionales de la pediatría cuando necesitan consejo sobre el abordaje de aspectos relacionados con la salud de sus hijos.

“Todos los pediatras piensan que todos los padres somos exagerados. Porque yo no me considero exagerado. Y uno tras otro me han ido cambiando y parece como que les molesta y pues es tu trabajo” P2

Los profesionales confirmaron su falta de implicación en el abordaje del desarrollo psicosocial de los niños, explicando que dicha labor excede su competencia. Para ellos, cada vez más, los padres tratan de delegarles competencias que les son propias.

“Los padres quieren depositar su responsabilidad (…) sobre la salud, en los profesionales de la salud, y eso es un error. Los padres son responsables de la salud del niño sin que tengan que delegar esa responsabilidad en otro. Eso hace que aquí vengan…Vengan patologías que nunca tenían que venir a un Centro de Salud” M1

Además, los profesionales de la salud identificaron la falta de tiempo como otra barrera importante para su implicación en el seguimiento y abordaje de aspectos de salud infantil que no estuviesen recogidos dentro del Programa de salud del niño sano.

"A mi me parece que es un trabajo que lo tenemos que hacer con… aprovechando, con un poco más de tiempo, con esa madre y el niño en las revisiones que vienen” E16

Discusión

Los hallazgos de este estudio sugieren que, a pesar de ser reconocidos como importantes, los aspectos psicosociales de la salud infantil no son abordados sistemáticamente. Existe la necesidad de aumentar la concienciación y capacitación de los profesionales de la pediatría sobre su rol en el seguimiento y abordaje de esta esfera de la salud infantil. Para ello, se podría trabajar a dos niveles. Por un lado, revisando el programa del niño sano para incorporar planes de cuidados que incluyan más explícitamente estos aspectos, y por otro desarrollando actividades comunitarias complementarias en las que los padres puedan expresar de un modo menos estructurado sus preocupaciones y desarrollar las habilidades para el fomento de la salud psicosocial de los niños de las que manifiestan carecer. Esto podría reconciliar/acercar a padres y a profesionales con cada uno asumiendo funciones diferentes pero complementarias en el desarrollo de la promoción de la salud infantil.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

Brunard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. Nurse education Today, 11(6), 461-466

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). Focus groups: A practical guide for applied research. 3rd ed. Thousand Oak, Sage

AUTORES/AUTHORS:
Laura Rodríguez Olalla, Mª Jesús Arrabal Orpez, Ana Contreras Rodríguez, Mª Jose Campos Pinel, Juan Maria Barranco Fernandez, Juan Serrano Martos, Juan Torres Marti

TÍTULO/TITLE:
Diabetes Gestacional y persistencia tras parto: Relación de variables que pueden influir en la patología diabética

OBJETIVOS

Analizar las características de las pacientes que mantienen un cuadro diabético después del parto y las que quedan sin patología. Identificar aquellas variables que pueden influir sobre la persistencia del cuadro diabético.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo, año 2005 al 2011, de aquellas pacientes que realizaron un programa de educación diabetológica estructurado en grupos (1), durante 5 sesiones semanales de 1 h de duración, y acuden a reclasificar su cuadro diabético después del parto. Participan 664; los datos se obtuvieron de los registros de enfermería durante el programa de educación y mediante una entrevista semiestruturada.
Las variables estudiadas fueron sociodemográficas (edad, actividad laboral y nivel cultural) y clínicas (IMC previo a la gestación, aumento de peso durante el embarazo y control de éste al acudir a la reclasificación, administración de insulina, percentil del recién nacido y mantenimiento de hábitos (2) postparto si/no): control de peso, ejercicio, autoanálisis, plan de alimentación y percepción que la mujer tiene de haber realizado una dieta equilibrada (evaluándose ella en una escala de valoración del 0 al 10).
Las pacientes se distribuyen en dos grupos: las que no quedaron con patología (N=479), y las que sí lo hicieron (N=170). Los datos se analizaron mediante el programa estadístico R Commander.

RESULTADOS

Primer objetivo
No presentan patología diabética: el 72,4% no tienen alteración en la sobrecarga oral de glucosa (S.O.G); su edad media es 33,58; la media del IMC previo a la gestación es de 26,75; el aumento de peso durante el embarazo es de 8,79kg; precisan administración de insulina el 5,8%; percentil del recién nacido fue adecuado a su edad gestacional (PAEG) el 76,7%; pequeño para edad gestacional (PEG) el 11,1% y grande para edad gestacional (GEG) el 12,2%; el aumento de peso en reclasificación es de -0,876 kg.
La adhesión al tratamiento, que se les aconsejó realizar después del parto, la llevaron a cabo referente al ejercicio el 42%; autoanalisis el 80,6%; control de peso el 82,4%; dieta el 78,0%;la percepción que manifestó la paciente en cuanto a controlar su alimentación puntúan menor de 4,5 el 18,2% y mayor el 81,8%.
Persistencia de patología diabética: el 25,6% presenta alteración en la S.O.G; la edad media es 34,63; la media del IMC previo a la gestación es 29,02; el aumento de peso gestacional es de 8,14 kg; precisaron insulinización el 20,4%; el percentil del recién nacido fue: PAEG 69,9%, PEG 10,3%, GEG 19,9%.Aumento de peso en reclasificación 1,405 kg. La adhesión al tratamiento fue relacionada con el ejercicio el 39,4%; el autoanalisis el 80,1%; controlan el peso el 77,6%; dieta el 71,3%; percepción control de alimentación

puntúan menor de 4,5 en 26,5% y mayor 73,5%.
Segundo objetivo: En los análisis realizados, observamos que existen diferencias significativas entre los grupo que han quedado con patología y las que no en las siguientes variables: Edad (p=0,012), IMC previo a la gestación (p=0,000), aumento ponderal en reclasificación (p=0,010), insulinización (p=0,000), control de la dieta (p=0,005) y percepción de la paciente a ella (p=0,025).

DISCUSIÓN

No existen diferencias significativas en el aumento de peso durante la gestación, esto podría deberse a que conseguimos un incremento adecuado en los dos grupos (3), ya que el embarazo asociado a una diabetes es una alta motivación para seguir el tratamiento dietético aconsejado, unido a esto, la participación en programas de educación durante su gestación hace que mejoren la adhesión a su autocontrol y a largo plazo mantener los hábitos adquiridos (4).
Tampoco las hay en cuanto al control de la paciente en el ejercicio, peso o autoanalisis, después del parto, aunque observamos que los cuidados son altos en ambos grupos.
Si existen diferencias significativas respecto al IMC anterior a la gestación, ya que al aumentar éste, lo hace también la prevalencia del cuadro diabético, y lo mismo ocurre con las pacientes que precisaron insulinización, ambos datos son importantes tenerlos en cuenta en aquellas pacientes que no acuden a realizar la Sobrecarga Oral de Glucosa después del parto.
También encontramos estas diferencias en el aumento de peso postparto, en el mantenimiento de dieta y percepción de ello, ya que el 81,8% puntúan superior a 4,5 en las que no quedan con patología frente a un 73,5% de las que quedan con patología.
La alta persistencia (5) de patología diabética después del parto (25,6%), nos demuestra, que la Diabetes Gestacional implica un riesgo importante de diabetes en un futuro (6). Los cuidados impartidos en los programas de educación diabetológica no sólo sirven a nivel materno-fetal, sino que posteriormente pueden ayudar a controlar la enfermedad persistente (7).
Como futura línea de investigación, propondríamos contactar con los centros de salud de aquellas pacientes que no acudan a su reclasificación después del parto, para que tras la recaptación de éstas poder realizar una S.O.G.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIAS

(1)Rodríguez Olalla L, Programa de Educación Diabetológica para pacientes con
Diabetes Gestacional. Revista Inquietudes del Complejo Hospitalario de Jaén. Año 2004, volumen X, nº 30, pag 6-15.

(2). Bimbela Piedrota J.L; Gorrotxategi Larrea M;. Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente. El caso de la diabetes. Escuela andaluza de salud publica.2001

(3). GEDE (Grupo Español de Diabetes y Embarazo). Diabetes Mellitus y Embarazo. Guía Asistencial, 2ª edición. Madrid. 2000.

(4) Feig DS, Cleave B, Tomlinson G. Long-term effects of a diabetes and pregnancy program: does the education last? Diabetes Care. 2006 Mar; 29(3): 526-30.

(5) Guía Practica Clínica Diabetes 2012. Recomendaciones Clínicas Practicas de la American Diabetes Association.

(6) Ferrada C, Molina M, Cid l, Riedel G. Relación entre Diabetes Gestacional y síndrome metabólico. Rev Med Chile 2007; 135: 1539-1545.

(7) Smirnakis KV, Chasan-Taber L, Wolf M, Markenson G, Ecker JL, Thadhani R. Postpartum diabetes screing in women with a history of gestational diabetes. Obstet Gynecol. 2005 Dec; 106 (6): 1297-303

AUTORES/AUTHORS:
Rosa Isabel Sánchez Alonso, Marcos Domínguez Rodríguez, Gemma Prieto de Lamo, Francisco Javier López Lozano

TÍTULO/TITLE:
Influencia de algunos factores sociodemográficos en la lactancia materna exclusiva: estudio descriptivo.

La lactancia materna (LM) está enormemente influenciada por la cultura. Igual que el patrón de descenso de la LM se inició desde las clases de mayor nivel socioeconómico de las urbes hacia los núcleos rurales, recientes estudios indican que el resurgir de este fenómeno puede seguir el mismo patrón, de modo que primero son las mujeres de mayor poder adquisitivo y con mayor nivel educativo las que han retomado la práctica, siendo imitadas por las mujeres del resto de clases sociales1.
Desde hace ya unas décadas la tendencia al descenso de la LM ha sido un tema prioritario para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones como UNICEF, las cuales elaboraron el documento “Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna” en el que se determinaron los diez pasos hacia una feliz lactancia natural 2.
La OMS, basándose en la evidencia científica, recomienda que como mínimo la LM exclusiva (LME) abarque los primeros seis meses de vida 3. Su cumplimiento mejora los resultados neonatales en salud, como por ejemplo un menor riesgo de infecciones gastrointestinales y de eccemas atópicos durante el primer año de vida 4.
Objetivos:

General
• Conocer la relación entre algunos factores sociodemográficos de la madre (edad, país de origen, nivel de estudios, trabajo fuera del hogar y asistencia a educación maternal grupal) y la Lactancia Materna Exclusiva (LME) a los 6 meses, en el Área de Salud de Ávila.
Específicos
• Estudiar la prevalencia de la LME a los 6 meses de vida en el Área de Salud de Ávila, según criterios establecidos por la OMS.
• Describir la duración de la LME durante los seis primeros meses en el Área de Salud de Ávila.

Material y métodos:

Diseño: estudio descriptivo transversal.
Ámbito de estudio: Área de salud de Ávila, concretamente en Atención Primaria, con una población de referencia de 171.680 (datos del padrón 2009).
Sujetos de estudio: 548 niños nacidos desde el 1 de diciembre de 2009 hasta el 31 de mayo de 2010 y sus madres.
Variables:
Dependiente: LME a los 6 meses (LME6) (si/no).
Independientes:
• De la madre: edad, país de origen, nivel de estudios finalizados, trabajo fuera del hogar, asistencia a educación maternal grupal.
• De la LME: duración, motivo del abandono, responsable de la decisión de abandono.
Recogida de datos: mediante cuestionario específico diseñado por el SACyL para el seguimiento de la LME en Castilla y León en las consultas de pediatría de AP.
Análisis estadístico: análisis descriptivo univariante (proporciones e IC95%) y bivariante (prueba de Ji-Cuadrado para la comparación de variables cualitativas y U de Mann-Whitney para la comparación de la variable edad (cuantitativa) por no seguir una distribución normal). Todas las pruebas se realizaron con un intervalo de confianza del 95% a nivel bilateral. Paquete estadístico: SPSS v.15.0

Resultados:

El 73,4% de las madres eran españolas con una mediana de edad de 32 años. El 19,1% de las madres no tenía estudios, el 42,2% primarios y el 38,8% secundarios o universitarios. Trabajaban fuera del hogar el 54,2% y el 70% asistieron a las clases grupales de educación maternal.

Con respecto a la LME la prevalencia al alta hospitalaria fue del 82,3%, a los 3 meses del 45,8% y a los 6 meses del 40,2%.

El motivo de abandono más frecuente fue la hipogalactia (41%), seguido del trabajo materno fuera de casa y la escasa ganancia ponderal, ambos con un 8%.

Se mostraron diferencias estadísticamente significativas (DES) al comparar la LME6 en función del nivel de estudios finalizados de la madre (LME6 en madres sin estudios o con primarios frente a madres con estudios secundarios o universitarios, Ji-Cuadrado = 6,978 (p = 0,008)).

En el estudio analítico de la edad de la madre y LME hasta los 6 meses de vida:

La mediana de edad de las madres que consiguieron el objetivo de LME6 fue de 31,7 años, frente a los 30,7 años del grupo que no lo consiguió, siendo esta diferencia de edad estadísticamente significativa (U de Mann-Whitney = 30521, Z= -2,16, p = 0,031).

No se observó asociación entre la LME6 y el resto de variables de estudio.

Conclusiones:

• El porcentaje de recién nacidos que salen del hospital con otras formas de alimentación es elevado (17,7%).
• El porcentaje de niños en Ávila con LME a los 6 meses es superior a los alcanzados en otros lugares (24,3% según la última Encuesta Nacional de Salud).
• El nivel de estudios y la edad de la madre se asocian de forma directa con el logro de LME a los 6 meses.
• No se ha observado asociación entre las variables asistencia a los cursos de Educación Maternal, país de procedencia de la madre y trabajo fuera del hogar y LME a los 6 meses, contrariamente a lo mostrado por otros estudios 5.

Palabras clave: lactancia materna exclusiva, prevalencia, factores sociodemográficos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.- Aguilar MJ. Lactancia materna. Madrid: Elsevier, 2004.
2.- Organización Mundial de la Salud-United Nations International Children's Emergency Fund. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1989.
3.- WHO. Infant and young child nutrition. World Health Organization. Fifty-Fifth World Health Assembly; 2002 May 15-18; Geneva, Switzerland. 2002.

4.- Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA 2001;285(4):413-20.
5.- Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna (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:
Anna Bonmati Tomas, Carme Malagon, Sandra Gelabert, David Ballester, Concepcio Fuentes, Marta Raurell

TÍTULO/TITLE:
SATISFACCIÓN Y ELEMENTOS ESTRESANTES PERCIBIDOS POR LOS ESTUDIANTES EN EL PRACTICUM DE SALUD MENTAL

Introducción y objetivos:
El prácticum es el espacio donde se desarrollan las competencias del grado en enfermería. En la Facultad de Enfermería de la Universidad de Girona (FEUdG) el prácticum se contempla como asignatura en los diferentes cursos de grado. Los estudiantes consideran el prácticum un espacio formativo imprescindible que genera un nivel de estrés elevado. En esta línea se ha constatado en diversos estudios que el estrés percibido por los estudiantes de enfermería es mayor que en otras titulaciones. Los objetivos de la presente investigación son:
- Analizar la percepción de estrés y de los elementos generadores de estrés de los estudiantes de tercero de grado de enfermería respecto al prácticum de salud mental antes y después de su realización.
- Conocer la satisfacción de los estudiantes respecto al prácticum de Salud Mental (PSM) de tercer curso de los estudios de Grado de enfermería.

Métodos:
Estudio cualitativo fenomenológico de seguimiento con dos cortes y descriptivo cuantitativo.
Se recogieron datos sobre la percepción de inquietudes y de elementos generadores de estrés del PSM mediante 2 grupos focales con entrevista semidirigida. El primero se realizó antes del inicio del PSM y el segundo posteriormente a la realización del mismo. Se triangularon los datos.
Se recogieron los datos de satisfacción del prácticum mediante una encuesta anónima estandarizada por la FEUdG a los estudiantes que realizaron el PSM en el curso 2011-2012 (n=31). Esta encuesta contempla la valoración de la acogida del centro, la tutorización por parte de las enfermeras del centro y del profesor del prácticum, la integración del estudiante en el equipo, el aprendizaje y formación recibida y la valoración global del prácticum. Estas variables se valoran a partir de una escala Likert del 0 al 10.

Resultados:
Los elementos generadores de estrés, expresados en el primer grupo focal fueron: la dificultad de los cuidados de enfermería en el paciente mental, la posible agresividad de estos pacientes, el saber cómo reaccionar ante una situación desconocida y el desconocimiento de los servicios de salud mental.
En el segundo grupo focal los factores estresantes expresados se han reducido a la agresividad por parte de los pacientes. Por el contrario, los estudiantes que no han realizado este practicum, expresan que el hablar con compañeros que lo han realizado les ha permitido disminuir el nivel de estrés relacionado con las categorías de desconocimiento de los servicios de salud mental y el tipo de pacientes pero no ha sido así en las categorías de: agresividad del paciente y saber cómo actuar.
En el estudio cuantitativo se obtuvo una tasa de respuesta del 77,27% observándose una media de 8.90 con desviación típica (Dt) 1.16 en la valoración global del prácticum. Así mismo en la acogida en el prácticum y la información recibida por parte del centro una valoración media de 8.81 con Dt 1.27 y 9.16 con Dt 1.03 respectivamente. Su integración dentro del equipo obtuvo un 8,97 Dt 1.12. Por otro lado, aunque sus expectativas de aprendizaje tienen una media de 8.97 Dt 0.87 consideran que los conocimientos y habilidades adquiridos en la facultad les han sido poco útiles con una media de 6.45 Dt 2.82.

Discusión:
Este estudio pone de manifiesto la necesidad de informar y clarificar a los estudiantes antes de acudir a las prácticas clínicas de salud mental, así como revisar los conocimientos y habilidades que se imparten, con el fin de adaptarlos a la realidad asistencial. Llevar a cabo esta primera aproximación, nos permitirá trabajar esas inquietudes en espacios formativos, con la finalidad de disminuir el nivel de estrés en un futuro y así mejorar el bienestar y la formación del estudiante respecto al prácticum de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VIII

Session of Oral Brief Presentations VIII

AUTORES/AUTHORS:
Juyoung Ha, Koeun Lee

TÍTULO/TITLE:
Image of Nurses and Career Identity Perceived by Nursing Students in South Korea

The public image of nurse are considered the symbol of compassion, warmth, saving lives and giving hope to injured of despairing people throughout the few decades. While those types of image will hold outstanding view of nursing, nurses and the role they play in health care. Moreover, public images are closed to job identity of students. Positive public images reinforce the professionally held self-identity. On the contrary, poor public images of nursing, often sociocultural-mediated rather than based in fact (e.g. girl Friday, wife, sex object) result in negative identity.

1. Objectives
This article reports how nursing students perceived themselves in terms of image and professional identity and the relationship between them.

2. Methods
The subjects were 273 nursing students of P University in B city, South Korea. The 4th grade students were excluded based on the result of previous research that the experience of clinical practicum influenced the image of nurses. Data were collected from March 6th to 12th, 2012 using a self-reported questionnaire which included image of nurses by Yang (1998) and career identity by Kwon (2002). The collected data was analyzed with the SPSS Win 18.0 statistics program.

3. Results
1) Characteristics: The subjects consisted of 87(31.9%) freshmen, 89(32.6%) junior and 97(35.5%) senior students. the participants' age of the nurses was 19.81 years (SD 1.72). Of students selected 20.5% were Christian and 13.9% believed Buddhist.

2) Nursing image and career identity related to general characteristics: The average score of image of nurses and career identity were 103.91 (score ranged of 28-140), and 35.92 (score ranged 14-56), respectively. Significantly freshmen ($P<0.01$) are higher than senior in both domains. That is freshmen had positive nurse images and job identity than junior and senior students. There was a significant difference ($P<0.001$) in the image of nurses according to grade, college students' satisfaction when admitted and current satisfaction of their major. There was a significant difference in a career identity according to grade, religion, college students' satisfaction when admitted, and current satisfaction of their major. The majority of students reported a positive college student' satisfaction when admitted and current satisfaction of their major.

3) Correlation with nurses' image and career identity: Image of nurses was positively correlated with career identity ($P<0.001$). It can be concluded that positive nurses' image and higher career identity are related.

4. Discussion
The findings of this study suggest that we should identify the factors influencing dissatisfaction with major and develop the strategies for high level of satisfaction in nursing students. Moreover, intervention programs based on the findings from this study need to develop in order to enhance the positive image of nurses and the level of career identity for nursing students.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
Kim, B. W. (1997). Career decision level and career preparation behavior of the college students. Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.
Kwon, Y. H. (2002). Effect of ready planned self-esteem program through MBTI on interpersonal relationship and career identify of

nursing college students. Master's thesis. Keimyung University, Daegu.
Holland, J. L., Diger, D. C., & Power, P. G. (1980). My vocational situation. Palo Alto. CA: Counseling Psychology Press.
Yang, I. S. (1998). A study on the image of the nurses and determinants the image. Journal of Korean Academic of Nursing Administration, 4(2), 89-306.

AUTORES/AUTHORS:
ARETI STAVROPOULOU, THEODORA STROUBOUKI, FRANCIS BILEY, STEPHANIE PERRETT, PANAGIOTIS PAPATHEODOROU

TÍTULO/TITLE:
Coping with HIV: A Study on Negotiating Uncertainty after an HIV Positive Diagnosis; an EU collaborative project.

Aim
The aim of the present study is to describe how people negotiate uncertainty after an HIV positive diagnosis. Specific questions were asked in order to initially explore these objectives. These included: “What are the physical, psychological and social experiences of those living with HIV?”, “Can adaptive stages be identified throughout the course of infection?”, “How do people adjust to changes (if any) experienced due to the virus?”
Background
People with HIV are living longer as a result of advances in antiretroviral treatment. Research is needed to examine how people cope and adapt to having HIV today (Farber et al, 2000), particularly as the life expectancy for those living with HIV has increased (Tassie, 2002; Blower et al, 2003; Richman et al, 2004; May et al, 2011).
People may live with HIV for many years after diagnosis with little or no noticeable change in their health, but learning to cope with an HIV/AIDS diagnosis, like learning to cope with any other chronic health condition, can be quite challenging. This study will closely explore the lived adaptive experience of those living with HIV, taking into account the issues that may make it different from other chronic conditions.
Methodology
Data was collected randomly in accordance with Glaser’s grounded theory method. Participants were chosen who had knowingly been living with HIV for a minimum of 3 years and were over 18 years of age. Recruitment took place at a local genito-urinary medical (GUM) clinic where the majority of HIV testing, treatment and care for the local population takes place. Eight white British men between the ages of 24 and 57 years took part in the study. With one exception, each participant was interviewed twice, therefore a total of 15 interviews took place.
Ethical Considerations
Full ethical approval for the study was granted from the co-ordinators of NHS Research Committee (COREC). Ethical considerations were taken into account and voluntary participation to the study was confirmed. Anonymity was emphasised and potential participants assured for confidentiality of their responses. Participants’ rights to withdraw from the study at any time were also stated.
Data Analysis
Data analysis took place immediately after each interview. Memos were made by the researcher following the interview, and afterwards by re-listening to the tapes and reading the transcripts in order to identify recurring themes. In a process of ‘open coding’, categories and properties were identified as they emerged from the data. Two analytical methods were used at this stage: asking questions and constant comparison. Questions were repeatedly asked of the data such as “what is this data a study of?”, “what category does this incident indicate?” and “what is actually happening in the data?” (Glaser, 1978).
A line by line analysis of the transcripts took place and categories were labeled as they were identified. Categories earned their way into the theory through their continual and repeated emergence. From this stage the emergent core categories were identified and taken forward again through constant comparison into theoretical coding. Data saturation was reached when categories continued to be repeated in the data and constant comparison failed to reveal any further aspects to the categories.
Results
The data resulting from this study clearly and uniquely demonstrated the way in which a group of individuals have adapted (and are

adapting) to being HIV positive. 'Negotiating uncertainty' emerged as the core concept and action responsible for adaptation. Negotiating uncertainty was demonstrated by seven subcategories representing the movements between anticipating hopelessness and regaining optimism.

• considering risks,
• seizing opportunities
• planning for the future
• assuming direction
• strengthening through hope
• broadening vision
• existing as was

Continual movement between categories and subcategories established adaptation as an active, dynamic and often proactive process. Such movements could take place at any time and often occurred simultaneously as uncertainties were negotiated and certainties sought to strive towards an adaptive state of regaining optimism.

Conclusion

The research that is presented here provides an insight into the role of uncertainty in those who are living with HIV and adds a contemporary perspective to existing research. Conceptually, it provides further understanding of the role of uncertainty in relation to life-course planning, self-identity and the perception of and passing of time. Each subcategory demonstrates an active process of taking practical steps to battle under the shadow of uncertainty in order to regain optimism and move forward and positively adapt.

Implications for practice and/or policy

• The research will present a theoretical model of adapting to uncertainty that can be used to assist nurses in caring for those with HIV, and possibly other long term conditions.
• Nurses can help people with HIV by promoting strategies that enable positive adaptation.
• The results of the study should help volunteer bodies, nurses and other health care professions plan interventions that can maximise positive adaptation, wellness and quality of life.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Blower S M, Aschenbach A N & Kahn J O (2003) Predicting the transmission of drug-resistant HIV: Comparing theory with data, The Lancet Infectious Diseases, 3, 1, 10-11
2. Farber E.W., Schwartz J. A. J., Schaper P.E., Moonen D.J., and McDaniel J.S., (2000) Resilience Factors Associated With Adaptation to HIV Disease Psychosomatics, 41, 140–146
3. Glaser B (1978) Theoretical Sensitivity, Mill Valley, Sociology Press
4. May M, Gompels M, Delpech V et al (2011) Impact of late diagnosis and treatment on the life expectancy in people with HIV-1: UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Study. British Medical Journal 343, d6016
5. Richman D D, Morton S C, Wrin T, Hellmann N, Berry S, Shapiro M F & Bozzette S A (2004) The prevalence of anti-retroviral drug resistance in the United States, AIDS, 18, 2, 1393-1401
6. Tassie J M, Grabar S, Lancar R, Deloumeaux J, Bentata M & Costagliola D (2002) Time to AIDS from 1992 to 1999 in HIV-1 infected subjects with known date of infection, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 30, 1, 81-87

AUTORES/AUTHORS:
Juyoung Ha, Youngshin Yoon, Kyongok Park, Myungsoun Kang

TÍTULO/TITLE:
The Effect of Abdominal Massage and Meridian Acupressure on Constipation in Long-term Care Residents

1. Objectives

Constipation is a common problem in elderly. The troublesome condition is more prevalent among women than men. Several studies have found association between constipation and decreased health-related quality of life. Among many treatment used in constipation management, abdominal massage and meridian acupressure appear to decrease the severity of abdominal discomfort and constipation symptoms. Thus, this is a report of a study conducted to evaluate the effect in long-term care residences with constipation receiving abdominal massage and meridian acupressure.

2. Methods

The subjects were 14 women of one long-term care facility in B city, South Korea. To assess the degree of constipation, a constipation assessment scale was used. To evaluate the effect of massage and acupressure, the aspect of constipation was measured using a bowel movement frequency per week, hardness of stool, bowel movement difficulty, and time to defecate. Each individual received abdominal massage and meridian acupressure ; the Hapkok(LI4), Jigu(TE6), and Kokchi(LI11) acupoint. The treatment were administered for 15minutes per session for 6days/week for 2weeks. Data were collected from October 24th to November 13th, 2011 and the collected data was analyzed by descriptive statistics and repeated measures ANOVA using the SPSS Win 18.0 statistics program.

3. Results

Subjects ages ranged from 65 to 90 years (M=80.5). Participants reported increased the mean of bowel movement frequency per week from 1.86(Day1) to 2.50(Day7), 2.92(Day14), respectively. The mean score of bowel movement difficulty decreased from 2.20(Day1) to 1.20(Day7), 0.93(Day14), respectively. The mean score of time to defecate shortened from 1.83(Day1) to 1.61(Day7), 1.14(Day14), respectively.

4. Discussion

Limitaions of this study include the small sample size, the lack of a control group, and the study design. Despite these limitations, we recommended that abdominal massage and meridian acupressure may be cost-effective in the long-term and it is relevant to consider it when managing constipation. Use of massage therapy could stimulate bowel motion and improved the discomfort of elderly. Therefore, nurses who caring elderly in long-term care hospitals should know the appropriate massage and acupressure techniques to help patients prevent and relieve constipation.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Lamas, K., Lidholm, L., Engstrom, B., & Jacobsson, C. (2010). Abdominal massage for people with constipation: a cost utility analysis. Journal of Advanced Nursing, 66(8), 1719-1729.
Lei, T. K. T., Cheung, M. C., Lo, C. K., NG, K. L., Fung, Y. H., Mong, M., & Yau, C. C. (2011). Effectiveness of aroma massage on advanced cancer patients with constipation: A pilot study. Complementary Therapies in Clinical Practice, 17, 37-43.
Chen, L., Su, Y., Su, C., Lin, H., & Kuo, H. (2008). Acupressure and meridian massage: combined effects on increasing body weight in premature infants. Journal of Clinical Nursing, 17, 1174-1181.
Ayas, S., Leblebici, B., Sozay, S., Bayramogul, M., & Niron, E. A. (2006). The effect of abdominal massage on bowel function in patients with spinal cord injury. American Journal of Physical medicine & Rehabilitation, 85(12), 951-955.

AUTORES/AUTHORS:
Bruno Maertens, Peter Verster, Johan Poel, Philip Moons, Leentje De Bleser

TÍTULO/TITLE:
Vital signs in a residential care facility: Which, What and Who?

Objectives
Admission to hospital of older persons living in a residential care facility (RCF) has an influence on their physical, mental and functional status. Yet, it is not clear how a resident is diagnosed as 'a person with acute physical deterioration who needs to be transferred to a hospital' Therefore, this study focusses on the importance of the vital signs obtained just before admission to the hospital to make a correct diagnosis and prevent iatrogenic co-morbidities. The goals of this study are to identify: 1) which parameters are obtained in residents of an RCF; 2) what is the frequency of taking the parameters; 3) who takes them; and 4) are the parameters transferred in case the resident needs to be admitted to the hospital?

Methodology
In March 2012, 160 healthcare workers of four Armonea RCFs (region Antwerp, Belgium) were asked about their parameter taking routines in residents (e.g. blood pressure, temperature, saturation, weight, breathing frequency, heart rhythm, …) using a questionnaire (cross-sectional design). The response rate was 63% (31 nurses, 56 healthcare assistants, 10 nursing students, 3 healthcare assistant students and 1 manager). All data were processed using Excell®. This study was approved by the ethics committee of the University Hospital of Antwerp, Belgium. (B300201213208).

Results
According to the respondents (n=101) the temperature, blood pressure and heart rhythm were taken by 98%, 97%, and 94% of the interrogated, respectively. The vital parameters that were less obtained are: the frequency of breathing (51%) and the saturation (44%). With regards to the notation of the parameters in the residents' file, the following results were represented; blood pressure (98%), temperature (94%), heart rhythm (84%), saturation (35%) and frequency of breathing (34%).
The overall frequency of vital sings in the different RCF can be described as follows: >1/day: 11/98 (11%), 1/day: 20% (20/98), 1/month: 11% (11/98) and if necessary: 40% (39/98).

In 93% of the cases, the nurses obtained the parameters, followed by 69% of the healthcare assistants. The frequency of obtaining the parameters is less clear, according to 39% of the subjects this only occur when it is estimated to be necessary. According to 92% of the participants (n=97), the parameters were transferred at admission of a resident to hospital; six percent responded that they were not given along and two percent indicated they did not know.

Discussion
Because nurses are mostly responsible for taking vital signs by residents the results of this study added an important value to practice. More specific, it can be concluded that vital signs are obtained in the residents (except for the saturation and the breathing frequency). Yet, there can be differences established between the obtaining of the parameters and their representation in the resident's file. With regard to the frequency of taking parameters, it is obvious that there is no protocol in the participating RCF. The majority of the respondents stated that the obtained parameters are transferred to the hospital when a resident is to be admitted.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Charette S. Hospitalization of the nursing home patient. JAMDA 2003; 4(2):90-94.

Ong AC, Sabanathan K, Potter JF, Myint PK. High mortality of older patients admitted to hospital from care homes and insight into potential interventions to reduce hospital admissions from care homes: the Norfolk experience. Arch Gerontol Geriatr 2011; 53(3):316-319.

AUTORES/AUTHORS:
Jose Augusto Gomes, Manuela Martins, Narcisa Goncalves, Carla Fernandes

TÍTULO/TITLE:
Nursing rehabilitation and Quality in inpatient units

The Portuguese Order of Nurses (Ordem dos Enfermeiros - OE), defines in the common skills of the nurse specialist, a knowledge in a specific field of nursing, assuming among other common skills, the continuous improvement of quality of care in the areas of structure, process and outcome (OE-PT- Regulamento nº 122/2011). Consequently, the rehabilitation nursing as a specialty of nursing, must bring out the determinants of the quality of their care in a perspective of continuous quality improvement. Being aware of this problematic we wondered about "What attributes are necessary to integrate in order to evaluate the quality of nursing care in rehabilitation in medicine inpatient units?"
With this study, we plan to achieve some goals, including the interest in developing the conceptual knowledge in the area of quality management in health; compose a journey to identify the factors that contribute to the quality of nursing care rehabilitation in inpatient units, identify the instruments used in quality assessment and propose an assessment instrument to practice nursing rehabilitation.

Method:
The methodology was based on the model proposed by Avedis Donabedian, in the 60s, as part of health quality. Donabedian, developed a model for assessing the quality that has become the standard in the field of health services. (Revere et. Al., 2004). Nowadays is still considered "the great master of health quality" (Mezomo, 2001). This model of quality assessment is based on a triad of three essential components: Structure, Process and Outcomes. We employ a qualitative research conducted in medical services from a North hospital, through semi-structured interviews. 12 nurse specialists in rehabilitation nursing throughout the month of February 2011. The speeches made by interviewees, have been assessed by using the content analysis according to the model developed by Bardin, i.e., all the interviews were examine and made their encoding. Were organized frameworks, and defined: themes, categories, sub-categories and registration units.

Results:
The subjects of the study are between 27 and 47 years old, standing the average age at 33 years, seven were female and five were male. The results emerged from the narratives of the participants translate into a set of attributes that illustrate the model proposed by Donabedian, based on three components of care: structure, process and outcome, along with the familiar continuous improvement cycle proposed by Deming. After analyzing the content of the narratives, following the model of Bardin (2004), the results that emerge from the narratives of the participants are organized into 12 thematic areas, with 35 categories and 138 subcategories.
From the structure, five themes emerged with fourteen categories:
Premises equipment
• Physical space
• Work Environment
Equipment
• Updating equipment
• essential Equipment
• Need of impromptu technical means
Human resource
• Provision of rehabilitation nurses

Service team assistance:
• Nurses
• Doctors
• Health Technicians
• operational assistants
Organizational resources
• Types of training
• Process training
• Research
• Protocols of action
In case arose four themes and sixteen categories:
Investigation and diagnosis
• Collection of Data
• Documentation of the initial evaluation
Planning
• Establishment of priorities
• Healthcare plan
Nursing activities
• Feeding
• Elimination
• Mobility
• Promotion of autonomy
• Respiratory Kinesiotherapy
• Risk prevention
• Interaction with family
• Promotion of social interaction
• Network Support
• Management processes
• Continuity of the process

Process Evaluation
• Results in the patient
Finally, from the evaluation of the results emerged three categories and five subcategories:

Assessment tools
• Audits
• Validated Scales
Sensitive indicators to the patient
• Gains in health
• patient and family Satisfaction
Results of the performance evaluation of human resources
• Performance Evaluation

Discussion:

During this study, we feel during the interviews, the need for a quality culture, which reinforces the need for training and professional involvement in a policy of continuous quality improvement.

Through content analysis of the interviews we were able to identify a set of elements considered essential to quality nursing and rehabilitation and that were essential to propose an instrument for Quality Assessment in Nursing Rehabilitation Inpatient Units (IAQERUI from the in Portuguese " Avaliação da Qualidade da Enfermagem de Reabilitação em Unidades de Internamento"). The IAQERUI is an instrument consisting of 133 questions 56 to Structure; 57 for the procedure, and 20 for the results, and has the underlying model of Donabedian and the findings of the interviews narratives. We believe that this is the beginning of a journey in search of endless cycle of continuous improvement of care, and propose that the instrument (IAQERUI) would be improved, tested and validated in further studies.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

•MEZOMO, João Catarino – Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. 1ª ed. São Paulo: Editora Manole, 2001. ISBN 85-204-1263-7

•REGULAMENTO nº 125/2011. D.R. II Série. 35 (2011-02-18) 8658-8659

•DONABEDIAN, Avedis – An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press, 2003. ISBN 0-19-515809-1

•BRANCO, Rui Fazenda – O movimento da qualidade em Portugal. Porto: Grupo Editorial Vida Económica, 2008. ISBN 978-972-788-261-8

•GOMES, Bárbara Pereira - Contributos da formação para o desenvolvimento de competências na área de enfermagem de reabilitação. Texto Contexto Enferm. 15:2 (2006) 193-204. [Consult. em 13-12-2010]. Disponivel em http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a01v15n2.pdf

•HESBEEN, Walter – A Reabilitação: criar novos caminhos. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-43-6

•REVERE, Lee; BLACK, Ken; HUQ, Ahsan – Integrating Six Sigma and CQI for improving patient care. The TQM Magazine. 16:2 (2004) 105-113. [Consult. em 05-04-2010]. Disponívelhttps://webvpn.uminho.pt/http/0/www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet ontentType=Article&Filename=Published/EmeraldFullTextArticle/Articles/1060160203.htm

•ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem – Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, 2002

•BARDIN, Laurence – Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 2004. ISBN 972-44-1214-8

AUTORES/AUTHORS:
Sehriban Serbest, Zehra Kan Öntürk, Ükke Karabacak, Saliha Koç, Fatma Eti Aslan

TÍTULO/TITLE:
The Use of Nursing Diagnoses in Turkey: where do we make a mistake

Objective
This study was done for determining nursing diagnoses that are used for patients at a private health care group's inpatient services.

Methods
The type of this study is retrospective and descriptive. The main group of the study consisted of 115417 patients' closed medical records that have received treatment in a private medical group in all branches. The sample consisted of 386 patients closed medical records which was selected from the 0.05% of the main group.
Data were collected with closed medical registration form that were comprised by researchers for examining nursing care plans. This form had two parts; first the questions about medical diagnoses and personal details, second the questions about the way of determining nursing diagnoses. NANDA-International nursing diagnoses and the Functional Health Pattern was used as a guide to examine nursing diagnoses. Percentage distribution was used in analysing the data.

Results
The mean age in the closed medical records of the evaluated patients is 42.2, mean hospitalisation day is 3.8 days. In patient care plans, 1950 nursing diagnoses were identified in which present and risk diagnosis ratios were %18.9 and %81.1 respectively. The name of the diagnosis (99,5%), the use of NANDA nursing diagnoses according to functional health pattern assessment framework (96,1%) and accurate risk diagnosis (92,6%) were all determined to be written correctly in the majority of the nursing diagnoses. Diagnostic characteristics/presence of evidence and accurate use of Turkish in writing the problem-etiology-symptom have the least amount of ratio in nursing diagnoses. According to the functional health patterns, 44.2% of the nursing diagnosis was in health perception, 21.9 is in activity-exercise pattern, 13.6 is related to nutrition-metabolic pattern. Role-function pattern (%0.3) and sleep-resting pattern (%0.9) had the least ratio. There was no nursing diagnosis about sexuality-reproductive and value-belief patterns in nursing care plans.

Discussion
The results show that nursing diagnoses were used in care plans, but there were difficulties about expression of the diagnosis. Thus it's suggested that establishing guidelines correctly for using nursing diagnosis; organizing work shops for nurses to enhance their ability of determining nursing diagnosis and critical thinking; making progressive research that evaluates the relationship between nursing diagnosis, practises and patient results.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1. Birol, L.(2009) Hemsirelik Süreci Hemsirelik Bakiminda Sistematik Yaklasim. Etki Matbaacilik, Izmir.

2. Brokel JM., Avant KC., Odenbreit, M. (2012) The Value of Nursing Diagnoses in Elektronik Health Records. Herdman,T.H. (Ed.) NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions &Cassification, 2012-2014. Oxford:Wile-Blackwell.

3. Craven, R.F.,Hirnle C.J. (2009). Fundamentals of Nursing Human Health and Function . Lippincott Williams&Wilkins,6th ed.

4. Müller-Staub, M. (2009). Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. International Journal Of Nursing Terminologies & Classifications, 20(1), 9-15.

5. Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M., & Van Achterberg, T. (2007). Improved Quality of Nursing Documentation: Results of a Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes Implementation Study. International Journal Of Nursing Terminologies & Classifications, 18(1), 5-17.

6. Müller-Staub, M., Lavin, M., Needham, I., & Van Achterberg, T. (2006). Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. Journal Of Advanced Nursing, 56 (5), 514-531.

AUTORES/AUTHORS:
mohsen shahriari

TÍTULO/TITLE:
Nursing Ethical Values, An integrated literature review

Background & Objectives:
Recognition and definition of nursing ethical values in various communities can help nurses have mutual understanding in international level. It can also bring nurses closer to reach a common meaning of care in patients with different cultures. However, there is a paucity of research particularly in the Iranian context to deeply explore nursing ethical values.
This literature review was utilized on nursing ethical values in order to determine and definition of ethical values for nurses.
Methods:
This review was conducted by following the guidelines of the Centre for Reviews and Dissemination Guidelines. Key words used to identify relevant sources were Nursing, Ethics, Ethical values, Nursing values, and literature review. The search of articles in English language was carried out from January 1995 to Sep 2010 using the Medline, CINAHL, Pubmed, Scopus, Ovid, and Proquest databases. The search of articles in Persian language included databases of Magiran, SID and Irandoc publications. After assessing and analyzing, 17 articles which had a distinct definition of ethical values were chosen and subjected to a thorough study. The textual data and their definition characteristics were given on each ethical value and then by summarizing and their characteristics were separately defined.
Results:
Base on included articles in this study, we determine 10 nursing ethical values including; Human dignity, Privacy, Justice, Autonomy in decision making, Precision and accuracy in caring, Commitment, Human relationship, Sympathy, Honesty and Individual and professional competency.
Discussion:
This study showed common ethical values are generally shared within the global community. However, in several areas, influences of social, cultural, economical status and religious beliefs on values result in different definition of these values.
This study revealed base on humanistic nature of nursing, common value in nursing was protect of human dignity and respect to patient.
Recognizing and definition of ethical value can help to improve nursing practice and uses of them to develop codes of ethics.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1. Jhonstone MJ. Bio Ethics: a Nursing Perspective. 4th edition, Churchill Livingstone Pub, 2004. P 120-4.
2. Chitty KK, Beth BP. Professional Nursing Concepts & Challenge. Fifth edition, Saunders Elsevier, 2007. P 522-5.
3. King CA, Broom C. Ethics in perioperative practice-values, integrity, and social policy. Association of Operating Room Nurses AORN Journal. 2002; 76: 1047.
4. Abaszadeh A, Abedi, HA, Sharif F, Ghofrani F. A Model of Develop and Assess of Nursing Ethical performance. Teb and Tazkye Journal , 2001; 47: 59-66(in Persian).
5. Nursing and Midwifery Council. The NMC code of professional conduct:standards for conduct, performance and ethics. The Nursing and Midwifery Council of England. 2004.
6. Jormsri P, Kunaviktikul W, Ketefian S and Chaowalit A. Moral competence in nursing practice. Nursing Ethics. 2005; 12: 582.
7. Horton K, Tschudin V and Forget A. The value of nursing: a literature review. Nursing Ethics. 2007; 14: 716-40.

8. Tschudin V. Ethics in Nursing the Caring relationship. Translated by Baligh N, Medical Ethics Research Center, Tehran, 1994, p 242.
9. Shih F, Lin Y, Smith M, et al. Perspectives on professional values among nurses in Taiwan. Journal of Clinical Nursing. 2009; 18: 1480-9.
10. Verpeet E, Meulenbergs T, Gastmans C. Professional values and norms for nurses in Belgium. Nursing Ethics. 2003; 10: 654-65.

AUTORES/AUTHORS:
Lívia Silva, Ramon Penha, Maria Júlia Silva

TÍTULO/TITLE:
Relationship between beliefs spiritual/religious and spiritual well-being of the nursing team of a hospital in Sao Paulo

Objective: This exploratory quantitative study aimed to investigate the relationship between spiritual beliefs / religious and spiritual well-being of nursing staff at HU / USP and describe if there is significant difference between their sectors. Methods: We applied the tools Durel (Duke Religious Index) and EBEE (Scale of Spiritual Well-Being - Portuguese Version) in 118 individuals from various sectors of the HU / USP. Results: The study showed that 93.2% (n = 110) claim to have any religion and the Catholic religion with the highest prevalence (48.3%), followed by Protestant (25.3%) and Spiritist (22.9%). Just as 55.9% (n = 66) of the sample to be noted practitioner of any religious individual daily activity. Regarding EBEE, 83.4% (n = 98) of respondents had overall mean of 32.28 (sd = 10.958), setting a low score. In its subscales, the Existential Well-Being, 76.7% (n = 90) of participants had a mean of 15.5 and Welfare Religious 78.3% (n = 92) had an average of 14.5 also considered low. Conclusion: Although the majority belonging to any religious denomination (93.2%) and daily individual practice any religious activity (55.9%), the indicators showed low score of Welfare, which may indicate that either have no religious practices been sufficient to generate the high professional Spiritual Well-Being, or that the hospital environment demands that professionals pay more attention to these issues and the need for spiritual care. The study found no variation between the sectors, ie, independent of the workplace indices Spiritual Well-Being were low. We conclude that this first experience using the EBEE Durel and a team of Nursing serves as a warning to the spiritual stress suffered by these professionals in the hospital environment, and that only individual efforts may not be sufficient to overcome such wear. Are also limitations, since there are no similar studies that could make allowances for comparing analysis results.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB, Handbook of Religion and Health. 2000;New York: Oxford University Press.
2. Delaney C. The spirituality scale: development and psychometric testing of a holistic instrument to assess the human spiritual dimension. J Holist Nurs. 2005; 23(2):145-67.
3. Penha RM, Silva MJP. Conhecimento e percepção da importância do atendimento da dimensão espiritual pelos graduandos de enfermagem. Mundo Saúde. 2007; 31(2):238-45.
4. Boyd C. Purcell. Spiritual abuse. Am J Hosp Palliat Care. 1998;15:227.
5. Penha RM. A expressão da dimensão espiritual A expressão da Dimensão Espiritual no cuidado de enfermagem em Unidade de terapia intensiva [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
6. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Neto FL, Koening HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. Rev. Psiq. Clín. 2008;35(1)31-32. 7. Daaleman TP, Frey BB. The spirituality index of well-being: a new instrument for health-related quality-of-life research. Ann Fam Med. 2004;5(2):499-503. 8. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. Rev. saúde pública. 2003; 37(4):440-5.

AUTORES/AUTHORS:
Ozge SUKUT, Gul CAKIR, Zeliha SAYAR, Makbule BATMAZ

TÍTULO/TITLE:
Assessment of Legibility of Doctors' Handwriting by Doctors and Nurses

Objectives: There are 5 important rights to medication safety. These are right patient, right drug, right dose, right route, and right time. Any mistake of each step can cause death, so these rights are extremely important in treatment (Velo and Minuz 2009).
From now on, every record has seen every health professionals who is in the health team (Sokol and Hettige 2006). Doctors have legibility handwriting among the health occupations (Schneider et al. 2006). Most common reasons of the legibility handwriting are lettering fast, inadequate lighting, improper writing surface, fatigue, and disremember the medicine name (Asicioglu and Canturk 2003).
The other health professionals cannot read the documentaries cause of the doctors legibility and fast writing (Sokol and Hettige 2006). Bad handwriting can lead to prescriptions errors and causes to read wrongly of the letters (Lyons et al. 1998). Legibility handwriting may not lead only the medicine errors, it also interpret other important notes wrongly like blood transfusions (Moore and Foss 2003).
The study was carried out to assessment of doctors' legibility handwriting by doctors and nurse, and their consideration about doctors' legibility handwriting.
Method: The study was carried out descriptively, in one state hospital in Istanbul which by selected at randomly (lottery method) with written permission between 2nd and 6th March, 2012. The target population of the study is 210 doctors and 192 nurses. The sample was included 60 doctors and 88 nurses who accepted to participate in the study, and were in the hospital during the data collection. The data was collected by two surveys which were created by researches. The doctors' survey was included 29 items and the nurses survey was included 16 items. The data was evaluated by using mean, descriptive statistics, chi square and t test.
Results: The mean age of the doctors was 34.8±8.42. 68% of them were men, 91% of them used their right hand, 40% of them stated that their handwriting is good and 43% of them thought that their handwriting is moderate by others. 48% of the doctors stated that their handwriting was starting worse when they were in university. 65% of the doctors thought that their handwriting was getting worse when they were writing their patients' observation, prescription or orders. It was found that 27% of them sometimes cannot read their own handwriting. The doctors stated that they had to write faster and when they hadn't enough time, their handwriting was getting worse. 56% of the doctors stated that their handwriting gets worse when they need to write faster, while 43% stated that their handwriting gets worse because of not having enough time. 38% of the doctors told that nurses asked them what the meaning of their handwriting was. %56 of the doctors believed that the legibility of handwriting didn't cause any medicine error. There is no significance between gender and handwriting ($p>0.05$).
The mean age of the nurses was 31.5±8.03 and the average working period of time was 9.73±7.98 years. 59% of the nurses stated that doctors' handwriting is moderate, 35% of them stated that they frequently can't read the doctors' handwriting and 33% of them stated that they mostly can't understand the doctors' medical abbreviation. 87% of the nurses mostly had problems on prescriptions and orders cause doctors' handwriting. 32% of the nurses mostly thought legibility of handwriting on the prescription or orders causes medicine errors. 33% of the nurses told legibility of handwriting cause time loss to take an approval for doctors. 40% of the nurses experienced that the doctors don't write the medicine route (oral, iv, sc. etc.). %75 of the nurses thought that computer output can help the legibility of doctors' handwriting. The nurses frequently can't read doctor's handwriting who stated doctor's handwriting is bad than moderate ($p<0.01$).
Discussion: Nurses thought that legibility of doctors' handwriting can cause medical errors. Most doctors thought that legibility of doctors' handwriting can't cause medicine errors; they should realize the effect of their legibility handwriting. Most literature stated that

these problems can lead fatal consequences in health clinics (Velo and Minuz 2009, Lyons et al. 1998, Moore and Foss 2003). Nurses and doctors both thought computer output can solve this problem. Written computer outputs are suggested to prevent medical errors. Some hospitals started to use computer output prescription, but it should be widespread in hospitals in Turkey. But if all orders make with on computer, it may affect communication negatively (Shachak et al 2009). The areas that the digital technology is used should be determined by health professionals.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Asicioglu F, Canturk G (2003): Hekimlerin Okunaksiz El Yazisinin Yol Actigi Sorunlar: Bir Anket Calismasi. Adli Bilimler Dergisi, 2(1): 13-22.
2. Lyons R, Christopher P, McCabe M, Fielder C (1998): Legibility of doctors' handwriting: a quantitative comparative study. BMJ; 317:863–864.
3. Moore B, Foss ML (2003): Ordering Blood for the Wrong Patient—Getting Inside the Minds of Ordering Physicians. Mayo Clin Proc.; 78:1337-1339.
4. Schneider KA, Murray CW, Shadduck RD, Meyers DG (2006): Legibility of doctors' handwriting is as good (or bad) as everyone else's. Qual Saf Health Care;15: 445-448.
5. Shachak A, Hadas-Dayagi M, Ziv A, Reis S (2009): Primary Care Physicians' Use of an Electronic Medical Record System: A Cognitive Task Analysis. J Gen Intern Med 24(3):341–348.
6. Sokol D, Hettige S (2006): Poor handwriting remains a significant problem in medicine. J R Soc Med.; 99(12): 645–646.
7. Velo GP, Minuz P (2009): Medication errors: prescribing faults and prescription errors. British Journal of Clinical Pharmacology. 67(6):624-628.

AUTORES/AUTHORS:
Eva Van der Linden, Aike De Backer, Kelly Driessen, Anna Godlewska, Sabrina Militari, Ayse Yucelbas

TÍTULO/TITLE:
Immigrants without legal residence papers in Flanders (Belgium): what about healthcare?

Objectives
Intercultural medical contacts are complicated, mainly because of language and cultural barriers. The purpose of this study is to describe the problems migrants without legal residence papers in Flanders (Belgium) face when it comes to healthcare. To what extent do these migrants have knowledge on the health care system in Belgium? What obstacles do they encounter regarding religion, ritual acts, shame and taboos? To which extent communication plays a role in all this?

Methods
A qualitative, cross-sectional study was conducted from October '11 until May '12. The first respondents were contacted by five researchers in a public place. Through contacts of these interviewees more participants were recruited. Based on semi-structured questionnaires, 72 migrants without legal residence papers were interviewed (in Dutch, French, English, Turkish, Polish or Italian) in Antwerp and Brussels. Each interview took 30 minutes to an hour and aimed to collect information about general personal data and some specific data on "medical emergency", privacy rules, religion, rituals, taboos, shame and communication. The interviews were recorded by the researchers after obtaining informed consent of the respondents.

Results
The 72 respondents mainly came from Poland (23), Turkey (13) and Morocco (12). The majority were Muslim (37) and Catholics (28). Only seven respondents, Muslims, experienced obstacles such as contact between a male doctor and female patient, no ability to pray at the correct time and with the correct preparation and not having the time to put the headscarf when a man enters. They gave the greatest importance to fasting, wearing a headscarf and not eating pork. Main values that were described were understanding, family and respect. Taboos were particularly described as gay sexuality, tuberculosis and sexually transmitted diseases. To communicate with the caregiver, 27 respondents thought to have sufficient knowledge of the Dutch language. Taboo topics will never be raised by 35 respondents when a family member interprets. Moreover, 23 participants stated that communication causes irritation (anger, agitation, louder speaking and stress). What urgent medical care is was known by nine respondents. Of the fact that health workers are not allowed to declare undocumented migrants, 41 respondents were aware. Visits to healthcare were postponed by 62 respondents. In addition, nine respondents did not take action in disease. Preventive healthcare was not used by 51 respondents.

Discussion
A group of 23 respondents came from Poland (members of the European Community) as unregistered migrants in Belgium. Because they experience problems in accessing health care (they officially have to seek health care in their homeland) they were also included. The results of this study are indicative, but conclude that there is need to optimize health care for people without legal residence papers. More attention should be given to actions to improve the knowledge regarding healthcare. Barriers such as financial deficits, communication problems and anxiety for registration should be minimized. Solutions to the problems outlined will be pursued in a holistic approach of individual care recipient.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-Meeuwesen L., Harmsen J.A.M., Bernsen R.M.D., Bruijnzeels M.A.,.Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? Social Science & Medicine, Aug. 2006. Volume 63, Issue 9, Pages 2407-2417
-Olthuis G., van Heteren G., Multicultural health care in practice. An empirical exploration of multicultural care in The Netherlands. Health Care Anal. Sep.2003; 11(3):199-206.
-Kale E., Finset A. , Eikeland H.L., Gulbrandsen P., Emotional cues and concerns in hospital encounters with non-Western immigrants as compared with Norwegians: An exploratory study. Patient Education and Counseling, September 2011, Volume 84, Issue 3, Pages 325-331
-Nierkensa; A. Krumeichb; R. de Ridder; M. Van Dongen.The future of intercultural mediation in Belgium. Patient Educ Couns. 2002 Apr;46(4):253-9
-Kreitler S., The effects of cultural diversity on providing health services. Edtna Erca J. April –Juni 2005;31(2):93-8.

AUTORES/AUTHORS:
dolores sardo, arminda pinheiro, manuela ferreira, rosalia marques

TÍTULO/TITLE:
PERCEIVED CARE DURING LABOUR BY PORTUGUESE WOMAN

Background: The attitudes and expectations of women in relation to labor and delivery have changed greatly over the years. In the last decades, the place of birth has been the hospital, in order to achieve better results and to harmonize labor standards (OMS, 1996), we have seen a rapid expansion in the development and use of a variety of practices designed to start, accelerate, regulate or monitor the delivery process. The provided care is oriented in function of the professional and not the women. This practice excludes women from decisions about their birth and is a source of dissatisfaction (Leal 2009). During labor women face unique experiences that are influenced by context, by prior preparation and by the perceived quality of care
Objectives: To analyze the relationship between obstetric variables of pregnant women and the perceived care during labor and delivery;
To analyze the perception and importance of care during labor and childbirth, by women in labor at the dimensions of “Care provided”, “Acting in situation the pain”, “Social and family support”, “Attention to well-being”, “Attention to postpartum/ Discharge” and “Routine interventions”.
Methods: This is a transversal, descriptive and correlational study, with a no probabilistic sample of 386 women that had delivered at Portuguese Public Maternity’s.
Results: In the sample 50% were primiparous females, 58.3% had normal delivery, 56.0% with induction of labor, and 60.9% with a duration of labor less than 6 hours.
42.0% had prenatal surveillance in hospitals and private clinics, 79.6% with more than 6 appointments during pregnancy. Mostly (79.5%) had no prenatal education, 77.5% did not psychoprophylactic preparation for childbirth and 92.2% breastfed the child.
Parity influences the perceived care during labor and delivery care (p = 0.030), there is a relationship between the surveillance of pregnancy and the care perceived in labor and delivery, in what regards to the importance of action in situation of pain (p = 0.02), the importance of social and family support (p =0.015) . Preparation for childbirth by psychoprophylactic method is related with the perceived care during labor and delivery with respect to the importance of action in situation of pain (p = 0.019), As longer is labor and delivery the less important is the perceived care related to the perceived attention of care provided (p = 0.008), ro the importance of action in situation of pain (p = 0.037), to the importance of attention to the well-being (p = 0.015), perceived attention of the perceived attention well-being (p=0.045) and the perceived attention to postpartum care/ discharge(p=0.036).
Discussion: It is important that women participate actively in the birth of their babies, establishing a birth plan according to their preferences, receiving explanations on all procedures as well as support from her family/partner and of the health professionals who share with her this unique experience.
We observed that a great number of routine interventions were made, in which the supposed benefits are not based on scientific evidence. Sometimes procedures that are uncomfortable and not free from risks to the health and well-being of the women, which should lead to deep reflection of health professionals and to the changing of their practices, integrating new knowledge and taking into account the social, cultural, anthropological and ethical aspects of birth. The preparation for childbirth and parenting should be a commitment of nurses-midwives, as it enables each woman a greater satisfaction with care received during the Labor and Delivery and thereby improve reproductive health care.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

WORLD HEALTH ORGANIZATION Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. Manejo das Complicações na Gestação e no Parto. Tradução Ana Thorell. Porto Alegre : Artmed, 366p, 2005
BENNER, Patricia – From novice to expert. American Journal of Nursing. Vol.82, Issue 3 (March 1982), p. 402-407.
COLSON, Suzanne – Maternal breastfeeding positions: Have we got it right? – The Practicising Midwife [Em linha.] 2005 [S.l.] [Consult. 02 Nov. 2009] Disponível em WWW:< http://www.biologicalnurturing.com/pdfs/Colson%202005%20PM%208%2011%2029-32.pdf>

AUTORES/AUTHORS:
katayon esmaeili, mahdavi sorya, pashabadi maryam, hashemian amirhosian

TÍTULO/TITLE:
The study of frequency of Domestic Violence in pregnant women in Educational Hospital in Kermanshah in Iran

Esmaeili Katayon* .Mahdavi, Sorya. Pashabadi ,Maryam.
Address: Kermanshah University of Medical Sciences and Health Services , Kermanshah, Iran
Introduction: There are many dangerous effects that violence during pregnancy can cause for both the mother and child. A violent pregnancy is considered high risk because verbal, emotional, and physical abuse all lead to adverse health consequences for both the mother and fetus . Violence during pregnancy has been associated with miscarriage, late prenatal care, stillbirth, preterm birth, fetal injury . The aim of this study is finding the frequency of Domestic Violence in pregnant women ,who admitted for deliveries in the Obstetric Educational hospital in west of Iran in 2012 .
Material & Methods: This was a cross sectional descriptive study on 380 pregnant women that selected by census sampling. For data collection we used a questionnaire .Including demographic characteristics, some questions about physical, emotional and sexual abuse. We also used SPSS soft ware and statistical test for analyzing information.
Results: Frequency of Domestic Violence in samples was: 87.3% emotional, 52.2% sexual, and 52.6% physical.10.3% of samples was less than 20 ,and 11.3% more than 35 years old.59.2% of cases was cesarean section ,and 26% was unplanned pregnancy.
Chi-squire test showed meaningful relation between domestic violence and drug user husband (p = 0.003), unemployed husband (p = 0.03),and un-planning pregnancy(p=0.03).
Conclusion: Majority of our samples were violence (physical, emotional, and sexual) and we know Domestic Violence is a health, legal, economic, educational, and developmental and above all, a Human Rights Issue. Much has been done to create awareness and demonstrate that change is not only necessary, it is also possible .we must try to reach it.
Key word: Domestic Violence, women, Health management, Health Economic, Health policy, Kermanshah.
* MS degree in community Health Nursing Management . Faculty member of Kermanshah University .

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
- Esmaeili ,k . Gariby ,m. The study of frequency of Domestic Violence in women in Zahedan city , abstract book . National health conference. Health University. Spring /2011. Kermanshah .Iran.
- Hudson ,w .Mcintonsh , s "the assessment of spouse abuse: two quantifiable dimension" J Marriage Fall 1981;43:873-888.
-Saberian,M .Atashnafs, A. Behnam,B. "The study of domestic Violence in Women in Semnan".Journal of Medical University of Semnan city. . Iran. Winter 1993.
- Sadler,AG. Booth, BM. Nielson ,DD .Dobbeling ,BN."Health related Consequences of physical and sexual violence: women in the military . J, obstatgynecol , 2000, 96:473-480.
- Moeller, TP. Bachman ,Ga. "the combined effects of physical ,sexual, and emotional abuse during childhood : long-term consequences for women child abuse neglect Journal . 1993: 17: 623-640.

AUTORES/AUTHORS:
Havva Sert, Sevil Sahin, Kevser Ozdemir, Dilek Aygin, Tugba Bagci

TÍTULO/TITLE:
DETERMINATION OF AGGRESSIVENESS AND ANGER LEVELS OF UNIVERSITY STUDENTS

OBJECTIVES: Definitions of human aggression generally involve the intention to inflict harm on others. Aggression refers to any behavior that is hostile, destructive, and/or violent. Generally, aggressive behavior has the potential to inflict injury or damage to the target person or object. Aggression is increasing in our country as all over the world. Therefore this study aims to determine aggressiveness and anger levels of students having education in Sakarya University.
METHODS: The study was conducted in descriptive model on 215 students who were studying in Sakarya University and accepted to participate in the study between November- January 2012. Institutional approvals were taken before the study. Students were informed about the study, and upon their approvals, data were collected through interview form, Aggression Scale (AS), State- Trait Anxiety Inventory (STAI). Analyses were made in electronic environment using percentage, average, standard deviation, t-test and ANOVA analysis.
RESULTS OR FINDINGS: Age averages of the students participating in the study was 21.33±3.05 years and most of them were male (74.9%). 50.7% of the students stated their income as insufficient, 60.9% stated their families as understanding, 77.2% stated that the family decisions were taken together, 17.2% stated that their parent had fights, 15.3% stated to be exposed to violence, 11.2% of which were from their fathers. Students stated that they listened music (45.6%), read books (42.3%), and preferred to sleep (37.7%) in their leisure times. 37.7% of them defined their behavior styles as sociable, 14.0% as aggressive. While no significant difference was found between AS and STAI score averages and age ($p>0.05$), significant difference was found between Physical Aggression (PA) sub-dimension score averages of AS in male students ($t=2.641$, $p=0.010$). According to the income levels of students, significant difference was found between PA ($D=3.212$, $p=0.042$) and State Anger Control sub-dimension (SAC) of STAI ($D=4.982$, $p=0.008$). PA and AGC scores were observed to be higher in the ones whose incomes were insufficient for their expenses. Significant difference was observed between family structure, and Indirect Aggressiveness (IA) and SAC sub-dimension score averages ($D=2.717$, $p=0.031$; $D=3.355$, $p=0.011$, respectively). IA and SAC scores of the ones describing their family as indifferent and oppressive were found higher than the ones of students describing their family as understanding and excessively protective. Hostility sub-dimension score averages were found significantly higher in the students whose parents had fights than the others ($t=2.210$, $p=.028$). Significant differences were observed between behavior style and AS total score averages ($D=4.029$, $p=0.008$). As score averages of the ones describing their behavior style as aggressive were found higher than the ones describing themselves as timid, unstable and shy. While Inner Anger sub-dimension of STAI was found significantly higher in shy students ($D=6.782$, $p=0.000$), Anger Control sub-dimension score averages of aggressive ones were found higher compared to the others ($D=4.017$, $p=0.008$).
DISCUSSION: The study determined that aggressiveness and anger levels of male students were higher, the ones with insufficient income affected from family structure, fights in the family and behaviors of students. Acording to Ocel (2011) results indicate that although male participants display more indirect aggression when compared to the female, there is no significant difference between these two groups in terms of being the target of such behaviors. Similar to our findings, Kesen et al. in their studies found that there is significant relationship between the age of adolescents and t-anger and anger/out. The other result derived from the research is that the longer adolescents live in youth home the upper aggressiveness and anger levels of them become. Acording to Ersan et al. the differences among Aggression Inventory mean points according to age, gender, sections, and branches were insignificant statistically.

Key words: aggressiveness, anger, student

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REFERENCES

1. Ocel H. Üniversite Ögrencilerinde Dolayli Saldirganligin Kullaniminda Cinsiyet Farkliliklari. Edebiyat Fakültesi Dergisi / Journal of Faculty of Letters 2011;28(2): 141-155.

2. Kesen NF, Deniz ME, Durmusoglu N. Ergenlerde Saldirganlik Ve Öfke Düzeyleri Arasindaki Iliski: Yetistirme Yurtlari Üzerinde Bir Arastirma. www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos.../N.../KESEN,%20FEYZAL%20VD.pdf

3. Ersan E, Dogan O, Dogan S. Beden egitimi ve spor yüksekokulu ögrencilerinin düzeylerinin sosyodemografik açidan degerlendirilmesi. Cumhuriyet Med J 2009; 31: 231-238.

4. Archer J, Coyne SM. An integrated review of indirect, relational, and social aggression. Pers Soc Psychol Rev. 2005;9(3):212-30.

AUTORES/AUTHORS:
Havva Sert, Dilek Aygin, Sevin Altinkaynak, Pelin Ilhan, Afra Calik

TÍTULO/TITLE:
DETERMINATION OF OBESITY STATES OF UNIVERSITY STUDENTS AND FACTORS AFFECTING IT

OBJECTIVES: Obesity is a ill which has an increasing prevalance among adults, teenagers and the children and it causes various other health problems. This study was planned in order to determine obesity states of students having education in Sakarya University (SAU) and the factors affecting it.
METHODS: The study, which is in descriptive model, was conducted on 300 students who was having education in SAU between November-January 2012 and accepted to participate in the study. Before study, the approvals of institutions were taken. Students were informed about the study, and upon taking their approvals, data were acquired through interview form involving variables related with socio-demographical characteristics and obesity. Analyses were made through percentage, average, standard deviation, chi-square and ANOVA in electronic environment.
RESULT AND FINDINGS: The age averages of the students participating in the study was 20.54±1.65 years and most of them were male (60.3%). 71.0% of the students stated that they balanced their incomes and expenses, 37.3% were freshmen, and 73.0% stayed in state/private dormitories. Mothers of 72.2% of the students and fathers of 59.3% of the students were primary school graduate and 86% stated they were smoking and 92% were not using alcohol. 66.7% of them stated they were dot doing exercise and 91% not pay attention to calorie levels of foods. Body mass index (BMI) average of the students was 22.58±3.52 kg/m2, waist circumference average was 81.72±12.35 cm, hip circumference average was 97.38±9.27 cm and waist-hip proportion (WHP) average was 0.84±0.094. It was determined that 63.7% of the students were in normal, 24.0% in overweight/obese, 12.3% in slim and 19.7% in abdominal obesity (32.2% of females and 67.8% of males) group and BMI values were above normal values in 62% of them. 38.0% of them stated that they had gained weight, 50.0% that they no changes had occurred in their weight, and 39.0% that they had eaten less and 37% more in stressed situations in the last 6 months. The students were determined to eat three meals a day (64.0%), pay attention to fruit consumption (78.0%), consume both white and red meat (71.0%), prefer sunflower seed oil (68.7%) and olive oil (25,3%), consume foods chocolate (69.3%), wafer, biscuit (63.7%), potato chips (42.0%), fast food (38.7%), drink acidic beverages (46.7%), coffee (51.3%) and milk (20.3%). Our study found overweight-obese rate in males significantly higher than females (X2:42.462, p=0.000). When the obesity states were examined according to the departments students were having education, the states of being overweight+ obese of students in the Faculty of Science and Letters and the Faculty of Economics were found higher than other departments (X2:17.087, p=0.009). The rate of overweight+ obese state was found higher in the ones consuming chocolate, wafer, biscuit, potato chips and fast food than the others (X2:9.897, p=0.007), no significant difference was found according to meal number. However, the rate of overweight+ obese states was found lower in the ones feeding more than three meals (7 individuals, 14%). Significant difference was found between the ones thinking to gain weight, and the ones thinking to lose weight or to have no change in their weight in the last 6 months in terms of BMI (X2:14.875, p=0.005). 35.1% of the ones thinking to gain weight were observed to be overweight+ obese. No significant difference was found between BMI and their residence place, their grades, the educational background of their parents, the use of cigarette and alcohol, exercise, meal number, the consumption of coffee, milk, fruit, meat and oil, dieting and paying attention to the calories of foods (p>0.05)
DISCUSSION: The study determined that the rates of overweight+ obese states in students having education in the Faculty of Science and Letters and the Faculty of Economics, consuming chocolate, wafers, biscuits, potato chips and fast food and stating to gain weight in the last 6 months were higher and the states of age, income level, grade, meal number and exercising did not affect their BMI. According to study results Ozyazicioglu et al. The prevalence of overweight were higher in the male students, and the thinness were higher in female students. In Etiler et al. study the prevalence of obesity and of overweight was estimated as 7.3% and

11.8%, respectively. In contrast to our results, acording to Ozguven et al. result Frequency of underweight, overweight and obesity did not differ significantly between socioeconomic groups and genders (p>0.05).

Key words: student, obesity, body mass index

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REFERENCES

1. Özyazicioglu N, Gökdere Çinar H, Buran G, Ayverdi D. Uludag Üniversitesi Saglik Yüksekokulu ögrencilerinin beslenme aliskanliklari. Atatürk Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 12(2):34-40.

2. Etiler N, Cizmecioglu FM, Hatun S, Hamzaoglu O. Nutritional status of students in Kocaeli, Turkey: a population-based study. Pediatr Int. 2011 Apr;53(2):231-5. doi: 10.1111/j.1442-200X.2010.03206.x.

3. Ozgüven I, Ersoy B, Ozgüven AA, Erbay PD. Evaluation of nutritional status in Turkish adolescents as related to gender and socioeconomic status. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2010;2(3):111-6. Epub 2010 Aug 4.

4. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity in the United States, 2009-2010. NCHS Data Brief. 2012 Jan;(82):1-8.

AUTORES/AUTHORS:
Ali Zargaham Boroujeni, Rakhshande Mohammadi, Seyede Fateme Haghdoost Oskuei, Negar Reisi Dehkordi

TÍTULO/TITLE:
Death, The Strange Kindred: A Qualitative Study

Presenter: Ali Zargham-Boroujeni, Ph.D. Assisstant Professor, Nursing and Midwifery care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Mesdical Sciences, isfahan, Iran.

Objectives:
Despite recent progresses in medical science and technology, there is no way yet to escape death.[1-4] Ethical attitudes of nurses toward death could be influential on care giving of dying patients and their families. Nurses have to be aware about their own believes in order to be able to practice based on their responsibilities[5-9]. So, it seems that the first step toward designing an appropriate care and support system for dying patients and their families, is exploring nurses' believes and point of views. The aim of this study was to determine the concept of death from Iranian nurses' perspective to reach a new explanation for this concept in community.
Methods:
This study was conducted by qualitative research approach as a part of a bigger project. Data collection was done via semi structured interviews with 12 Nurses from 4 hospitals of Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. They had 2 to 18 years working experience in emergency departments, ICUs, CCUs and oncology wards. All interviews were digitally recorded, and then transcribed on paper and analyzed using the constant comparative method suggested by Strauss and Corbin. This method has been primarily designed to analyze data produced by Grounded theory researches and provides a good way to gain a deep understanding from viewpoints and experiences of participants about various topics[10, 11].
Results:
Through the process of data analysis, four main categories emerged: Non-avoidable ending, Ambiguity and uncertainty, Feedback for personal behaviors, and Changing attitudes toward life and death. This study showed that one of the most important ideas which help nurses to better dealing with death is belief in life after death. A brief description of each emerged themes have been provided below:
- Non-avoidable ending: Recognizing death as fate of all lives could also bring peace to the man. This sort of attitude gives the nurse a peace of mind which helps to calm dying patients and their families effectively.
- Ambiguity and uncertainty: The perspective of death which emerged from nurses' perspectives in this research is a spiritual one. They believed that their occupation with nursing reinforces this attitude and decreases their uncertainty about life after death.
- Feedback for personal behaviors: All of the participants believed in life after death, a situation in which they will face a feedback from their own behaviors in this world. In their point of view, this feedback will not be received exceptionally in the other world. They said, the man in this world try to reach a better life and they become satisfied by reaching their goals, especially if feel closer to God because of their efforts. This satisfaction could be reached when you see other people satisfied with your action too.
- Changing attitudes toward life and death: The nurses said their clinical experiences positively changed their attitudes toward death and help them to deal better with death and dying. Some of them even mentioned happy events such as birthdays, anniversaries and eves become more important in their eyes than before entering nursing.
Discussion:
This study provides a deep understanding about nurses' point of view about death which could be a base for nursing education about death and dying.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Singh AR, Singh SA. Diseases of poverty and lifestyle, well-being and human development. Mens Sana Monogr. 2008 Jan;6(1):187-225.
2. Bettini L. Death in the age of technology: one memorable hospice visit. Home Healthc Nurse. 2012 Feb;30(2):135-6.
3. Hadders H. Enacting death in the intensive care unit: medical technology and the multiple ontologies of death. Health (London). 2009 Nov;13(6):571-87.
4. Walker WM. Dying, sudden cardiac death and resuscitation technology. Int Emerg Nurs. 2008 Apr;16(2):119-26.
5. Cantor NL. The real ethic of death and dying. Mich Law Rev. 1996 May;94(6):1718-38.
6. Franca O. In Uruguay, an ethic of care for the dying. Hastings Cent Rep. 1988 Aug-Sep;18(4):S21-2.
7. Jalali-Nia SF, Salsali M, Dehghan-Nayeri N, Ebadi A. Effect of evidence-based education on Iranian nursing students' knowledge and attitude. Nurs Health Sci. 2011 Jun;13(2):221-7.
8. O'Donnell JM, Goode JS, Jr., Henker R, Kelsey S, Bircher NG, Peele P, et al. Effect of a simulation educational intervention on knowledge, attitude, and patient transfer skills: from the simulation laboratory to the clinical setting. Simul Healthc. 2011 Apr;6(2):84-93.
9. Sreedharan J, Muttappallymyalil J, Venkatramana M. Nurses' attitude and practice in providing tobacco cessation care to patients. J Prev Med Hyg. 2010 Jun;51(2):57-61.
10. Chen HY, Boore JR. Using a synthesised technique for grounded theory in nursing research. J Clin Nurs. 2009 Aug;18(16):2251-60.
11. Cooney A. Rigour and grounded theory. Nurse Res. 2011;18(4):17-22.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves IX

Session of Oral Brief Presentations IX

AUTORES/AUTHORS:
Mª Ángeles Guevara García, Raquel Vera Martínez

TÍTULO/TITLE:
Enfermería unida a la esclerosis múltiple: un campo para el desarrollo profesional mediante el uso de las redes sociale

Introducción: Las redes sociales constituyen uno de los medios de mayor intercambio de información en la actualidad y por lo tanto son un recurso importante para la génesis de conocimiento y apoyo a grupos específicos. Como enfermera he visto la posibilidad de desarrollo profesional que puede suponer, por lo que he creado un recurso dirigido tanto a profesionales como cualquier usuario, focalizado en la esclerosis múltiple.
Objetivos:
Valorar el desarrollo e implementación de un grupo sobre esclerosis múltiple en las redes sociales.
Describir el perfil de los usuarios de una red social de apoyo a la esclerosis.
Valorar la aportación de Enfermería en el liderazgo de un grupo en red como herramienta de educación para la salud y apoyo a pacientes y familia.
Metodología
Análisis descriptivo retrospectivo desde marzo hasta junio 2012 de un grupo sobre esclerosis múltiple creado en facebook, por una enfermera de medicina interna, que facilitaba los recursos al grupo tras la realización de búsquedas bibliográficas para los temas planteados, así como los recursos dirigidos a fomentar la colaboración entre los miembros y contribuir a generar una red de apoyo. La fuente de datos ha sido la página de facebook. Variables: miembros del grupo, fans, sexo, edad, amigos de los fans procedencia, idioma predeterminado, temas, recursos subidos por la enfermera, entradas. Los datos se presentan mediante frecuencias y porcentajes.
Resultados
El grupo está formado por 310 miembros entre los que se encuentran enfermeras, asociaciones de pacientes, familiares y pacientes. El 65% de los fans son mujeres, y la edad del 60% es inferior a los 44 años. Los amigos de los fans se han incrementado en un 19,12% en el último mes. Las entradas producidas por lugar de residencia fue de un 81% España, representando a todo el territorio nacional, un 15% sigue la página desde Sudamérica. El idioma predeterminado en 897 casos es el español, 35 inglés, 19 italiano, el total de idiomas ha sido de 15. Se ha aportado información referente a 46 temas, de los que un 70% está relacionado con formación y educación para la salud, y un 30% con apoyo. La enfermera a ha aportado 100% recursos. Se han producido un total de 336 entradas durante el último mes.
Conclusiones
1- El grupo en la red social se ha desarrollado facilitando la participación de todos los miembros, tanto profesionales, como pacientes y familiares, constituyéndose como una red de apoyo y una herramienta para el aprendizaje colaborativo sobre la esclerosis múltiple.
2- El liderazgo de una enfermera en el grupo permite la incorporación de información y recursos formativos basados en la evidencia.
Implicaciones para la práctica
Las redes sociales permiten el acceso de la población a recursos de educación para la salud y facilitan la creación de grupos de apoyo, abriendo nuevos campos de actuación a las enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
Silva, IzaSherolize Américo da; Marques, Isaac Rosa. Expertise and barriers in the use of resources of information and communication technology by nursing faculties / Journal of health informatics 3(1), mar. 2011.
Simpson RL. Engaged nurses lead way to improved outcomes via technology. Nursing, Cerner Corporation, Kansas City, Missouri 64117, USA.
PrietoDíaz, Vicente; Quiñones La Rosa, Ileana; Ramírez Durán, Giselle; Fuentes Gil, Zoe; Labrada Pavón, Tahimí; Pérez Hechavarría, Orlando; Montero Valdés, Melba. Impacto de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la educación y

nuevos paradigmas del enfoque educativo. Educ. med. super;25(1):95-102, ene.-mar. 2011.
Phillips J. Knowledge is power: using nursing information management and leadership interventions to improve services to patients, clients and users. J KnursManag. 2005 Nov;13(6):524-36
Mendes, Isabel Amélia Costa; Trevizan, Maria Auxiliadora; Évora, Yolanda Dora martinez. Comunicaçäo e enfermagem: tendências e desafios para o próximo milenio. Enfermagen 4(2):217-24, ago. 2000

AUTORES/AUTHORS:
Manuel Jesús Ruiz-Henestrosa Campos, David Peña Otero

TÍTULO/TITLE:
Analizadores a pie de cama (POCT) vs analizadores en laboratorio central (patrón oro). Un estudio casos control

La determinación rápida de las alteraciones metabólicas y respiratorias minimiza el tiempo de respuesta terapéutica y aumenta el control de calidad de la atención sanitaria. [1,2,3,4,5,6,7,8,9,10]

OBJETIVOS:
Comparar diferencias estadísticas entre el Gasómetro de pie de cama EPOC Alere® y el Gasómetro de laboratorio central GEM Premier 3000®
Buscar la eficiencia en la obtención de datos analíticos ante el cliente que acude a las urgencias.

MATERIAL Y METODOS
Se dispone de un POCT en una unidad de urgencias con laboratorio central 24 horas. Tras la petición de muestra sanguínea por parte del facultativo se procede a la extracción de la misma bajo las premisas y cuidados habituales. Con la misma jeringa gasométrica se somete a la muestra a estudio doble, llevando las muestras a analizadores del laboratorio central, y simultáneamente con un analizador a pie de cama.[11,12]
Con los datos cuantitativos obtenidos, se realiza un estudio de doce muestras pareadas patrón oro (GEM Premier 3000®) VS. POCT (Epoc Alere®), analizando el patrón gasométrico. Con las nueve variables cuantitativas obtenidas se realiza un análisis estadístico a través del programa SPSS versión 18 para obtener la variable diferencial en cada una de ellas. Con el dato, procedemos al cálculo de la concordancia entre dos variables cuantitativas a través del Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) apoyándonos en la versión 4.0 del Epidat. A posteriori, con el mismo programa estadístico se calcula la concordancia gráfica de los valores con el Método de Bland y Altman para obtener las diferencias estadísticas, proporcionando unos límites de concordancia a partir del cálculo del intervalo de confianza para la diferencia de dos mediciones. El intervalo de dos desviaciones estándar alrededor de de la media de las diferencias incluye el 95% de las diferencias observadas. Estos valores deben compararse con los límites de concordancia establecidos para concluir si las diferencias observadas son o no clínicamente relevantes. La toma de muestra fue aleatorizada por orden de llegada de los pacientes, sin ser calculado el tamaño muestral a nivel estadístico por no disponer de los recursos materiales necesarios.

RESULTADOS:
Los valores del CCI pueden oscilar entre 0 y 1, siendo la máxima concordancia posible un valor de1. En este caso, toda la variabilidad observada se explicaría por las diferencias entre sujetos y no por las diferencias entre los métodos de medición o los diferentes observadores. Por otro lado, el valor CCI=0 se obtiene cuando la concordancia observada es igual a la que se esperaría que ocurriera sólo por azar. A la hora de interpretar los valores del CCI, toda clasificación es subjetiva, si bien resulta útil disponer de una clasificación como la que propone Pita Fernández y Pértegas Díaz. [13]

pH:
CCI=0,9902=muy buena concordancia. Desviación Estándar=0,0128; clínicamente no es una diferencia relevante.

pO2:

CCI=0,7517=buena concordancia. DE=8,4417; clínicamente es una diferencia relevante.

pCO2:
CCI=0,9776=muy buena concordancia. DE=4,7381; clínicamente no es una diferencia relevante.

CO2:
CCI=0,9711=muy buena concordancia. DE=1,9561; clínicamente no es una diferencia relevante.

Sat O2:
CCI=0,8652=buena concordancia. DE=2,6440; clínicamente no es una diferencia relevante.

HCO3:
CCI=0,9657=muy buena concordancia. DE=1,9795; clínicamente es una diferencia relevante.

Beb:
CCI=0,9823=muy buena concordancia. DE=1,2117; clínicamente no es una diferencia relevante.

Beecf:
CCI=0,9752=muy buena concordancia. DE=1,6698; clínicamente no es una diferencia relevante.

Variable tiempo entre los dos instrumentos de medida:
CCI=0,9999=muy buena concordancia. DE=0.1007 (364 segundos); clínicamente es una diferencia relevante.

DISCUSIÓN:
El uso del patrón oro conlleva traslado de la muestra desde la unidad extractora hasta el laboratorio central. La movilidad del POCT disminuye riesgos, fiabilidad y costes.
El uso de POCT reduce el tiempo de validación de la analítica, disminuye el riesgo de daño de la muestra en el transporte, la pérdida-identificación errónea en la recepción de un laboratorio central y la cantidad de sangre requerida para el análisis, es decir, la fase preanalítica; por lo que a priori y sin estudios concluyentes actuales puede ser favorable para mejorar la calidad asistencial.
Los autores ponen especial hincapié en la variable tiempo de análisis, ya que de disponer de un POCT en la unidad y otro en el propio laboratorio central permitiría obtener los resultados de una misma muestra procesada en diferentes tiempos y estudiando la concordancia y correlación de los resultados. Con los resultados obtenidos, el uso de un POCT puede ser considerado valor pronóstico temprano en situaciones donde el control gasométrico sea necesario de manera continua o por urgencia.
El no disponer de un tamaño muestral calculado estadísticamente nos remite a realizar futuros estudios analizando los datos gasométricos, electrolíticos y de coste-beneficio bajo un tamaño muestral calculado a través de la potencia estadística dada.
Además, sería igualmente importante valorar las diferencias entre los resultados a pie de cama y en laboratorio central con el mismo instrumento de medida.
Los autores declaran no tener conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Chacko B, Peter JV, Patole S, Fleming JJ, Selvakumar R. Electrolytes assessed by point-of-care testing – Are the values comparable with results obtained from the central laboratory?. Indian J Crit Care Med. 2011;15(1):24-29.

2. Jain A, Subhan I, Joshi M. Comparison of the point-of-care blood gas analyzer versus the laboratory auto-analyzer for the measurement of electrolytes. Int J Emerg Med. 2009;2:117–20.
3. Tineo Drove T,Pastrana González C, Peño Moreno VI, de la Torre Esteban M, Baena Pérez M, Gómez Puyuelo M, Santos Ampuero MA, Rodríguez F ¿De cuánto tiempo dispongo para procesar una gasometría arterial? Nursing. 2009; 27(I):58-62
4. Nichols JH. Quality in point-of-care testing. Expert Rev Mol Diagn. 2003 Sep;3(5):563-72.
5. Morimatsu H, Rocktäschel J, Bellomo R, Uchino S, Goldsmith D, Gutteridge G. Comparison of point-of-care versus central laboratory measurement of electrolyte concentrations on calculations of the anion gap and the strong ion difference. Anesthesiology. 2003;98:1077–84.
6. Jacobs E, Ancy JJ, Smith M. Multi-site performance evaluation of pH, blood gas, electrolyte, glucose, and lactate determinations with the GEM Premier 3000 critical care analyzer. J Near Pat Test Techno. 2002;1:135–44.
7. Giuliano KK, Grant ME. Blood analysis at the point of care: issues in application for use in critically ill patients. AACN Clin Issues. 2002 May;13(2):204-20.
8. Müller MM,Hackl W,Griesmacher A.Point-of-care-testing--the intensive care laboratory. Anaesthesist.1999 Jan;48(1):3-8.
9. Nosanchuk JS, Keefner R. Cost analysis of point-of-care laboratory testing in a community hospital. Am J Clin Pathol. 1995 Feb;103(2):240-3.
10. Schallom L. Point of care testing in critical care. Crit Care Nurs Clin North Am. 1999 Mar;11(1):99-106.
11. University of California at San Francisco clinical laboratories. GEM Premier 3000 for Blood Gas, Sodium, Potassium, Ionized Calcium, Lactate & Hematocrit in Arterial and Venous Blood. Macintosh HD:Users:hamillt:Library:Mail Downloads:GEM Premier 3000 2011 doc.
12. Walz B, Printzen G. Validation of a handheld POCT-blood gasanalyser EPOC (Alere) vs ABL 825 (Radiometer). Institut für Klinische Chemie und Immunologie, ZLM, Luzerner Kantonsspital, CH-6016 Luzern.
13. Pita Fernández S, Pertegaz Díaz S. La fiabilidad de las mediciones clínicas: el análisis de concordancia para variables numéricas. Disponible en http://www.fisterra.com/mbe/investiga/conc_numerica/conc_numerica.asp 12/01/2004. (Acceso 30 Abril 2012)

AUTORES/AUTHORS:
Paloma Ruiz Hernández, Juan Luis González López, Luzdivina Fernández Muñiz, Consuelo Novella Aguilar, María Machicado Martín, Juliana González Martín

TÍTULO/TITLE:
“Equipos de Terapia intravenosa (ETI): seguridad, calidad y eficacia de una técnica enfermera”.

INTRODUCCIÓN
En la actualidad son muchos los foros en los que se debate sobre innovación para la sostenibilidad del sistema sanitario público. La OMS en sus directrices estrategias para 2011-2015 trata esta cuestión. La innovación no sólo debe darse en la tecnología, sino también en los procesos al ser la fórmula de la mejora continua de la calidad, la eficiencia y los resultados.
En las propuestas de acción de las sociedades científicas en el ámbito de la innovación se incluye la ampliación de las funciones de enfermería, por costes y capacitación. Aquí es donde cobran importancia los Equipos de Terapia Intravenosa (ETIs) formados por enfermeras expertas que realizan atención y supervisión del paciente portador de una línea central e implantan catéteres centrales de inserción periférica (PICC), al tratarse de una técnica enfermera.

OBJETIVO
Consolidar la creación de un ETI en el hospital Clínico San Carlos que respondiera a una demanda real de nuestros usuarios, demostrando un aumento en la seguridad y el bienestar del paciente, la calidad asistencial y su eficiencia coste/utilidad.

METODOLOGÍA
En el año 2009 se inició el diseño del proyecto y se introdujo en nuestro hospital el catéter PICC de alto flujo que permite acceder a las venas periféricas mediante una técnica mínimamente invasiva, ya que como se ha demostrado en diferentes estudios, este catéter disminuye significativamente los riesgos iatrogénicos, los costes y las cargas de trabajo.
Aunque desde 2006 se planteó la necesidad de la creación del ETI, su puesta en marcha quedó pendiente de la valoración del impacto asistencial de la introducción de la nueva técnica, para lo que se diseñaron indicadores de actividad, asistenciales, docentes y económicos, se realizó una base de datos donde se registraron todos los catéteres PICC canalizados y se recogieron todas las variables aplicadas a paciente portador de PICC y se realizó un estudio económico en colaboración con el Coordinador de Recursos Materiales para ver la rentabilidad del catéter implantado por el ETI frente a los convencionales CVC .

RESULTADOS
En 2012 se han canalizado en nuestro hospital 355 catéteres PICC, aumentando en un 7% y un 58% el número de catéteres implantados con respecto a 2011 y 2010. El 93% fueron implantados por nuestro ETI frente a un 7% que fueron implantados por el servicio de Radiología Vascular, debido sobre todo a problemas surgidos durante la inserción o a distorsiones anatómicas propias del paciente. La mediana de edad de los pacientes estaba situada en 72 años, con un mínimo y un máximo de 23-109. No hubo diferencias significativas en cuánto a sexos.
La técnica de implantación mayoritaria ha sido la ecográfica (68%) frente a la técnica ciega (32%).
Las unidades que con mayor frecuenta demandaron la implantación de este tipo de catéteres fueron. Oncología Médica (42%), Medicina Interna (23%) y Cirugía (11%).
Los principales motivos de inserción de este tipo de catéter fueron mal acceso venoso (68%) y nutrición parenteral (NTP) (17%) y los de retirada: fin de tratamiento (42%) y éxitus (31%). Sólo hubo un 4% de infecciones relacionadas con catéter y ningún caso de trombosis.

El tiempo de permanencia medio por catéter fue de 31 días, con un máximo de 388 días y un mínimo de 3.
La curva de aprendizaje media por enfermera se situó en 2 meses.
Desde el punto de vista económico, se ha demostrado un ahorro creciente con respecto al catéter periférico a partir de los 90 días de implantación y a los 77 días con respecto al central, suponiendo un ahorro inmediato de 161 € y 303,83 € con respecto a catéteres Hickman y reservorio, además de disminuir sus riesgos y ayudar a reducir estancias y costes.

CONCLUSIÓN
En todos los centros con ETIs, se han reducido los problemas potenciales de los CVC y los costos son infinitamente menores. Se han mostrado coste/utilidad eficiente, reportando ventajas y beneficios a pacientes/profesionales e institución sanitaria: Mejoran los cuidados y adaptan los recursos
Proporcionan soporte técnico al resto de Servicios y son referencia como Unidad de expertos en TIV. Disminuyen el nº de venopunciones, los ingresos hospitalarios y aumentan el confort del paciente/familia ya que los cuidados van dirigidos al paciente y a la familia y aseguran el entrenamiento y formación continuada del personal de enfermería del hospital en el manejo del catéter PICC en cuanto a innovaciones y cambios de actuaciones, teniendo una función docente e investigadora.

DISCUSIÓN
Los catéteres PICC implantados por el ETI suponen una alternativa eficaz, segura y económica para los pacientes que precisan NTP a largo plazo, en los que el catéter reservorio está contraindicado; son los indicados para preservar el sistema vascular periférico de las extremidades superiores, eliminando con ello las reiteradas punciones y disminuyendo el dolor y el disconfort; evitan el ingreso hospitalario de nuestros pacientes para la administración de determinados tratamientos y reducen sustancialmente el riesgo de sepsis del catéter.
Además la creación de ETIs se ha demostrado coste/utilidad eficiente, reportando ventajas y beneficios al paciente, a los profesionales y a la institución sanitaria, suponiendo un avance en la mejora de los cuidados y la gestión de recursos

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.2011 CDC Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections.
http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf
2.Carrero Caballero MC.Propuesta de formación de equipo de terapia intravenosa. Rev ROL Enf 2006; 29(12):34-38.
3.Sherertz RJ, Ely EW, Westbrook DM, Gledhill KS, Streed SA, Kiger B, et al. Education of physicians-in-training can decrease the risk for vascular catheter infection. Ann Intern Med. 2000;132:641-8.
4.Eggimann P, Harbarth S, Constantin MN, Touveneau S,Chevrolet JC, Pittet D. Impact of a prevention strategy targeted at vascular-access care on incidence of infections acquired in intensive care. Lancet. 2000;355:1864-8.
5.Brenner F. Pola, Bugedo T. Guillermo, Calleja R. Dolores, Del Valle M. Gladys, Fica C. Alberto, Gómez O. M. Eliana et al . Prevención de infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales. Rev. chil. infectol.2003;20(1):51-69.
6.Steiger E: Obtaining and mantaining vascular access in the home parenteral nutrition patient. JPEN 2002; 26:517-20.
7.Gómez Luque A, Huertas Simonet N, Viciana Ramos MªI, Moreno Palacios M, Hernández Pardó PE. Profilaxis de las complicaciones infecciosas de los catéteres venosos centrales. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2002; 49: 17-33.
8.Baiocco JJ, Da Silva JLB. La utilización del catéter central de inserción periférica (PICC) en el ambiente hospitalario. Rev Lat-Am Enfermagen, nov-dec 2010 .www.eerp.usp.br /riae.
9.Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related blood stream infections in the ICU. N Engl J Med. 2006;355: 2725-32.

10.Kim H J et al. Safety and Effectiveness of Central Venous Catheterization in in Patients with Cancer: Prospective Observational Study. J Korean Med Sci 2010; 25: 1748-1753
11.M L Neuman, B D Murphy ,M P Rosen. Bedside placement of peripherally inserted central catheters: a cost-effectiveness analysis. Radiology 1998;206:423-428
12.Royer, Timothy. Nurse-driven Interventional Technology: A Cost and Benefit Perspective. Journal of Infusion Nursing 2001; 24(5):326-331.
13.Nepenthe I. Fong, Stephen R. Holtzman, Michael A. Bettmann, Susan J. Bettis. Peripherally Inserted Central Catheters: Outcome as a Function of the Operator. Journal of Vascular and Interventional Radiology 2001; 12(6): 723-729.

AUTORES/AUTHORS:
Azucena Santillán García

TÍTULO/TITLE:
Uso y nivel de conocimientos sobre las TIC por parte del personal de enfermería

OBJETIVO
Describir los usos que hacen las enfermeras de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el ámbito personal y profesional.

METODO
Estudio descriptivo transversal mediante encuesta auto cumplimentada durante los meses de Mayo a Junio 2011. La herramienta utilizada es una encuesta utilizada previamente en otros estudios, y que ya había sido pilotada. El ámbito del estudio es el Complejo Asistencial Hospitalario de Burgos. Los sujetos de estudio son los directivos, mandos intermedios (supervisoras) y mandos de gestión de enfermería del Complejo Asistencial (N=65). Se ha considerado esta población dada su relevancia como facilitadoras de nuevos procesos y analizadoras de las circunstancias que convergen en la práctica diaria. No se realiza ningún muestreo, el estudio se ha llevado a cabo con toda la población. Para las variables cuantitativas se calcula la media y la desviación típica; para las cualitativas y ordinales se han utilizado tablas de frecuencias. Las variables se agruparon en bloques: Uso personal de Internet y las TIC, uso profesional de las TIC, relación enfermera-paciente y bloque sociodemográfico.

RESULTADOS
De los 65 encuestados han cumplimentado la encuesta satisfactoriamente 46.
Uso personal de Internet y las TIC: La mayoría de los encuestados (n= 35) dice utilizar Internet a diario fuera del lugar de trabajo. Las actividades más realizadas son leer/oír/ver noticias (20,4%) seguido de comunicarse con familiares/amigos (17,3%).Las herramientas más utilizadas son el email (51%) y los foros/redes sociales (19,1%)
Uso y opinión profesional de las TIC: El 5% usa Internet a diario en su trabajo. El fin más habitual es buscar información sobre cursos y similares (24,7%) seguido de buscar información en motores de búsqueda o portales (22,8%) y acceder a sitios web profesionales (19,2%). El menos habitual es intercambiar información científico-técnica (3,6%). Las dificultades para acceder a Internet identificadas son falta de tiempo en el lugar de trabajo (30,4%) y lentitud de la conexión a Internet (25,7%). Un 57,1% esta totalmente de acuerdo con que es necesaria formación en uso de las TIC, y 38,8% está de acuerdo. Un 76,1% opina que el uso de Internet y las nuevas tecnologías tiene un efecto en los errores en la práctica de enfermería, reduciéndolos.
Relación enfermera-paciente: Un 82,1% nunca recomienda a los pacientes que consulten sitios de información médica o de salud en Internet. El 63% dice que sus pacientes nunca comparten o discuten con ellos la información sobre salud que consultan por Internet. Un 52,0% opina que este uso mejora el conocimiento del paciente y facilita su cuidado.
Bloque sociodemográfico: Casi el 90% de los encuestados son mujeres con más de 30 años de experiencia laboral. La media de edad es de 46,7 años.

DISCUSIÓN
Las actividades relacionadas con la información priman sobre las de comunicación. Esta misma conclusión se extrae de otros estudios relacionados como el de Fernández (2010), la tesis de Lupiañez (2009) o los trabajos de González (2011) y Navarro (2010). Las enfermeras tienen buena predisposición para utilizar las TIC en sus puestos de trabajo si bien presentan barreras y dificultades que dificultan o incluso imposibilitan esta utilización. Hay una necesidad de formación manifestada por las enfermeras en

cuanto al uso de las TIC.
El presente estudio nos ayuda a mejorar nuestra práctica diaria en distintas áreas porque identifica unas carencias o áreas de mejora necesarias para el obligado avance tecnológico de la profesión.

AGRADECIMIENTOS
A Manuel Fernández Zurbarán por ceder la utilización de la encuesta que él creó, pilotó y utilizó en su estudio de la utilización de las TIC por parte de los médicos residentes.

FINANCIACIÓN:
Estudio financiado por la Gerencia Regional de Salud del SACYL (proyecto GRS 679/B/11).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1-Fernandez M. Nivel de conocimiento y uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación y opinión sobre la e-salud en médicos internos residentes de un hospital de gran tamaño. Granada: EASP, 2010 48 p.; 30 cm. (Máster Universitario en Salud Pública y Gestión Sanitaria; XXV)
2-Lupiáñez-Villanueva F. Salud y sociedad red. Análisis de los usos de Internet relacionados con la salud. Barcelona: Ariel; 2010
3-Pareras, L. Internet y Enfermería. Barcelona: Masson, 2000
5- Lupiáñez-Villanueva F. Internet, salud y sociedad. Análisis de los usos de Internet relacionados con la Salud en Catalunya. Tesis doctoral online. Barcelona: UOC, 2009. Disponible en http://www.ictconsequences.net/uoc/pdf_tesis/tesis_flupianez.pdf
5- Navarro, O. “Uso de las herramientas 2.0 y redes sociales en las enfermeras escolares”. Valencia 2011. Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir”. (Master Oficial en Educación en Salud Escolar).
6- González A. Arnal D. “Anestesia 2.0: Uso de la web 2.0 por los residentes de anestesiología”. Poster. XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Madrid 2011.

AUTORES/AUTHORS:
GUILLERMA SOTO GARCÍA, SOLANGER HERNANDEZ MENDEZ, MARIA ANGELES OLMOS MOLERO, MARIA DOLORES SANCHEZ SANCHEZ, MIGUEL ANGEL MARTINEZ GONZALEZ, ANA COBO NAJAR, CARMEN LOPEZ BAENA, JOSE MANUEL ROBLES BRABEZO, DAVID GUEVARA BARAZA

TÍTULO/TITLE:
Mejora de la Calidad de los Cuidados y Manejo de la Ostomía en el Área III de Salud. Lorca: Situación Inicial

Objetivos: Describir la situación de inicio con respecto a las Ostomías de un hospital comarcal universitario al inicio de la implantación de la guía de buena práctica clínica de la RNAO® Cuidado y Manejo de la Ostomía.

Método: Es una investigación Cuantitativa. Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo de todos los casos de Ostomías durante los meses de Enero a Mayo del 2012. Se obtuvieron 15 casos, significando el total de la población. Se identificaron los aspectos demográficos: Unidad, Sexo, Edad, tipo de Ostomía, además se analizaron los siguientes indicadores del proceso de atención a pacientes con Ostomías, fueron elaborados a partir de recomendaciones planteadas en la Guía: Evaluación Integral Preoperatoria durante el ingreso, Intervención educativa preoperatoria durante el ingreso, intervención educativa postoperatoria durante el ingreso, evaluación postoperatoria durante el ingreso, evaluación postoperatoria de seguimiento tras el alta hospitalaria, complicaciones del estoma durante el ingreso, complicación del estoma durante el periodo de seguimiento tras el alta, complicaciones de la piel periestomal durante el ingreso, complicación de la piel periestomal durante el seguimiento tras el alta.

Resultados: Unidad de Ingreso: 86.66% Cirugía, 6.66% Urología, 6.66% Traumatología, Sexo: 86.66% Hombres 13.33% Mujeres, Edad: 18-25a: 13.33%, 26-35: 6.66%, 36-45a: 13.33%, 46-55ª:13.33%, 56-65: 6.66%, 66-75: 13.33%, 76-85: 33.33%, 86 y más: 0%, tipo de Ostomía: Colostomias: 86.66%, Ileostomias: 6.66%, Urostomías: 6.66%. Evaluación Integral Preoperatoria durante el ingreso: 0% la recibieron, Intervención educativa preoperatoria durante el ingreso: 6.66% la recibieron, Intervención educativa postoperatoria durante el ingreso: 13.33% la recibieron, 86.66% la información no estaba disponible, Evaluación postoperatoria durante el ingreso: 100% No disponible la información, Evaluación postoperatoria de seguimiento tras el alta hospitalaria: Se realizó a 86.66%, Complicaciones del estoma durante el ingreso: ninguna: 46.66%, Estoma desgarrado: 33.33%, Estoma Retraído: 6.66%, Estoma Necrosado: 6.66%, Estoma edematoso: 6.66% Complicación del estoma durante el periodo de seguimiento tras alta: 40% Ninguna, Estenosis: 13.33%, Estoma retraído: 13.33%, Estoma desgarrado: 6.66%, Estoma prolapsado: 6.66%, Complicaciones de la piel periestomal durante el ingreso: Ninguna 86.66%, Piel con erosión: 6.66%, Información no disponible: Complicación de la piel periestomal durante el seguimiento tras alta: Ninguna: 33.33%, Piel con erosión: 26.66%, Piel Ulcerada: 13.33%, Eritema: 6.66%, Información No disponible: 6.66%.

Discusión: El perfil del paciente con Ostomías es hombre mayor de 76 años, ingresado en la unidad de Cirugía que se le ha realizado una Colostomía. Implantar la Guía de Buena Práctica de la RNAO, ha permitido disponer de la mejor evidencia científica disponible para el cuidado y manejo de los pacientes con Ostomías por parte del personal de enfermería y del resto del personal sanitario, además de seleccionar las recomendaciones mas adecuadas al entorno donde está siendo aplicada, han permitido evaluar la calidad de los cuidados que se están prestando en nuestro centro.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
RNAO. Guia de Práctica Clínica Cuidado y Manejo de las Ostomias. 2009.
RNAO. Herramienta de Implantación de Guías de Buenas Prácticas. 2002

AUTORES/AUTHORS:
Carmen Caro García, Esther Domínguez Solís, Paula Rivas Gascón, Matilde Capado Rodríguez, Esperanza Ruiz Arias, Rosa Casado Mejía

TÍTULO/TITLE:
Qué piensan y sienten los alumnos y alumnas de 1º de Grado en Enfermería sobre el "Amor Romántico"

Resulta difícil definir y cuestionar el amor, considerado como una de las verdades occidentales1 que más influye en la construcción diferenciada de hombres y mujeres2 y la subordinación de éstas1.
Cada modelo histórico de amar lleva una moral y normas inscritas. El mito del amor, como todos, posee una gran carga emotiva y sentimental que lo hace resistente al cambio3-6.
OBJETIVOS
Indagar diferencias y semejanzas en la concepción y vivencia del “amor romántico” de alumnas y alumnos de 1º de Grado
Identificar las características que buscan unas y otros en su pareja ideal
METODOLOGÍA
Cualitativa. La unidad de observación es el alumnado de 1º de Grado en Enfermería de la Unidad. Docente V Rocío Universidad de Sevilla matriculado en la asignatura Género y Salud; las unidades de análisis “amor romántico” y “género”.
Se diseñaron 4 grupos de discusión: 2 de chicos, 2 de chicas. Los criterios de homogeneidad fueron el sexo y ser alumno/a, y los de heterogeneidad tener pareja o no, lugar geográfico de origen, estudios de procedencia y edad.
Se celebraron los grupos en la Unidad Docente, moderados por las autoras que explicaron el objetivo y pidieron el consentimiento escrito. Duraron 54 minutos de media. Fueron grabados y transcritos literalmente.
El análisis de los discursos se realizó con el QRSNudistVivo9, triangulándose disciplinas (Enfermería, Estudios de Mujeres y Género, Antropología, Sociología, Trabajo Social) e investigadoras (alumnas y profesoras de distintos ámbitos).
RESULTADOS
El amor romántico
Chicos: Hay distintos tipos de amor, el de madre el primero; está marcado por la industria del cine y el comercio, lo equiparan a atracción física, lo hace el roce y puede ser dañino:
"se lo he dicho a mi novia: tú hoy por hoy eres mi novia, mañana no sé, mi madre hoy es mi madre mañana y pasado y siempre va a serlo"
"está muy estereotipado por el cine, típica cenita con velas"
"es estar entre cuatro paredes de un dormitorio… y no salir de allí en todo el tiempo"
Chicas: el amor es enamoramiento eterno, que se transforma y está unido al matrimonio.
"Las mariposas en el estómago"
"al principio todo es fantástico, pero a lo largo del tiempo se estabiliza, se cogen otros valores"
"yo creo que cuando nos casamos, nos casamos para… TODAS: toda la vida"
La pareja ideal
En principio chicos y chicas refieren valores similares de respeto, confianza, fidelidad, pero van apareciendo diferencias:
Para ellos la pareja ideal tiene que cubrir sus prioridades de libertad y comodidad, la pasión en 2º lugar. En una relación buscan disfrutar y para casarse una mujer “tradicional”.
"cuando se pasa el atractivo físico ya buscas comodidad, confianza, porque la atracción física dura poco"
"a nuestra edad buscamos algo más efímero y corto, disfrutar en el momento y punto
es que yo no voy a estar con una niña que se haya tirao a tantos, yo quiero una niña que me quiera, no que esté con cualquiera"

Ellas buscan seguridad, estabilidad y compañía. Pareja ideal es matrimonio, tiene que cumplir los valores aprendidos y creen en la "media naranja".
"para formar una familia"
"si estás con esa persona tienes seguridad"
DISCUSIÓN
A pesar de los cambios en las últimas décadas el amor aparece con fuerza en la socialización femenina, convirtiéndose en eje vertebrador y proyecto vital prioritario3,7-10 Las chicas supervaloran el enamoramiento y un amor eterno y único9, aunque racionalmente saben que la pasión y el deseo acaban.
Se reflejan los valores imperantes del sistema patriarcal donde están inmersas las relaciones entre hombres y mujeres3-7, que contribuyen a perpetuar la estructura de poder y desigualdad en las relaciones amorosas, consagrando la pasividad, subordinación, idealización y dependencia femeninas8-10.
Coincidimos con estudios anteriores11-12 en los altos niveles de aceptación de mitos como la media naranja, omnipotencia, fidelidad y matrimonio, pero observamos una menor presencia del mito de la pasión eterna, sobre todo en chicos. Ellas la siguen buscando, colocándose en una situación de dependencia y vulnerabilidad, no acorde con sus discursos racionales de igualdad e independencia. Para avanzar en un cambio real que incluya también lo emocional, habrá que ir reconstruyendo el discurso a través de su análisis y una metodología vivencial13.
CONCLUSIONES
Existe cierta contradicción entre el discurso racional y el emocional inconsciente. Ambos piden distintas cosas de la pareja, ellos anhelan comodidad y estabilidad; ellas seguridad, no renuncian a la pasión y al matrimonio como estado perfecto para toda la vida, aunque refieran no querer renunciar a su individualidad. Esta diferencia facilita la reproducción de relaciones de desigualdad, subordinación, dependencia y maltrato.
Se apunta como novedad la evolución del discurso racional "políticamente correcto", lo que abre una puerta a la esperanza del cambio que nos está haciendo avanzar en igualdad.
Conocer estos discursos y contradicciones ofrece la oportunidad de abordar con mayor eficacia programas de salud dirigidos a adolescentes y jóvenes, y orientar el proceso de enseñanza-aprendizaje en los distintos niveles educativos. Habrá que utilizar una metodología vivencial que intervenga en lo emocional y deconstruya lo aprehendido.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.- Esteban M.L, Tavora A. El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas. Anuario de Psicología. 2008; 39(1): 59-73.
2.- Yela C. El amor desde la psicología social. Ni tan libres ni tan racionales. Madrid: Pirámide; 2000.
3.- Altable C. Penélope o las trampas del amor. Valencia: Nau; 1998.
4.- Charkow W, Nelson E. Relationship Dependency, Dating Violence and Scripts of Female Collage Students. Journal of College Counselling, 2000; 3: 17-28.
5.- Moreno M, González A y Ros M. Enamoramiento y violencia
contra las mujeres. En V.A. Ferrer y E. Bosch (Comps.): Los feminismos
como herramientas de cambio social (II): de la violencia contra las mujeres
a la construcción del pensamiento feminista. Palma: UIB; 2007.
6.- Oliver E, Valls R. Violencia de género. Investigaciones sobre quiénes, porqué y cómo superarla. Barcelona: el Roure; 2004.
7.- Leal García A. Nuevos tiempos, viejas preguntas sobre el amor. Un estudio con adolescentes. Posgrado y sociedad. Costa Rica: Universidad Estatal a distancia. 2007; 7(2): 50-70.
8.- Ferreira G- Hombres violentos, mujeres maltratadas. Buenos Aires: Sudamericana. 2ª ed; 1995.

9.- Lagarde M. Para mis socias de la vida. Claves feministas. Barcelona: Horas y Horas; 2005.
10.- Sanpedro P. El mito del amor y sus consecuencias en los vínculos de pareja. Disenso, 45; 2005. Disponible en: http://www.pensamientocritico.org/pilsan0505.htm
11.- Ferrer Pérez VA, Bosch Fiol E, Navarro Guzmán et al. El concepto de amor en España. Psicothema.2008; 20(4): 589-595.
12.- Ferrer Pérez VA, Bosch Fiol E, Navarro Guzmán C. Los mitos románticos en España. Boletín de Psicología. 2010; 99.
13.- Casado Mejía R, Capado Rodríguez M, Caro García C et al. Nuevas metodologías para abordar el proceso de enseñanza-aprendizaje en género. En Vázquez Bermúdez I. Investigación y Género Logros y Retos. Sevilla: Unidad para la Igualdad. Universidad de Sevilla; 2011.

AUTORES/AUTHORS:
Maria Júlia Costa Marques Martinho, Manuela Martins, Margareth Angelo

TÍTULO/TITLE:
Los conflictos de toma de decisiones en la enfermedad genética – PAF

Introducción:
El conflicto de toma de decisiones se define como un estado de incertidumbre sobre el curso de acción a tomar debido a factores inherentes a la decisión (incertidumbre de los resultados y la relación entre riesgo/beneficio) y los factores modificables (conocimiento inadecuado, expectativas poco realistas, la presión y el apoyo social inadecuado). La Polineuropatia Amiloidea Familiar (PAF) es una enfermedad genética hereditaria, degenerativa de carácter autonómico dominante. Afecta el sistema nervioso periférico con pérdida de la sensibilidad térmica y dolor, cambios motores y manifestaciones autonómicas gastrointestinal, cardiovascular, renal, de esfínter, en los ojos, piel y en el sexo. Se manifiesta en la edad adulta, es muy debilitante y tiene una evolución letal. Son diagnosticados alrededor de 90 nuevos casos al año en Portugal, que es el principal focos de la PAF en el mundo.

Descriptores: Toma de decisión; Conflicto decisional; Familias; PAF; Enfermería.

Objetivos: Describir cómo el conflicto de toma de decisiones se produce en cada una de la toma de decisiones de la enfermedad genética – PAF.

Material y métodos: Estudio de carácter cuantitativo, exploratorio y descriptivo. Muestra: intencional no probabilístico que consiste en 53 pacientes de una población de 100 pacientes. Instrumento de recolección de datos: cuestionario con información socio-demográfica y escala " Escala de Conflicto de toma de decisiones en salud", validado para la población portuguesa. La recolección de datos se realizó entre Junio y Octubre de 2011. Para el procesamiento de los datos se utilizó estadística descriptiva y análisis multivariado, considerando una probabilidad de error máximo del 5%. Se utilizó la estadística no paramétrica en muestras de menos de 30 sujetos, utilizando el programa SPSS versión 19.0.

Resultados: La muestra, es sobre todo del sexo masculino 58,5%, con una edad media de 42 años (DP= 9,72%,) Casados el 60,4%, con educación primaria 54,7% y se retiró el 62,3%. Las familias nucleares representan el 47,2%, siendo el acompañante en la enfermedad el cónyuge 62,2%. El 61,7% reportó tener la enfermedad en la misma línea generacional (hermanos y primos).
Los pacientes que participaron en este estudio:
- En su mayoría eran conscientes de la enfermedad en la familia entre los 6 y 17 años (n = 23), pero sólo 6 pacientes hicieran el teste genético a los 18 años que les confirmaría el diagnóstico de la enfermedad.
- Realizaran 83% (n=44) el trasplante del hígado siendo que el 35,8% (n = 19) lo realizó entre los 31 y 40 años. De los 8 participantes que no se someten al trasplante de hígado, el 75% no cumplía las condiciones necesarias.
-Tuvieran hijos 25% antes de estar al corriente de la enfermedad, de ellos, 10%) ha decidido no tener más hijos. Después del diagnóstico de la enfermedad, 13,75% optaron por no tener hijos, 11,85% recurrieron al método de DGPI (renunciando 1 al proceso), 4,35% están indecisos en cuanto a las opciones, 6,25% no respondieron y 28,8% tuvieran hijos después de enterarse de la enfermedad.
El conflicto de toma de decisiones es mayor en individuos que toman decisiones sobre el uso de métodos de ayuda para tener hijos (M = 33.28), en comparación con otras decisiones que surgen durante el proceso de la enfermedad de la PAF. La decisión sobre el

trasplante de hígado es el nivel más bajo de los conflictos de toma de decisiones (M = 11.91) en comparación con las otras decisiones derivadas de la enfermedad proceso de PAF. Existiendo diferencias estadísticamente significativas (p<0,05). El objetivo del trasplante del hígado es que no haya progreso de los síntomas, ya que se sustituí el órgano principal de la producción de proteína anormal.
El nivel de conflicto más alto se produce en la sub-escala de decisión efectiva en la toma de decisiones.

Discusión: El recurso a métodos de ayuda para tener hijos es la toma de decisión que provoca mayores niveles de conflicto, ya que cuando un portador de PAF desea tener un niño corre un riesgo. La probabilidad de transmisión es de 50% con un miembro de la pareja portador y 75% si ambos. El DGPI es una opción al diagnóstico prenatal y la apuesta de las grandes fortalezas de la prevención. Este es un proceso complicado y demorado. La tasa de éxito de la transferencia de embriones en el caso de la fecundación "in vitro" normal está en torno al 30%, pero, en los casos de PAF, se reduce alrededor del 22%, permitiendo a estos padres tener hijos sin la enfermedad. La prueba genética es la 2ª toma de decisiones que provoca mayores niveles de conflicto ante la decisión, esta sobrecarga emocional se centra en la exposición a los sentimientos de incertidumbre y la duda prolongada. Las discrepancias entre el conocimiento de la enfermedad y la prueba genética puede reflejar el miedo de las personas que se les confirme el diagnóstico de una enfermedad mortal.

Implicaciones para la práctica: Dada la complejidad de la toma de decisiones en el contexto de una enfermedad genética hereditaria, el desarrollo de estudios que posibilite identificar los factores que podrán reducir el impacto en la persona y la familia permitirán el desarrollo y adecuación de estrategias de intervención de enfermería adecuadas a las necesidades.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- O`Connor AM. User Manual. Decisional Conflict Scale (16 item statement format) [Document of internet]. Otta¬wa: Ottawa Hospital Research Institute, 1993 [update 2010;cited 2011.09.15] 16p. Avaliable from http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User_Manuals/UM_Decisional_Conflict.pdf
- O`Connor, AM. Validation of a decision conflicts scale. Medical Decision Making.1995; 15(1):25-30
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K: Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. JAMA 2002, 288:1909-1914.
- Dominick L.,Frosch BA., Kaplan RM. Shared decision making in clinical medicine: past research and future direc¬tions.American Journal of Preventive Medicine.1999;17(4):285-94.
- G. Elwyn, A. Edwards, P. Kinnersley and R. Grol. Shared decision making and the concept of equipoise: the com¬petences of involving patients in healthcare choices. British Journal of General Practice.2000; 50, 892-97.
- Stacey D, Murray MA, Légaré F, Sandy D, Menard P, O'Connor AM. Decision Coaching to Support Shared Deci¬sion Making: A Framework, Evidence, and Implications for Nursing Practice, Education, and Policy. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2008; 5(5): 25–35.
- Budden,L. Women`s decision styles and decision satisfaction related to their choice surgical treatment breast cancer: implications for a systematic decision support role for nurses [Tese de Doutorado].Austrália: James Cook University; 2008, 339 p.
- Sales-Luís, M. et al. Estudos electroneurológicos em familiares de doentes com Polineuropatia Amiloi¬dótica Familiar (PAF): Correlação com a presença de transtirretina anormal. Boletim do hospital.1998;3 (9), pp. 99-101
- Andrade, C. A peculiar form of peripheral neuropathy, London: Brain. 1952; 75:408-427
- Conceição, I. (2006) - Clínica e história natural da polineuropatia amiloidotica familiar.Sinapse.2006;6 (1): 86-91
- Martinho, J.; Martins, M.; Angelo, M. Escala de conflito em tomadas de decisão em saúde: instrumento adaptado e validado para

língua portuguesa. Rev. Esc. Enfem. USP (in press)
- Pinto Júnior, W. Diagnóstico pre-natal. Ciência & Saúde Coletiva. 2002;7(1):139-157.
- Zagalo-Cardoso & Rolim (2005) – Aspetos psicossociais da medicina preditiva: revisão da literatura sobre testes de riscos genéticos. Psicologia, Saúde & Doenças 6 6 (1), 3-34.

AUTORES/AUTHORS:
Maria José Landeiro, Rosa Maria Freire

TÍTULO/TITLE:
Situational transition - promotion of a therapeutic plan

Introduction
Coaching is an ongoing process and a plan to overcome personal and professional skills, based especially in learning and change. More specifically, it is an action-oriented process in which the own person (coachee) defines and fulfills goals with the support of professional (coach), in the context of a relationship of partnership and mutual influence that transforms the person's actions in learning situations with a view to improving personal performance, self-confidence, self-efficacy and personal fulfillment.
Objectives
The purpose of this paper is to understand the situational transition experience, as evidenced in a therapeutic session and reflect on the role of the health professional as a promoter of the adaptation of person in its situational transition.
Methods
We analyze a therapeutic session held with a person who was undergoing a transitional professional situation, developed with the GROW Model. The health professional helped to reflection, analyze the situation and to discover how to cross the bridge between her goal and its achievement. Were explored alternatives to the attainment of the objectives and the hierarchy of goals, and the means to establishing a timeline and best-equipped to reach them.
Were used techniques and instruments to assess the degree of life satisfaction, as well as technique to allow emotional changes. The instruments used were the wheel of life and the system of representation Neuro-Linguistic Programming (NLP). This system consists in the way the person mentally encodes one or more sensory systems (visual, auditory, kinesthetic, olfactory and gustatory). The wheel of life was used to analyze a person's satisfaction with life in its 8 dimensions (health, physical environment, career, personal development, relationships, spirituality, money, fun and leisure), with a lickert scale of 10 points.
Results
The participant was female, was 28 years old, unemployed, well educated. The analysis of the results emerged two broad areas to be worked out of the sphere of personal relationship and of health. By the person who is going through a transition the feelings that emerged were situational awareness of emotional domain such as frustration and discomfort, sometimes transformed into moments of aggression and loss of self-control. In the analysis of the results obtained with the wheel of life we can see that in relation to the health dimension, personal development and relationships the person mentioned a medium level of satisfaction. In the other, said poor satisfaction. By exploiting the situation was identified that person want to increase satisfaction in health dimension, career, and fun and leisure. The person intends to increase the health dimension to good satisfaction level and the remaining dimensions to medium level.
Representation system NLP allowed the person took consciousness that there is the possibility of improving the emotional performance, in this case, the aggressiveness and self-diagnosis.
The implementation of the therapeutic plan was visible by the person demonstrating interest to develop and adapt to their new situation assuming the commitments to which the agreed targets are held, revealed along the session be compromised and involved with the process. The health professional played an important role and helped the person looking at the resources that she have and think of the possible alternatives for carrying out her plan of action.
Discussion
The literature states that the role of the Coach is, mainly, to stimulate the person to obtain the best results during the processes that lead to the development of their personal and professional skills. Through multiple strategies it is possible to create environments that

allow the self-motivation for appointments with a plan of action properly structured and individualized, leading to increased levels of life satisfaction and personal well-being. This requires the development of a therapeutic relationship, based on trust, empathy and mutual responsibility facilitated by rapport (Linder-Pelz & Hall, 2008). These premises were implemented in the session and the rapport that if established, between the health professional and the person, determined the success of the session helping her to identify their real needs and discovery of solutions for solving their problems.

Although the person identify dimensions of his life with medium and low levels of satisfaction, just feel the need of a slight increase in the level of satisfaction in health, career and leisure and fun. These evidences show that the therapeutic plan is individual and that the targets for obtaining the fullness of the person cannot be standardized.

Clinical practice implications

Coaching is a process that must be implemented in clinical practice of health professionals as it helps and facilitates change and innovation, stimulates cooperation, promotes personal independence and the development of skills and increases the self-confidence of the person. The health professionals have an important role to assist in this process, discovering the conditions, meanings and the impact of the transition in their lives, promoting support as presence and knowledge.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Anderson, R.M.; Funnell, M.M. (2009). Patient empowerment: Myths and misconceptions, Patient Education and Counseling, 79(3), 277–282

Deci, E.L.; Ryan, R.M. (1985). Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior, Plenum, New York, 49–56.

Grant, A. (2003). The impact of life coaching on goal attainment, metacognition and mental health, Social Behavior and Personality 31(3), 253–264

Green, L.S.; Oades, L.G. & Grant, A.M. (2006). Cognitive-behavioral, solution-focused life coaching: Enhancing goal striving, well-being, and hope. The Journal of Positive Psychology, July 2006; 1(3): 142–149

Krausz, R. R. (2007). Coaching executivo. A conquista da liderança. Lider. Coachingf2.indd. Sec1:3. Disponível em http://www.livrariacultura.com.br/imagem/capitulo/2095522.pdf

Linder-Pelz, S.; Hall, M. (2008). Meta-coaching: a methodology grounded in psychological theory. International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring, 6(1), February, 43-56

Lyubomirsky, S. H. (2011). Adaptation to Positive and Negative Experiences in The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping. Oxford Library of Psychology: Oxford University Press, chapter 11, 200–224

Mujtaba B.; Sungkhawan, J. (2009). Situational Leadership and Diversity Management Coaching Skills. Journal of Diversity Management – First Quarter, 4(1): 1–12

AUTORES/AUTHORS:
Marta Lima Serrano, Joaquín Salvador Lima Rodríguez, Berta Cáceres Rodríguez, África Sáez Bueno, María Dolores Guerra Martín, Isabel Domínguez Sánchez, Nerea Jiménez Picón

TÍTULO/TITLE:
Revisión de los factores mediadores en la calidad de vida y bienestar durante la adolescencia.

Objetivo:
La calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) puede ser definida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”, es un constructo multidimensional, que incluye la salud física del individuo, el bienestar psicológico, el nivel de independencia o funcionalidad, las relaciones sociales y con el ambiente y el contexto social (1).
La población adolescente está expuesta a riesgos causados por estilos de vida no saludables. Estas conductas y otros factores ambientales como las características sociodemográficas o elementos psicosociales, el género, la edad, el estatus socioeconómico y la cultura, pueden tener un impacto en la HRQoL (2-4).
El propósito de esta revisión sistemática ha sido determinar los factores o mediadores que influyen en la precepción de la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes.
Métodos:
La estrategia de búsqueda incluyó las bases de datos Pubmed, OVID, ERIC y SCOPUS, además, se examinaron las listas de referencias de los artículos.
Criterios de selección: Para ser incluidos, debían abordar los factores mediadores de la calidad de vida en adolescentes y el foco de investigación debían ser adolescentes de 11 a 17 años pertenecientes a la población general.
La calidad de los estudios fue valorada en base a criterios propuestos en estudios de mediación previos. Se puntuaron en un rango de 0 a 5: de 0-1 se consideraron estudios de calidad débil, de 2-3 de calidad moderada, y de 4-5 de calidad fuerte, en función de la existencia de marco teórico, calidad del método utilizado para determinar la mediación, y para determinar la CVRS, adecuación del tamaño muestral, calidad del diseño y análisis (experimental vs observacional, control de variables extrañas, etc.) (5).
La búsqueda, selección, obtención y análisis de los datos se realizó por dos revisores independientes usando herramientas estandarizadas. Se discutieron las discrepancias hasta que se alcanzó un acuerdo general.
Resultados: Se identificaron 1278 artículos, de los cuales se leyeron los resúmenes y se recuperó el texto completo de 83. 32 cumplieron los criterios de selección, 13 de estos eran de elevada calidad. Los factores o mediadores se clasificaron en sociodemográficos (1, 4, 6, 7), condición de salud física y mental (8, 9) variables psicosociales (1-3, 6, 7, 11) y variables comportamentales (2, 3, 11, 12). Entre las variables sociodemográficas apareció la edad, el sexo/género, etnicidad, estatus socioeconómico, y economía familiar; entre las variables psicosociales: autoeficacia, barreras percibidas, autoimagen, estado de ánimo, emociones, autoestima, popularidad, optimismo, autonomía, sentido de coherencia, religión, altruismo, espiritualidad, salud percibida, eventos vitales estresantes, apoyo social, autoestima familiar, relaciones familiares, calidad parental, divorcio parental, relaciones emocionales de los padres, salud mental de los padres, relaciones sociales, bullying, y relaciones en la escuela; entre las variables comportamentales aparecieron: estilo de vida, actividad física, uso de TV y ordenador, exceso de peso, consumo de sustancias,.
Discusión:
Se han localizado artículos de suficiente calidad, que utilizaban diseños cualitativos y diseños cuantitativos, aunque eran más frecuentes estos últimos. Esto apunta a que ambos tipos de metodologías pueden ser adecuadas en el abordaje de este problema de investigación, técnicas complementarias pueden mejorar el entendimiento de las interacciones de las dimensiones estudiadas

(13).
Los factores o mediadores se clasificaron en sociodemográficos, condición de salud física y mental, variables psicosociales y variables comportamentales. Siendo las variables psicosociales las más frecuentemente citadas. Teniendo en cuenta esto, los programas de promoción de la salud para adolescentes deberían incluir una aproximación psicosocial (2).
Se han encontrado algunos estudios que abordan el papel mediador de los comportamientos o estilos de vida relacionados con la salud (2, 3, 11, 12). Las enfermeras, en su papel como promotoras de salud y en la prevención de comportamientos no saludables, podrían desarrollar trabajos para contribuir al avance en el conocimiento de estos como factores mediadores de la calidad de vida. En futuros estudios también se podría analizar, en la población adolescente española, el papel mediador de algunas de estas variables en la HRQoL y/o replicar alguno de los estudios seleccionados nuestro contexto.
LA HRQoL empieza a ser un concepto importante en los cuidados de salud, y por tanto, de interés para las enfermeras en la medida en su práctica clínica deben identificar los principales factores que contribuyen a la promoción del bienestar de los más jóvenes. Concretamente, el estudio de los mediadores sobre la calidad de vida puede permitir desarrollar intervenciones específicas sobre los mismos con el objetivo de mejorarla. También puede ser de utilidad para los administradores, para determinar que tipos de servicios son necesarios y cuales son prioritarios en la distribución de los recursos (7).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Giannakopoulos G, Dimitrakaki C, Xanthi P, Kolaitis G, Rotsika V, Ravens-Sieberer U, et al. Adolescents' wellbeing and functioning: relationships with parents'subjective general physical and mental health. Health Qual Life Outcomes 2009; 7: 100
2. Gaspar T, Gaspar M, Pais R, Jose L, Leal I, Ferreira A. Health-related quality of life in Children and adolescents and associated factors. J Cogn Behav Psychother 2009; 9: 33-48.
3. Azevedo R, Lessa B, Malta L, Duarte A, Dias L, Sica AL, et al. Bem-estar psicológico e adolescência: fatores asociados Cad. Saúde Pública 2007; 23:1113-18
4. Lahana E, Pappa E, Niakas D. The impact of ethnicity, place of residence and socioeconomic status on heath-related quality of life. Int J Public Health. 2010; 55: 391-400
5. Lubans DR, Foster C, Biddle SJH. A review of mediators of behavior in interventions to promote physical activity among children and adolescents Prev Med 2008; 47: 463-70
6. Villalonga-Olives E, Rojas-Farreras S, Palacio-Vieira JA, Valderas JM, Herdman M, Ferrer M, et al. Impact of recent life events on the health related quality of life of adolescents and youths: the role of gender and life events typologies in a follow-up study. Health Qual Life Outcomes 2010, 8:71
7. Haraldstad K, Christophersen KN, Eide H, Nativg GK, Helset S. Predictors of health-related quality of life in a sample of children and adolescents: a school survey. J Clin Nurs 2011; 20, 3048-56
8. Biazevic MGH, Rissotto RR, Michel-Crosato E, Mendes LA; Mendes MOA. Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents Braz Oral 36 Res 2008; 22:36-42
9. Sawatzky R, Ratner PA; Johnson JL, Kopec JA, Zumbo BD. Self-reported physical and mental health status and quality of life in adolescents: a latent variable mediation model. Health Qual Life Outcomes 2010; 8:17.
10. Sawatzky R, Gadermann A, Pesut B. An Investigation of the Relationships Between Spirituality, Health Status and Quality of Life in Adolescents. Appl Res Qual Life 2009; 4:5-22
11. Trainor S, Delfabbro P, Anderson S, Winefield A. Leisure activities and adolescent psychological well-being J Adolesc 2010; 33: 173-86
12. Kunkel N, Ferreira W, Peres MA. Overweight and health-related quality of life in adolescents of Florianópolis. Brazil Rev Saúde Pública 2009;4

13. Rotta AH, Januária A, Borges MC, Alves JÁ, Queiroz C, Nunes MC. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. Cien Saude Colet 2011; 16:3197-206

AUTORES/AUTHORS:
FRANCISCO JOSÉ MORENO MARTÍNEZ, ANA MARÍA HERNÁNDEZ SUSARTE, CRISTINA EULALIA MORENO MARTÍNEZ

TÍTULO/TITLE:
Repercusión Sociosanitaria de la Higiene Cotidiana Infantil: Bucodental, Cabello y Manos

Objetivo
Actualizar el conocimiento sobre higiene infantil bucodental, en cabello y manos, describir las recomendaciones para la práctica cotidiana, y las consecuencias sociosanitarias del déficit higiénico.
Métodos
Revisión bibliográfica de la literatura científica en las bases de datos: MEDLINE/PubMed, SciELO, Scopus, base de datos de tesis doctorales, y tesis doctorales en red. Los límites de búsqueda fueron: publicaciones comprendidas entre 1992 y 2012; idiomas español e inglés. Se excluyeron aquellos artículos enfocados exclusivamente a la práctica clínico-asistencial cuyos resultados no fueran de interés para generar conocimiento en la práctica de la higiene cotidiana. El proceso de búsqueda de bibliografía fue sistemático, siguiendo el siguiente proceso: 1) Establecimiento de las palabras clave: “higiene infantil” and “bucodental” and “cabello” and “manos”. 2) Selección de los documentos considerados de interés, mediante lectura del título y resumen. 3) Las publicaciones dudosas fueron evaluadas por dos miembros distintos del equipo. 4) Lectura de los artículos a texto completo, extrayendo la información que respondía a los objetivos del estudio.
Resultados
Tras la búsqueda se obtuvieron 3 tesis doctorales relacionadas con la higiene bucodental infantil; 16 revisiones bibliográficas, 16 opiniones de expertos, 12 estudios descriptivos transversales, 5 analíticos observacionales, 4 analíticos experimentales, 1 cuasiexperimental, y 1 programa de salud. De estos 55 artículos 24 hacen referencia a la higiene bucodental, 17 a la higiene del cabello y 14 a la higiene de manos.
Aunque existe controversia en la edad de inicio de instauración de hábitos en higiene, la mayoría de los autores coinciden en que la enseñanza debe ser sencilla, motivante y rutinaria. Sólo una mínima parte de los escolares tienen hábitos correctos en higiene, soliendo aumentar con la edad1.
Una correcta higiene oral previene la halitosis, la enfermedad de las encías y la caries dental2, las cuales generan un serio impacto sobre la calidad de vida de los niños3. Sin embargo, sólo el 21,9% realiza higiene lingual1, un 3,3% usa seda dental y el 88% nunca ha usado un colutorio4. Se instruirá al menor usando un cepillo adaptado a la edad y agua, no utilizando dentífrico hasta que sea capaz de escupirlo y siendo inicialmente poco fluorado2. El cepillado dental se debe realizar después de cada comida, estableciéndose un mínimo de dos veces al día según la Federación Dental Internacional, siendo prioritario antes de acostarse. La duración del cepillado oscila entre los 2 y 3 minutos según el autor consultado. Estudios comparativos entre cepillos eléctricos y manuales muestran resultados desiguales y contradictorios5.
La higiene del cabello es relevante en su papel socializador6,7, siendo la pediculosis estigmatizada al déficit higiénico8,9, dificultando su control. Se recomienda su lavado diario o al menos de 2 a 3 veces por semana. No deben obviarse las rutinas de limpieza y desinfección de los utensilios destinados al cuidado del cabello, como peines, cepillos o tijeras9.
El déficit de higiene de manos cotidiano causa en el mundo 2,2 millones de muertes por diarrea al año según la OMS. El lavado de manos, incluso en momentos clave como después de ir al inodoro, es un acto infrecuente11. La prevención de enfermedades infecciosas en el lavado de manos cotidiano con jabón común frente al antibacteriano no es significativa12. Se desaconsejan los preparados de base alcohólica para la higiene rutinaria13. El secado de manos recomendado es con toallas de papel desechables14. En caso de usar secadores de aire caliente no se frotarán las manos durante el secado ya que se aportan bacterias desde el interior de los poros a la superficie14.

Discusión

La higiene personal es una de las 14 necesidades básicas de V. Henderson que la persona debe satisfacer. La higiene en la infancia se considera determinante tanto por ser la etapa donde existe mayor facilidad de instauración de hábitos que perduren en la vida adulta, como por el papel influyente que desempeñan los padres en este proceso de aprendizaje, sin olvidar su importancia ante las repercusiones sanitarias, psicológicas, escolares, de rechazo social y disminución de la calidad de vida que conlleva el déficit higiénico. La revisión bibliográfica realizada evidencia escasa investigación dirigida al cuidado higiénico cotidiano infantil. La mayoría de las investigaciones en higiene personal de los profesionales de la enfermería se centran en la práctica clínica, fundamentalmente en la higiene de manos. Como agentes de salud de primera línea debemos prestar mayor atención a esta área básica de los cuidados, aportando conocimientos y desarrollando estrategias educativas orientadas a la aplicación de las recomendaciones actuales y al desarrollo de hábitos higiénicos saludables en la infancia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Túñez Bastida, F., Fernández Camiñas, J.A. y Machín Fernández, A.J. (2005). Conocimientos, hábitos y percepción de salud bucodental en escolares de un área rural de Lugo. Atención primaria, 36(6), 126-127.
2. Giménez Serrano, S. (2005a). Afecciones comunes del oído. Farmacia profesional, 19(7), 40-45.
3. Tinanoff, N., y Reisine, S. (2009). Update on early chilhood caries since the surgeon general´s report. Academic Pediatrics, 9(6), 396-403.
4. Lafuente, P.J., Gómez Pérez de Mendiola, F.J., Aguirre, B., Zabala Galán, J., Irurzun Zuazabal, E., y Gorritxo Gil, B. (2002). Estilos de vida determinantes de la salud oral en adolescentes de Vitoria-Gasteiz: evaluación. Atención primaria, 29(4), 213-217.
5. Arteagoitia Calvo, I. y Díez García, M.A. (2002). Cepillos y accesorios. Limpieza bucal. Farmacia profesional, 16(5), 65-71.
6. Pérez Ruiz, I.M., Muñoz París, M.J., Pérez Galdeano, A. (2002). Déficit total o parcial de autocuidados en la higiene. Enfermería Clínica, 12(3), 127-132.
7. Sinclair, R.D. (2007). Healthy hair: what is it?. Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings, 12, 2-5.
8. Sidoti, E., Bonura, F., Paolini, G. y Tringali, G. (2009). A surrey on knowledge and perceptions regarding head liceo n a sample of teachers and students in primary schools of north and south of Italy. Journal of Preventive Medicine and Hygiene, 50, 141-151.
9. Sim, S., Lee, W.J., Yu, J.R., Lee, I.Y., Lee, S.H., Oh, S.Y., Seo, M. y Chai, J.Y. (2011). Risk factors associated with head louse infestation in Korea. Korean Journal of Parasitology, 49(1), 95-98.
10. Winge, M.C., Chryssanthou, E., y Wahlgren, C.F.(2009). Combs and hair-trimming tools as reservoirs for dermatophytes in juvenile tinea capitis. Acta Dermato-Venereologica, 89(5), 536-537.
11. Curtis, V.A., Danquah, L.O. y Aunger, R.V. (2009). Planner, motivated and habitual hygiene bahaviour:an eleven country review. Health Education Research, 24(4), 655-673.
12. Luby, S.P., Agboatwalla, M., Feikin, D.R., Painter, J., Billhimer, W., Altaf, A. y Hoekstra, R.M. (2005). Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial. Lancet, 366, 225-233.
13. Garrote, A. y Bonet, R. (2011). Higiene y cuidado de manos y uñas. Offarm, 30(6), 48-52.
14. Snelling, A.M., Saville, T., Stevens, D. y Beggs, C.B. (2010). Comparative evaluation of the hygienic efficacy of an ultra-rapid hand dryer vs conventional warm air hand dryers. Journal of Applied Microbiology, 110, 19-26.

AUTORES/AUTHORS:
José Antonio Zafra Agea, Montserrat Carrascós Gómez, Angeles Maria Flores Imbernon, Cristina Suárez Valenzuela

TÍTULO/TITLE:
Percepción del adolescente del programa “Salut i Escola” en su instituto de secundaria.

Objetivo :

Analizar los conocimientos de los adolescentes sobre el programa “Salut i Escola” que se realiza en su instituto de secundaria, para valorar y dar respuesta a sus necesidades de salud.

Métodos:

Estudio multicéntrico descriptivo, de los adolescentes de segundo ciclo de la ESO, en el periodo escolar 2011-12, dentro de un área territorial sanitaria. Dicho estudio comprende un total de 5 Institutos distribuidos en 2 municipios.

Desde la Generalitat de Catalunya, a través de los departamentos de educación y salud, se instaura en los propios institutos el programa de “Salut i Escola” a partir del curso escolar 2004-05 con el objetivo de impulsar la promoción de la salud escolar y coordinar mejor las acciones a realizar en la edad adolescente.

La muestra se ha realizado a un total de 528 alumnos.

La recogida de datos se ha realizado a través de un cuestionario autoadministrado y anónimo.

Les variables recogidas son: sexo, edad, consultarías profesional “Salut i Escola”, ubicación consulta, confidencialidad, tipo de profesional y ante un problema de salud a quién consultaría.

Resultados:

La edad de los adolescentes está comprendida entre 14 y 18 años en ambos sexos.
El 52% de los centros estudiados son hombres.

El adolescente, ante una consulta de salud, vendría a la consultaría de “Salut i Escola”. Un 38% si acudiría, un 24% no vendría y un 38% no lo sabe.

El 63% si saben donde encontrar la consulta de “Salut iEscola” en su Instituto. El 77% saben que la consulta realizada es confidencial.

Los adolescentes creen que el profesional que esta en la consulta para atenderles es, un 35 % enfermería, un 28% médico, un 10% psicólogo y un 27% no lo saben.

Los alumnos consideran que ante un problema de riesgo acudirían en un 46% como primera opción a un familiar directo, padres/familia, el 37% amigos, el 13% a un profesional de salud y un 4% a los profesores del propio instituto.

Discusión:

El adolescente conoce el programa “Salut i Escola” que se realiza en sus institutos y delante un problema vendría a realizar la consulta, aunque mayoritariamente realizarían la consulta a otras personas de su entorno más cercano como los padres i/o familiares.

El abordaje de los motivos de consulta en el propio instituto por el profesional de enfermería, mejora el acceso de los adolescentes al sistema de Salud, garantizando la privacidad y la confidencialidad de la consulta.

El programa “Salut i Escola” nos permite un acercamiento a los adolescentes para facilitar la promoción de actitudes y hábitos saludables, reduciendo los comportamientos de riesgo para la salud y detectarlos precozmente, fomentando el autocuidado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

* Anón, Enfermeria en el programa «Salut i Escola» - Dialnet. Available at: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2753815 [Accedido junio 15, 2012a].
* Anón, Gaceta Sanitaria - Desigualdades en salud en Cataluña: ¿realmente en la agenda política? Available at: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000100017&script=sci_arttext [Accedido junio 15, 2012b].
*Anón, spa9.pdf. Available at: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfspa/spa9.pdf [Accedido junio 15, 2012c].
*Borgatti, S. & Collage, B., 2003. Conceptos básicos de redes sociales. En Ponencia presentada en las XXIII Conferencia Internacional de Redes Sociales.
*. Borrell, C. & Benach, J., 2006. La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. Gaceta Sanitaria, 20(5), pp.396–406.
*. Bouché Peris, J.H. et al., 2009. La Antropología de la Educación como disciplinas: proyecto de diseño.
Lafaurie, M.M. et al., SIGNIFICADOS DE ‘LA PAREJA’EN PROYECTOS DE VIDA DE JÓVENES AFECTADOS (AS) POR EL DESPLAZAMIENTO 2007.
* López de la Vieja de la Torre, M. & others, 2006. Bioética: del cuidado al género. En Bioética y feminismo: estudios multidisciplinares de género. pp. 107–130.
* Montero, P. & others, 2005. Reflexiones sobre una antropología de las sociedades complejas.

*Sexton, W.P. & Contin, A., 1977. Teorías de la Organización, Trillas.
* Téllez Iregui, G., 2002. Pierre Bourdieu. Conceptos básicos y construcción socioeducativa: Claves para su lectura. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.
* Tronto, J., 2004. Cuando la ciudadanía se cuida: una paradoja neoliberal del bienestar y la desigualdad. En Congreso internacional SARE.
*De la Vieja, M.T.., 2000. Feminismo: del pasado al presente, Universidad de Salamanca.

AUTORES/AUTHORS:
Juana Macias-Seda, Eugenia Gil-Garcia, Mª Ángeles García-Carpintero Prieto, Mª del Mar González Rodríguez

TÍTULO/TITLE:
Buenas Prácticas en Igualdad en el grado universitario de Enfermería

Justificación
El sistema de creencias sexistas representa un factor clave en la aparición de la Violencia, entendiéndolo, como una actitud que discrimina a las mujeres y legitima la utilización de la mima. , . Glick y Fiske sugieren que en las actitudes sexistas se combinan sentimientos subjetivamente negativos y positivos hacia los sexos, y esto lo definen como sexismo «ambivalente». Por tanto, el sexismo ambivalente constituye, un constructo bidimensional que abarca dos tipos de actitudes sexistas: hostiles y benevolentes. Entre sus predictores más analizados se hallan el género, las creencias sexistas o el nivel educativo . Las personas con creencias más tradicionales sobre el papel social y familiar de las mujeres atribuyen más responsabilidad a los personajes femeninos en los conflictos de pareja que aquellos/as con una visión menos tradicional sobre los roles. Esto justifica la necesidad de analizar y visibilizar los mitos que subyacen respecto a las violencias contra las mujeres, así como la importancia de dotar de estrategias de empoderamiento a los y las estudiantes, como personas y como futuros profesionales, ya que el fenómeno les puede afectar desde una doble vertiente, como protagonistas y nuestro caso como agentes de salud. Además, la modificación de los planes de estudios ha supuesto una excelente oportunidad para introducir contenidos específicos en igualdad. Por consiguiente, para capacitar adecuadamente, los planes de estudio deben incluir en las enseñanzas contenidos, habilidades y valores, que minimicen las creencias sexistas, potencien las actitudes críticas y nada tolerantes contra la violencia machista, así como, que aseguren los conocimientos sobre las consecuencias en la salud, las pautas para detectarla y prevenirla y los protocolos para abordarla. A la luz de lo comentado anteriormente, se implemento en el curso 2009-2010 en la titulación de Enfermería de la Universidad de Sevilla una materia obligatoria de Formación básica denominada "Género y Salud" con un total de seis Créditos Europeos (ECTS). Contemplando dentro de sus competencias enfermeras “la capacitación para el abordar la Violencia de Género”. Que a su vez potencie actitudes más igualitarias.
Objetivo
Valorar la influencia de la formación curricular “Género y Salud” en la actitud y capacitación frente de la violencia de género del alumnado de Enfermería de la facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. Esperando que el programa formativo reduzca las creencias sexistas y favorezca actitudes más igualitarias.
Metodología
Estudio cuasi-experimental de medidas repetidas Antes y Después a dos grupos: Grupo Estudio (GE) al cual se le ha impartido la asignatura “Género y Salud” y a un Grupo Control (GC) utilizando la escala Ambivalent Sexism Inventory (Glick y Fiske, 1996) versión española de Expósito, Moya y Glick (1998) que mide el Sexismo Hostil y el Sexismo Benevolente.
La Muestra constituida por 241 estudiantes de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. 67 hombres y 174 mujeres, con edad media de 20,02 ±3,7 años GE y 21, 6 ± 5,21 GC. La distribución ambos grupos fue intencional. La intervención educativa ha consistido en el desarrollo curricular de la asignatura Género y Salud” elaborada en base a los estudios de Género y a la normativa de Bolonia que regula los títulos de grados universitarios y en concreto al actual título de grado en Enfermería, el cual contempla dentro de sus competencias enfermeras “la capacitación para el abordar la Violencia de Género”. Se efectúo un ANOVA de medidas repetidas (ANOVA-MR) en un diseño mixto con un factor intergrupo (los dos programas sometidos a análisis en cada fase) y un factor intrasujeto (con dos niveles, medias “Antes” y “Después” de la Intervención).
Resultados
Se realizo un Análisis Factorial Confirmatorio de la escala AFC reduciendo su estructura inicial de 22 ítems a 13 ítems en la

estructura final según se muestra en la tabla, La fiabilidad de la escala ASI ha alcanzado valores de a 0.913 en el global y a 0.866 en la dimensión Sexismo Hostil y a ,848 Sexismo Benevolente.

El GE presenta Antes de la intervención valores de SH (1.41) y SB (1.54) superiores al GC SH (1.14) y SB (1,44) F1,236 =3,44 p>,05, disminuyendo estos en ambos grupos Después; SH (,914) y SB (1.03) en el GE y SH (1.06) y SB (1.37) en el GC respectivamente, F1,236 =1.34 p>,05 aunque las reducción es más acentuada en el GE. Después de la intervención, la disminución en el GE es más acentuada que en el GC SH (1.83 GE y 1.76 GC) y SB (2.05 GE y 2.18 GC) presentando diferencias significativas F1,235=17.79.

Conclusiones

La formación en “Género y Salud” reduce de las creencias sexistas Hostil y Benevolente y que son las mujeres las más receptivas a esta influencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ferrez, V.; Bosch, M; Ramis, C.; Torrs, G. y Navarro, C. (2005). La violencia contra las mujeres en pareja: creencias y actitudes en estudiantes universitarios. Psicothema, año/vol. 18, número 003. Universidad Oviedo:359-366.

Nayak, M.B., Byrne, C.A., Martín, M.K. y Abraham, A.G. (2003). Attitudes toward violence against women: a cross-nation study. Sex Roles, 49(7), 333-342.

Glick P, Fiske ST. (1999). The Ambivalence toward Men Inventory: Differentiating hostile and benevolent beliefs about men. Psychology of Women Quarterly; 23:519-36.

Díaz Aguado, M. J. (2003) “Adolescencia, sexismo y violencia de género” Papeles del psicólogo 23 (84,35-44

AUTORES/AUTHORS:
Arminda Pinheiro, Dolores Sardo

TÍTULO/TITLE:
Ámbitos de intervención en SVM durante la perimenopausia

La menopausia es un evento cultural y biopsicossocial. Con el aumento de la esperanza de vida es necesario preparar a las mujeres a vivir más tiempo con una mejor calidad de vida. Según el International Menopause Society (2011) los resultados de los estudios longitudinales indican que los síntomas vasomotores (SVM) son muy o moderadamente asociados con la menopausia, la prevalencia varía de 30 a 80% y existe controversia acerca de su asociación con los niveles de hormonas y otros factores (1) (2). La gestión de este malestar continúa siendo un desafío para las mujeres y para los profesionales. Hay referencia de la ineficiencia de la atención profesional (3).
OBJETIVOS
Identificar la prevalencia y severidad SVM en la perimenopausia (segun lo Sistema STRAW) (4)
Analizar factores asociados
Identificar áreas sensibles de la intervención de las enfermeras
METDODO
Población de estudio de base comunitaria, transversal, correlacional, en el programa de doctorado en Enfermería UCPortuguesa;
Muestra no probabilística accidental intención, consentimiento informado
n = 600 mujeres portugués; 40-55 años; Provincia Minho
Instrumentos: Entrevista con cuestionario
Autoinforme Menopause Rating Scale (MRS) (5), Escala de Autoestima Rosemberg (6)(7), Escala de Satisfacción Apoyo Social (8), Herth Hope Index (9), Actitudes y Creencias ante la Menopausia (construcción y validación: 18 itens y 4 dimensiones:cambios en los roles, en la sexualidad, en la apariencia y mientras que envejecimiento y enfermedad)
Recogida datos: entrevista con cuestionario; após 4 semanas retest del MRS, por teléfono
Niveles plasmáticos FSH y E2 (ventana de 2-5 días del ciclo o por aproximación se amenorrea de 3 a 11 meses), procesamiento de las muestras del soro según normas standards
Criterios inclusión: ovario y útero intacto, no terapia hormonal, irregularidad menstrual (STRAW)
Variable dependiente SVM, la prevalencia y gravedad
Variables Independientes
F. sociodemográficos: edad, rural / urbano, educación, pareja, situación laboral, ingresos
F. psicosociales: percepción global bienestar, autoestima, satisfacción apoyo social, actitud hacia la menopausia, acontecimientos estresantes, informes de proyectos
Estilo de vida: nº comidas fumar cafeína alcohol ejercicio físico
Biológica: IMC, FSH y E2
Historia depresión anterior, síndrome premenstrual
Historia menstrual
Tratamiento y análisis de datos SPSS versión 19.0. medidas de tendencia central, dispersión y de asociación (Spearman Rho, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney), el análisis factorial de componentes con rotación varimax, criterio KMO, esfericidad de Bartlett, validación alfa Cronbach Evaluación del factor de modelo de regresión logística (GFI y RMSR)
Resultados
SVM 51,2% no tenían, 17,8% leve, 5,5% moderado, 9,2% graves y 16,3% muy grave

El aumento de la SVM se asoció significativamente (p <0,01, p <0,05) con la edad (años), estado civil (casado), bajo nivel educativo, la incertidumbre laboral, los bajos ingresos, el nº de comidas por debajo del 3 / día, el consumo de café (bajo), la falta de proyectos profesionales, de ocio y de personal, los acontecimientos estresantes de la vida, baja auto-estima, la actitudes negativas, baja satisfacción con el apoyo social, la percepción global de bienestar negativa, historia previa de depresión y síndrome premenstrual y los altos niveles de FSH.
La regresión logística Forward: LR reveló que la actitud negativa de la menopausia miestra un proceso dela iniciación del envejecimiento y de la enfermedad (b = -0,349 3menopausa factor; X2wald (1) = 28.724, p = 0,000, OR = 0,705), actitud negativa a los cambios del aspecto físico en la menopausia (b = -0,210 4menopausa factor; X2wald (1) = 12.990, p = 0,000, OR = 0,811), la autoestima baja(b = -0,093 autoestima; X2wald (1) = 25.857, p = 0,000, OR = 0,912) y fase tardia de la perimenopausia (b = -0,962; X2wald (1) = 19.459, p = 0,049, OR = 0,38) mostraron un efecto estadísticamente significativo sobre la probabilidad de tener SVM de acuerdo con el modelo Logit (G2 (4) = 143.190, p = 0,000, X2HL (8) = 12.296, p = 0,138, = 0,212 R2CS, R2N = 0,299). La sensibilidad del modelo es 88,9% y la especificidad és 44,1. El porcentaje de casos clasificados correctamente es 75,0%. El modelo ajustado también proporciona una capacidad de discriminación aceptable (ROC = 0,793, p = 0,000).
Implicaciones para la práctica:En un paradigma bio-psico-social, la transición a la menopausia implica un cuidado atento de las necesidades de cada mujer. Corresponde a una ventana de oportunidad para la prevención y detección temprana de cambios en la salud y, en segundo lugar, és un período de desarrollo personal y de la recentração de la mujer. El cuidado de enfermería requiere un enfoque integral que mejora las capacidades de las personas para hacer frente a enfermedad y mejorar su bienestar. Los resultados de este estudio refuerzan los resultados que relacionan las quejas con los aspectos psicosociales (10) (11). Hay necesidad de trabajar con las mujeres su autoestima y promover câmbios de las actitudes hacia la menopausia y apoyar las su decisiones informadas para mejorar su bienestar

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1)International Menopause Society (2011)Writing Group -D. W. Sturdee; A. Pines Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health.CLIMACTERIC 2011;14:302–320
(2)PACHMAN et al. (2010)Management of menopause-associated vasomotor symptoms: Current treatment options, challenges and future directions.International Journal of Women's Health 2010:2 123–135.2010:2 123–135
(3)RATKA et al. (2009) Association of Various Dimensions of Hot Flashes with Systemic Levels of Gonadal Steroids Experimental Biology and Medicine April 2009 vol. 234 no. 4 395-402
(4)HALE et al. (2007)Endocrine Features of Menstrual Cycles in Middle and Late Reproductive Age and the Menopausal Transition Classified According to the Staging of Reproductive Aging Workshop (STRAW) Staging System. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism August 1, 2007 vol. 92 no. 8 3060-3067
(5)HEINEMANN et al.(2003)International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health and Quality of Life Outcomes Vol. 1(28)2003.Berlin
(6)SANTOS, P. J. (2008)Validação da Rosenberg Self-Esteem Scale. Numa Amostra de Estudantes do Ensino SuperiorFormas e Contextos Vol. XIII (CD-Rom). Braga. Psiquilíbrios
(7)SANTOS, P. J.; MAIA, J.(2003)Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de RosenbergPsicologia : teoria, investigação e prática, 2, 2003, p. 253-268
(8)RIBEIRO, J. L. P.(1999)Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)Análise Psicológica (1999), 3 (XVII): 547-558
(9)Sartore, A.; Grossi, S. (2008) Escala de Esperança de Herth - Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa*Rev Esc Enferm USP 42(2):227-32

(10)HUNTER, M. E MANN, E.(2010) A cognitive model of menopausal hot flushes and night sweats.PSYCHOSOMATIC RESEARCH Volume 69, Issue 5, (November 2010) 491-501
(11)HUNTER et al (2011)Prevalence, frequency and problem rating of hot flushes persist in older postmenopausal women: impact of age, body mass index, hysterectomy, hormone therapy use, lifestyle and mood in a cross-sectional cohort study of 10 418 British BJOG 2012 Jan;119(1):40-50.

AUTORES/AUTHORS:
Ana Romano, Elza Lemos, José Manuel Dias, Conceição Rainho, Isabel Barroso, Cristina Antunes, Amâncio Carvalho, Maria João Monteiro

TÍTULO/TITLE:
Cribado de salud mental en una muestra de personas mayores en el Norte de Portugal

Diferentes estudios han demostrado que la salud mental es crucial para el bienestar general de los individuos y de las comunidades. Se proyecta para el futuro un aumento significativo de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los ancianos, incluidos los casos de demencia derivados del envejecimiento de la población. La prevalencia de demencia aumenta 1% cada cinco años hasta los 65 años, al 30% a los 85 años, duplicando entre 60 y los 95 años, la incidencia de la enfermedad de Alzheimer en las mujeres es superior (WHO, 2002). El Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar (2008), recomienda medidas para promover la salud mental y el bienestar de las personas mayores que reciben cuidados de salud o sociales, tanto en la comunidad como en las instituciones. El Plan Nacional de Salud Mental 2007-2016 de Ministerio de Salud (2008) aboga por la protección de los grupos especialmente vulnerables de los que forman parte las personas mayores. Lo que debe estar presente en nuestra práctica como profesionales de la salud es el proceso de optimizar las oportunidades de salud, con base en los factores determinantes de la salud, es decir, los problemas personales, sociales, económicos y ambientales, contribuyendo así a mejorar la calidad de la vida en la tercera y cuarta edad (OMS, 2002).

1 – Objetivos: el objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de trastornos mentales en una muestra de personas mayores, que no habían sido diagnosticadas previamente y que son atendidas en Residencia de Mayores.
2 – Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo de sección transversal. Hemos seleccionado una muestra no aleatoria de 110 ancianos de ambos sexos. Los criterios de inclusión para participar en este estudio fueron: no tener impedimento cognitivo y no haber sido previamente diagnosticado con trastornos mentales.
Los instrumentos de recogida de datos: se utilizó un cuestionario socio demográfico con los datos de identificación, tales como: edad, sexo, estado civil, educación, duración de la estancia en la residencia. La Escala de Cribado de Salud Mental - ER80 (Abreu & Pato, 1981), debido a que es una escala adaptada a las condiciones socioculturales de la población portuguesa, ha sido usada en diferentes estudios, también es de aplicación rápida y fácil. La escala ER80 consta de 16 ítems; según la metodología de sus autores, en la determinación de la puntuación final se suma un punto por cada respuesta positiva, y el umbral de positividad es >= 6 para los hombres y >= 7 para las mujeres, los participantes que presenten las puntuaciones referidas hasta al límite superior del intervalo, son clasificados como ER80 positivos. El tratamiento estadístico de los datos se realizó mediante versión 19.0 del programa Statiscal Pakage for the Social Science.

3- Resultados: los resultados se relacionan con el análisis estadístico de datos organizados para cumplir con el objetivo de este estudio. En las características socio demográficas, podemos observar que la muestra consta de 110 ancianos, 72 (65,5%) eran mujeres y 38 (34,5%) varones, cuyo promedio de edad es 80,67, SD = 9, 89 para las mujeres y 79,24, SD = 10 en los hombres. De los resultados obtenidos y mediante la aplicación de la escala ER80 se observó que en los hombres la probabilidad de desarrollar un trastorno mental fue de 2 (5,3%) y en mujeres fue de 19 (26,4%); en la totalidad de la muestra 21 (19,09%) de los participantes tienen un riesgo más alto de eventualmente desarrollar algún tipo de trastorno mental, todavía debe ser confirmada con la realización de una entrevista clínica; estos resultados son similares a los del estudio realizado por Simões e Gama (2000).

4 – Discusión: El porcentaje de positividad en la ER80 es más alto en mujeres que en los hombres, los resultados van en contra de

otros estudios que muestran que las mujeres tienen una probabilidad más elevada de desarrollar algún tipo de trastorno psiquiátrico. En este estudio, las mujeres pueden ser consideradas como un probable grupo de riesgo, lo que indica la necesidad de intervención clínica en consonancia con estos resultados (Gonçalves & Meireles, 1998; Simões & Gama, 2000). A pesar de las limitaciones del estudio, la muestra es no aleatoria y es un estudio de corte transversal, creemos que estos datos pueden contribuir a la reflexión y punto de partida para realizar futuras investigaciones adicionales, utilizando otros métodos en otros contextos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Abreu, J. L. P., & Pato, M. L. (1981). A utilização de uma escala de rastreio em em epidemiologia psiquiátrica, Psiquiatria Clínica, 2 (2), 129-133.

- Gonçalves, A. J., & Meireles, A. (1998). Morbilidade psiquiátrica numa unidade de dor. Rev. Port. Anest., 9, 53-59.

- Governo de Portugal (2012). Ano Europeu do envelhecimento ativo: Programa de Acão 2012. Lisboa.
- Ministério da Saúde. Alto comissariado de Saúde (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo executivo: Lisboa: Autor

- Simões, J. A., & Gama, M. E. A. (2000). Rastreio em saúde mental a um amostra de utilizadores da consulta sem diagnóstico de perturbação mental. Psiquiatria Clínica, 21 (1), 49-55.

- WHO (2002). Active Ageing, a Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid.

- WHO (2008). Pacto europeu para a saúde mental e bem-estar. Conferencia de alto nível da UE juntos pela saúde mental e pelo bem- estar. Bruxelas.

AUTORES/AUTHORS:
Mª Ángeles Castejón Vidal, Esther Mª Martínez Gil, Emilio Juan Gomariz Vicente

TÍTULO/TITLE:
Eficacia de la analgesia postoperatoria epidural en cirugía ortopédica y traumatológica.

Introducción: el dolor agudo postoperatorio se define como la experiencia sensorial y emocional desagradable secundaria a una lesión producida por el acto quirúrgico. La actuación de enfermería ante el diagnóstico del dolor agudo, va encaminada a aliviarlo o disminuirlo a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente, ya que el adecuado control del dolor postoperatorio es una parte esencial de los cuidados de enfermería. Las bombas elastoméricas son dispositivos mono uso que permiten la administración de fármacos de manera continua, ayudando a mantener unos niveles plasmáticos del fármaco estables.
Objetivos: valorar la eficacia de la analgesia epidural mediante el uso de infusores elastoméricos para el tratamiento del dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía traumatológica de rodilla en el ámbito hospitalario. Conocer los efectos adversos derivados de la analgesia epidural mediante elastómero.
Método: se llevó a cabo un estudio descriptivo prospectivo desde Enero hasta Junio de 2012 en la Unidad de Traumatológica del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia sobre el grado de dolor y efectos secundarios de la analgesia epidural en pacientes programados para cirugía de rodilla durante las primeras 48 horas del postoperatorio, siendo éstos portadores de infusor elastomérico. Los datos se obtuvieron de la historia clínica del paciente. La recogida de la información se llevó a cabo por una enfermera de la unidad, utilizándose un registro diseñado para tal fin. Las variables estudiadas han sido: nivel del dolor (mediante escala EVA), edad, sexo, antecedentes, riesgo anestésico (a través de la clasificación del estado físico de la ASA), complemento analgésico, necesidad de rescate analgésico y efectos adversos derivados de la analgesia.
Resultados: se incluyó al total de pacientes de la población de estudio, de los que 24 son mujeres (85.71%) y 4 son hombres (14.29%), con edades comprendidas entre los 28 y 86 años, con una media de 71 DE 11 años. cuyos antecedentes personales más comunes son la HTA (75% de los casos) y la obesidad (25%). Se consideró el riesgo anestésico, obteniendo 14 sujetos con ASA I (50%), 8 con ASA II (28.57%) y 6 con ASA I (21.42%). En cuanto al control del dolor, a pesar de estar complementados con AINES en perfusión continua, el 57.14% de los pacientes requirieron rescate analgésico (presentando una puntuación en escala EVA > a 4). Considerando los efectos adversos, los más frecuentes han sido náuseas y/o vómitos (21.42% de los casos), prurito generalizado (14.28%), hipotensión (14.28%) y parestesias en miembros inferiores (7.14%).
Discusión: El dolor agudo postoperatorio es severo durante al menos 48 horas (es el tiempo que mantenemos la analgesia epidural según protocolo), tal como muestran las puntuaciones obtenidas por los pacientes y la necesidad de complemento analgésico intravenoso, así como el elevado número de los mismos que precisa pauta de rescate. La analgesia epidural es eficaz en un régimen multimodal, pero presenta un alto índice de efectos adversos, alguno de los cuales pueden ser graves, de ahí que estos pacientes requieran vigilancia neurológica. La terapia analgésica epidural mediante infusor elastomérico requiere el uso de coadyuvantes en perfusión continua (principalmente AINES) y rescate por dolor en las primeras 48 horas del postoperatorio. Los efectos adversos más frecuentes derivados de la analgesia epidural han sido náuseas y vómitos, obteniendo también, aunque en menor número de casos, prurito generalizado, sedación y parestesias en miembros inferiores.
Implicación para la práctica: el uso de analgesia epidural supone un riesgo añadido para el paciente, por lo que debe ser lo suficientemente eficiente para compensar estos riesgos, por lo que es preciso profundizar en las dosis y pautas actuales de analgesia para proporcionar el alivio del paciente, o plantear la implantación de otras medidas de alivio del dolor con menor riesgo y mayor eficacia para combatir el dolor postoperatorio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:
Moliner Vázquez, S. Protocolos de tratamiento del dolor agudo postoperatorio en COT. Servicio de Anestesia, Reanimación y tratamiento del dolor Consorcio HGU de Valencia.
Fowler SJ el al. Epidural analgesia compared with Periphearls nerve blockade alter major knee surgery: a systematic reviw and meta-analysis of randomized trials. Br J Anaesth 2008 100(2): 154-164.
Pérez Mañanos, R; Vaquero Martín, J; Villanueva Martínez, M. Estudio experimental sobre el patrón de penetración del cemento óseo en la artroplastia de rodilla según la técnica de cementación empleada .Trauma (Mapfre) 2012; 23(1): 48-58.
Tveit TO, Seiler S, Halvorsen A, Rosland JH. Labour analgesia: a randomized, controlled trial comparing intravenous remifentanyl and epidural analgesia with ropivacaine and fentanyl. Eur J Anaesthesiol. 2012 Mar; 29(3): 129-36.
Atienzar MC, Palanca JM, Borras R, Esteve I, Fernandez M, Miranda A.. Ropivacaine 0.1% with fentanyl 2 microg mL(-1) by epidural infusion for labour analgesia. Eur J Anaesthesiol. 2004 Oct; 21(10):770-5
Meftah M, Wong AC, Nawabi DH, Yun RJ, Ranawat AS, Ranawat CS. Pain management after total knee arthroplasty using a multimodal approach. Orthopedics. 2012 May;35(5):e660-4. doi: 10.3928/01477447-20120426-19.

Spreng UJ, Dahl V, Hjall A, Fagerland MW, Ræder J. High-volume local infiltration analgesia combined with intravenous or local ketorolac+morphine compared with epidural analgesia after total knee arthroplasty.Br J Anaesth. 2010 Nov;105(5):675-82.

AUTORES/AUTHORS:
ANA ISABEL COBO-CUENCA, MANUEL DE LA MARTA FLORENCIO, JUAN PEDRO SERRANO SELVA, MIGUEL VIRSEDA CHAMORRO, MANUEL ESTEBAN FUERTES, NOELIA MARTIN ESPINOSA

TÍTULO/TITLE:
Calidad de vida del varón con disfunción sexual con y sin lesión medular.

Se define disfunción eréctil (DE) como “la incapacidad del varón para lograr un pene erecto como parte del proceso multifactorial de la función sexual del varón”
La DE tiene una prevalencia mundial muy elevada, estimándose que supera los 100 millones de personas En España se estima que 2 millones de varones con edades comprendidas entre los 25 y los 70 años (19.1%) padecen disfunción eréctil. Siendo la prevalencia según edad del 8,6% (rango de edad: 25-39 años), del 13.7% (40-49 años), del 24.5% para (50-59 años) y del 49% (60-70 años) (1).
Actualmente nadie duda del gran impacto que provoca la disfunción eréctil (DE) en los varones que la padecen tanto en la calidad de vida (CDV) como en los estados de ánimo (2). Relacionándose con mayores niveles de depresión y ansiedad y peor autoestima (3).
En España se estima entre 800 y 1000 casos nuevos al año. El mayor porcentaje se produce en la franja de edad de los 20 años a los 40 años, de ellos casi el 80% son varones y el 70% son de etiología traumática (4).
En general, las personas con LM tienen peor calidad de vida que las personas sin LM (5,6,7,8). Los lesionados medulares refieren tener una menor CDV cuando hay infecciones urinarias (6), disfunción vesical y/o intestinal, disfunción sexual (9), disfunción motora, dolor (2.3) y úlceras por presión.
Los objetivos del estudio son: 1) Valorar la calidad de vida (CDV) de los varones con y sin LM que refieren tener disfunción sexual. 2) Identificar las estrategias de afrontamiento que más utilizan. 3) Conocer el estado de ánimo actual y el nivel de autoestima de los mismos.
Material y método:
Estudio con diseño correlacional y transversal realizado en el Hospital Nacional de Parapléjicos y el Hospital “Virgen de la Salud” de Toledo (2009-2011) con una muestra formada por 124 varones con disfunción sexual (Grupo A: 57 con lesión medular y Grupo B: 67 sin lesión medular). Las variables de estudio son: Edad, nivel de lesión medular, tipo de lesión, CDV, estrategias de afrontamiento utilizadas, autoestima, ansiedad, depresión y tipo de disfunción sexual. Previo consentimiento informado, se procedió a la recogida de datos utilizándose las siguientes escalas autoinformadas:
1) Escala de satisfacción con la vida de Fugl-Mayer (10), mide la calidad de vida.
2) Escala de Ansiedad y depresión hospitalaria (11) (HADS), mide la ansiedad y la depresión.
3) Escala COPE (12) para las estrategias de afrontamiento.
4) Escala de Autoestima de Rosenberg.
El análisis estadístico de los datos se ha realizado con SPSS19, mediante frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión. Contraste de Kolmogorov-Smirnov para homogeneidad de los datos. T de student, ANOVA y correlación de Pearson.
Resultados:
La Calidad de Vida General, Social y Económica de la muestra se puede considerar como buena. Siendo solo aceptable la satisfacción con la vida sexual.
Las personas con DE y LM (grupo A) tienen significativamente mejor calidad de vida social que las del grupo de personas con DE y sin LM.
Del total de la muestra, se diagnosticaron 32 casos de depresión (25.8 %) y 60 casos de ansiedad (48.38%). Mayores puntuaciones en depresión correlacionan significativamente con peor autoestima y mayores niveles de ansiedad. Además correlaciona con una

peor Calidad de Vida Social y Sexual. Mayores puntuaciones en ansiedad se asocian a mayores puntuaciones en depresión y a una autoestima más baja.

El grupo B (no lesionados medulares) puntúa significativamente más en ansiedad y depresión, que el grupo con LM (grupo A).

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron, “crecimiento personal”, “aceptación”, “reinterpretación positiva”, “planificación y afrontamiento activo”, que se relacionan significativamente con una mayor calidad de vida.

Discusión:

La utilización de determinadas estrategias de afrontamiento mejora la Calidad de vida; Contra todo pronóstico las personas con LM refieren estar más satisfechos con su vida social que las personas sin LM y con disfunción sexual.

Conclusión/Implicaciones en la práctica:

Se destaca la importancia de enfocar los cuidados enfermeros aún más, en las estrategias de afrontamiento del individuo para facilitar unos resultados adaptativos, ayudando en definitiva a mejorar la CDV.

Sería útil además del tratamiento farmacológico para la disfunción sexual, implantar planes de cuidados de enfermería que profundicen en el patrón Sexualidad-reproducción, definiendo los diagnósticos de enfermería (NANDA) con sus respectivas resultados (NOC) e intervenciones (NIC).

Se aconseja además, implantar programas de educación sexual, dirigidos tanto al varón con disfunción sexual como a su pareja, encaminados a ofrecer una visión sexual más amplia, una adecuada actitud hacia la propia sexualidad, con estrategias que potencien la autoestima, el autoconcepto y que mejoren las habilidades de comunicación y de solución de problemas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Martín-Morales A, Sánchez-Cruz JJ, Sáenz de Tejada I, Rodríguez-Vela L, Jiménez-Cruz JF, Burgos-Rodríguez R.(2001). Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiology of dysfunction Erectile Male Study (EDEM). J Urol. 2001; 66(2): 569-574.

2. Gralla O, Knoll N, Fenske S, Spivak I, Hoffmann M, Rönnebeck C, Lenk S, Hoschke B, May M. Worry, desire, and sexual satisfaction and their association with severity of ED and age. J Sex Med 2008; 5:2646–55.

3. Makhlouf, A., Kparker, A. y Craig, S. (2007). Depresión y disfunción eréctil. Clín Urol de Norteamérica, 34(4), 565-574.

4. Mazaira J, Labarta MC, Rufo J, Romero J, Alcaraz MA, Aponte A. Epidemiología de la lesión medular de 8 Comunidades Autónomas, 1974-1993. Médula Espinal. 1987; 3: 28-57.

5. Benony H, Daloz L, Bungener C, Chahraoui K, Frenay C, Auvin J. Emotional factors and subjective quality of life in subjects with spinal cord injuries. Am J Phys Med Rehabil. 2002; 81(6):437-445.

6. Haran MJ, Lee B, King MT, Marial O, Stockler M. Health status rated with the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey after spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2005; 86(12): 2290-5.

7. Kennedy P, Rogers BA.. Reported quality of life of people with spinal cord injuries: a longitudinal analysis of the first 6 months post-discharge. Spinal Cord. 2000;38: 498-503

8. Lidal IB, Veenstra M, Hjeltnes N, Biering-Sorensen F. Health-related quality of life in persons with long-standing spinal cord injury. Spinal Cord. 2008; 46(11): 710-5.

9. Cobo-Cuenca AI, Serrano-Selva JP, Marta-Florencio M, Virseda M, Esteban M, Sampietro A, Martin N. Calidad de vida del varón con lesión medular traumática y disfunción sexual. Enferm Clin. 2012; 22:205-8.

10. Fugl-Meyer AR, Eklund M, Fugl-Meyer KS. Vocational rehabilitation in Northen Sweden. Aspects of life satisfaction. Scand J Rehab Med 1998; 23: pp 83-7.

11. Zigmon AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Act Psych Scand 1983; 67: pp 361-370.

12. Carver Ch, Scheier MF, Weintraub JK. Assesig coping strategies: theoretically Based approach. J personl soc Psych 1983; 56(2),

267-283.

AUTORES/AUTHORS:
CARMEN GONZALEZ FERNANDEZ, CARMEN LUPIÓN MENDOZA, CARIDAD GARCIA BRIZ, MARIA DOLORES ALEX SANCHEZ, MARIA JOSE ANTÚNEZ DOMINGUEZ, CONCEPCIÓN ROMERO BRIOSO, PILAR NARANJO CORTÉS, MARIA EUGENIA ACOSTA MOSQUERA, JESUS RODRIGUEZ-BAÑO

TÍTULO/TITLE:
Percepción de pacientes sometidos a aislamiento hospitalario para prevención y control de infecciones.

El control de las infecciones constituye una de las principales preocupaciones de los organismos sanitarios internacionales(1); así, en el ámbito hospitalario, se ha generalizado la práctica del aislamiento de pacientes colonizados/infectados por microorganismos multirresistentes, que se transmiten por contacto directo.
Como toda intervención sanitaria, los aislamientos pueden estar asociados a riesgos potenciales que comprometan la seguridad del paciente. (2,3).
Algunos autores sugieren que los pacientes sometidos a aislamiento hospitalario para la prevención y control de infecciones, tienen el doble de posibilidades de padecer efectos adversos evitables, y expresar mayores niveles de insatisfacción con la atención recibida, con respecto al resto de los pacientes hospitalario.(2,3,4,5)
En nuestro contexto, se carece de investigaciones que hayan abordado la complejidad de la práctica del aislamiento hospitalario para la prevención y control de infecciones, así como la visión que de dicha práctica poseen los pacientes.
Aunque existen algunas recomendaciones, se observa un desconocimiento generalizado sobre el enfoque y las percepciones que tienen los pacientes ante la situación de aislamiento.
Objetivos:
Identificar las necesidades y problemas en los pacientes sometidos a aislamiento hospitalario para la prevención y control de infecciones en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla.
Metodología:
Se ha realizado un diseño descriptivo, mediante técnicas cualitativas.
La recogida de la información se ha realizado mediante entrevistas individuales semiestructuradas, de aproximadamente 20-25 minutos de duración, cuyo guión está basado en las experiencias reflejadas en la literatura sobre los pacientes sometidos a este tipo de aislamiento.
La recogida de datos se ha dado por finalizada cuando ha alcanzado el criterio de saturación teórica de la información.Dichas entrevistas han sido grabadas previo consentimiento firmado de todos los participantes, y posteriormente han sido sometidas a análisis cualitativo según el método de Giorgi (6).
Las investigadoras, finalmente, han redactado una descripción general captando la opinión de los pacientes.
Resultados:
- Los pacientes destacan la mayor intimidad y tranquilidad en la habitación individual de aislamiento; no obstante, algunos echan en falta hablar con compañeros, compartir charlas y poder salir de la habitación.Esta situación les hace sentirse solos o abandonados a veces .
- Los pacientes refieren ignorar, en su mayoría, los motivos por los que están aislados.

Discusión:
Este estudio ha favorecido la revisión crítica de este procedimiento sanitario (aislamiento hospitalario), y los resultados preliminares nos han permitido el planteamiento de líneas de mejoras en las áreas deficitarias encontradas. A saber:
* La enfermera de control de infecciones del hospital visita regularmente a los pacientes y cuidadores para proporcionar información

y resolver duda; a partir de los resultados del estudio, esta información verbal es complementada con apoyo de material escrito en la habitación de aislamiento, donde queda reflejado el tipo de microorganismo, las precauciones a observar, y las medidas a tomar por parte de cuidadores y visitas.

* En la historia del paciente se refleja, asimismo, información sobre el tipo de aislamiento y precauciones para reforzar el conocimiento de los profesionales que los atienden.

* si la enfermera a través de estas visitas, detecta que el paciente expresa determinado grado de ansiedad por el aislamiento, se le facilita la salida de la habitación de forma esporádica, haciendo hincapié en las normas a seguir.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1Garner JS, Simmons BP: “ CDC Guideline for isolation Precautions inHospital”. (1983); Infection Control. 4 (4 suppl): 245-325.

2. Stelfox HT, Bates DW, Redelmeier DA: “Safety of patients isolated for infection control” (2003); JAMA. 290(14):1899-905

3. Kirkand K, Weinstein J: “Adverse effect of contact isolation”. (1999) Lancet.54(9185): 1177-1178.

4. Larson EL, Cohen B, Ross B, Behta M: “ Isolation Precautions for methicillin-Resistant Staphylococcus aureus: Electronic Surveilance to Monitor Adherence.
(2010); American Journal Critical Care. 19 (1) 16-26.

5. Davies H, Rees J: “Psychological effects of isolation nursing (1)” Mood disturbance”. (2000). Nurs Stand. Mar 29-Apr 4; 14 (28): 35-8.

6. Giorgi, A: “The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure”.(1997). Journal of phenomenological psychology 28;(2):235-261.

AUTORES/AUTHORS:
CÉSAR PÉREZ SOLER, Mª MONTSERRAT SÁNCHEZ ORTUÑO, PEDRO TORRENTE CAMPOY

TÍTULO/TITLE:
Automonitorización de glucemia capilar (AMGC) en diabéticos tipo 2 sin insulina en el Área IV de Salud de Murcia

OBJETIVOS
El Objetivo principal es analizar si hay relación entre la Automonitorización de Glucemia Capilar (AMGC) y el control de la diabetes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que no usan insulina
Y como secundarios explorar si el sexo está asociado con el control de la diabetes y con la AMGC

MÉTODOS
El estudio se ha realizado en el Área IV de Salud de la Región de Murcia, y recogimos datos de 2011 de la Historia Clínica Electrónica de AP, base de datos del Laboratorio y base de datos diseñada ad hoc en el Área IV para el control del consumo de tiras reactivas
Encontramos 6.390 diabéticos en OMI-AP, de los que 4.456 no usan insulina. 2.814 tenían registro de Glucemia Capilar en su Historia Clínica, 1.720 de HbA1c en el Laboratorio, y 960 usaban tiras reactivas
Las variables estudiadas son:
• Control de diabetes: Glucemia Capilar Basal <130 mg/dl y HbA1c <7%, calculando la media de los registros del paciente y transformando el valor numérico en una variable cualitativa: Control sí/no
• La AMGC, medida con dos variables: una cualitativa: usa tiras sí/no y otra cuantitativa, número total de tiras usadas
• Sexo y edad
Los datos se analizaron con SPSS v.19.0.0, utilizando la prueba de la X2 de Pearson y la prueba t de Student

RESULTADOS
La muestra tenía edad media de 68 años, 47,8% hombres, glucemia capilar media de 132 mg/dl, HbA1c <7% y un 21,5% utilizaban la AMGC, usando una media de 265 tiras/año
Existe asociación estadísticamente significativa entre el uso de tiras y el control de la diabetes. Los pacientes que usan tiras tienen peor control que los que no las usan, tanto de glucemia como de HbA1c
Por contra, la relación entre el número total de tiras y el control de la diabetes no es estadísticamente significativa. No hay diferencias entre el número de tiras que usan los pacientes que tienen controlada la glucemia capilar o la HbA1c y los que no
La relación entre el sexo y el control de la glucemia capilar (sí o no), no es estadísticamente significativa. No hay diferencias según el sexo en el buen o mal control
Pero en la HbA1c, sí hay asociación significativa entre las variables. Un mayor porcentaje de hombres que de mujeres presenta control de la HbA1c
También hay asociación estadísticamente significativa entre sexo y AMGC en las dos variables, con mayor porcentaje de hombres que de mujeres que sí usan tiras y que han usado un número superior de tiras

DISCUSIÓN
Según los resultados, la AMGC no se relaciona con un mejor control de la diabetes, los pacientes que sí utilizan tiras reactivas no muestran mejor control, tanto en Glucemia capilar como en HbA1c
Respecto al sexo, hay más hombres que mujeres que utilizan tiras y, el número de tiras que utilizan es mayor, pero

sorprendentemente, también hay mayor porcentaje de hombres con la diabetes bajo control, por lo que sería interesante explorar, si los profesionales sanitarios tienden a prescribir la AMGC más en los hombres y/o si esta estrategia ayuda a motivar más a los hombres para su autocuidado que a las mujeres

Respecto a las implicaciones para los cuidados de Enfermería, siguiendo el modelo de autocuidado de Orem: “La persona es un todo que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados. Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de otros servicios de salud porque está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. La enfermera completa los déficits de autocuidado causados por las diferencias entre las necesidades de autocuidado y las actividades realizadas por la persona. El rol de la enfermera, pues, consiste en persuadir a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autocuidados utilizando un modo de asistencia: enseñar. Para ello la enfermera se vale de un modo de actuación: de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona.”
Debemos tener claro que la AMGC por sí misma no tiene efecto directo sobre el control glucémico o sobre los resultados clínicos en el manejo de la diabetes. Sólo puede ser eficaz cuando se usa como parte de una estrategia más amplia de gestión que incorpora la educación del paciente sobre la interpretación de los resultados y las respuestas adecuadas, es decir, cuando está integrado en una estrategia de autocontrol que permite al diabético adaptar su régimen terapéutico a los resultados del análisis
Para que el autoanálisis se integre de forma eficaz en el régimen de autocuidados, el diabético debe estar motivado y aceptar hacerlo, debe ser capaz de aprender a realizar la técnica, registrar los resultados adecuadamente, ser capaz de interpretar los resultados, y saber usar esos resultados para modificar el régimen terapéutico de forma eficaz
Así, si el objetivo de la enfermera es conseguir que el usuario alcance el máximo nivel de autocuidado, debemos reflexionar si los pacientes que utilizan el AMGC están obteniendo el máximo beneficio, de manera que estemos haciendo óptimo uso de los recursos, ya que según los resultados del estudio, la AMGC para los pacientes diabéticos tipo 2 que no usan insulina no se relaciona con una mejora de los indicadores de buen control glucémico (HbA1c y Glucemia capilar)

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

· Welschen LMC. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes who are not using insulin. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005
· Malanda UL. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. Cochrane database of systematic reviews. 2012
· de Verteuil R. Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes mellitus: systematic review of economic evidence. JBI Library of Systematic Reviews 2010
· Aspinall SL. Cost-effectiveness of blood glucose monitoring is controversial. Am J Manag Care. 2008
· Cameron C. Cost-effectiveness of self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus managed without insulin. CMAJ. 2010
· Clua Espuny JL. Cost-effectiveness analysis of self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetics. Gac Sanit. 2000
· Soriguer F. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. Diabetologia. 2012
· Gragera Gabardino F. Guía de diabetes en la consulta de enfermería. Guías de actuación para la eficacia. 2003
· Lafuente Robles N. Guía de atención enfermera a personas con diabetes. 2006
· Cortázar Galarza A. Guía de Práctica Clinica sobre Diabetes Tipo 2. 2008
· Gray A. Cost effectiveness of an intensive blood glucose control policy in patients with type 2 diabetes: economic analysis alongside randomised controlled trial. United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. BMJ. 2000
· ADA. Standards of medical care in diabetes 2012. Diabetes Care. 2012

· Farmer AJ. Blood glucose self-monitoring in type 2 diabetes: a randomised controlled trial. Health Technol Assess. 2009
· Simon J. Cost effectiveness of self monitoring of blood glucose in patients with non-insulin treated type 2 diabetes: economic evaluation of data from the DiGEM trial. BMJ. 2008
· Weber C. Impact of self-measurement of blood glucose on complications of type 2 diabetes: economic analysis from a Czech perspective. Curr Med Res Opin. 2010
· O'Kane MJ. Glycaemic control was not affected by self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes. Evidence Based Medicine. 2008
· Farmer A. Self-monitoring of blood glucose did not improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes not treated with insulin. Evidence Based Medicine. 2008
· Franciosi M. ROSES: role of self-monitoring of blood glucose and intensive education in patients with Type 2 diabetes not receiving insulin. A pilot randomized clinical trial. Diabet Med. 2011

AUTORES/AUTHORS:
Zuila Maria de Figueiredo Carvalho, Juan José Tirado Darder, Daniele Teixeira Freitas, Raelly Ramos Campos, Sara Nogueira Silva Lima, Joyce Miná Albuquerque Coelho, Antonio José Nuñez Hernandez, Carlos Mulet Segura

TÍTULO/TITLE:
CONOCIMIENTO Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR SOBRE SOPORTE SOCIAL DE APOYO

El objetivo es la evaluación del conocimiento y grado de satisfacción del soporte social de apoyo para la socialización de las personas lesionadas medulares incluidas en el Cuestionario de Soporte Social. Se trata de un estudio transversal. La muestra se realizó en 41 personas, en sus domicilios. Para la recogida de datos se utilizó el Cuestionario de Soporte Social en portugués de Matsukura, Marturano y Oishi. Para la recopilación, el software Epi Info – Software - versión 3.3.2. El proyecto de investigación se aprobó por el Comité de Ética e Investigación, protocolo Nº429/11. Los resultados evidencian que un 76,60% de los afectados son hombres; solteros el 48,78%, con renta familiar del salario mínimo vigente; un 51,21% tiene una edad media de 37,45 años, generando una desviación de 14,46. Existe una prevalencia del 85% de parapléjicos; las causas predominantes de lesión fueron la perforación por arma de fuego/ blanca, en un 39,03%, seguidas de los accidentes de tráfico, en un 31,70%. El tiempo de lesión, en un 70,070% , era superior a cinco años. A las preguntas formuladas en la recogida de datos, respondieron que reciben apoyo en situaciones concretas, facilitándoles la realización de los tratamientos de salud; un 56,10% manifiestan que quiénes les ayudan les hacen sentir valorados como personas, un 51,20% responden que tienen a alguien con quién poder contar en caso de necesidad; un 43,90% para cuando precisan de compañía para divertirse y un 41,43% dispone de alguien para realizar actividades de ocio. Sin embargo, de los encuestados, el 31,16% manifestaron que nunca recibieron apoyo en cuestiones financieras, como la división de los gastos de la casa, el dinero entregado o el prestado; y un 24,39% tampoco, en todo lo relacionado con hablar de su enfermedad. Sobre el grado de satisfacción, los datos muestran las siguientes cifras : muy satisfechos en relación al apoyo y valorados como personas, un 48,80%; cuando se necesita compañía para divertirse o realizar actividades de ocio, el 43,90% cuentan con ello; en situaciones que facilitan la realización del tratamiento de salud, un 41,50% y en las actividades cotidianas, el 41,46% se sienten apoyados. La evaluación del conocimiento sobre las situaciones de soporte social de apoyo muestra que los lesionados medulares las conocen y utilizan. Sin embargo, aún queda mucho por hacer por estos pacientes, teniendo en cuenta el elevado índice de aspectos en los que no reciben apoyo social. Por otro lado, aquéllos que sí lo reciben se sienten satisfechos o muy satisfechos. La investigación alerta a los enfermeros de la importancia de la promoción del soporte social de apoyo como herramienta a la hora de cuidar de personas en situación de vulnerabilidad, como es el caso de las personas con lesión medular. Es precisa una estrategia de empoderamiento para mejorar la vida de estas personas. Así, urge la necesidad de que los enfermeros incorporen a su práctica profesional la preocupación de proveer dicho soporte social. Este aspecto quedará reflejado, ciertamente, tanto en el bienestar de los afectados como en el crecimiento de la profesión.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1. Cobb, S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine,38, 300-314, 1976. 2. Carvalho ZM de F. Visión general acerca de la lesión de la medula. In: Carvalho ZM de F; Tirado, JJD; Mulet,FVF; Nuñez,AJH;Segura,CM. Alicante: CECOVA. 2010. 3. Melo, FNP ; Mulet, FVF; Carvalho, ZMF. Cuidados en la dimensión social. In: Carvalho,ZMF; Darder, JJT; Mulet, FVF; Nunez, AJH; Mulet, CS. (Org.). La Lesión Medular: manual de cuidados. 1 ed. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, 2010, v. 15, p. 73-87.4. Matsukura, TS; Marturano, EM; Oishi, J. (2002). O Questionário de Suporte Social (SSQ): Estudos da adaptação para o português. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 10, 675-681, 2002. 5. Henriques, F. Paraplegia. Percursos de adaptação e qualidade de vida. Coimbra: FORMASAU. 2004.

AUTORES/AUTHORS:
Marta Lima Serrano, Joaquín Salvador Lima Rodríguez, Berta Cáceres Rodríguez, María Dolores Guerra Martín, África Sáez Bueno, Nerea Jiménez Picón, Isabel Domínguez Sánchez

TÍTULO/TITLE:
Efectividad de los programas escolares de promoción de la salud y prevención de riesgos durante la adolescencia.

1. Objetivo:
En la adolescencia se producen cambios biopsicosociales que pueden llevar a adoptar comportamientos no saludables. El 26% de adolescentes de 15 años encuestados en el estudio Health Behaviour in School- Age Children (HBSC) había mantenido relaciones sexuales (1), mientras que en Europa la tasa de aborto en chicas de 19 años o menos se sitúa entre el 8 y el 18 por 1000, con una tendencia creciente en España (2). El 3,6% de jóvenes europeos de 15 a 24 años están afectados por VIH (3) y el contagio suele ocurrir años antes del diagnóstico (4). Según el estudio HBSC el 24% de adolescentes de 15 años había consumido su primer cigarrillo a los 13 años o antes, el 18% consumía tabaco al menos una vez a la semana, el 21% bebía alcohol semanalmente y el 17% había consumido cannabis (1). Los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte entre los 15 y 29 años5. En España las víctimas mortales aumentaron un 4% en estas edades (6,7).
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad es considerada una epidemia en el siglo XXI (8). El aumento en las dietas de azúcares libres y de grasas saturadas, unido a la disminución de la actividad física, ha influido en esta situación que afecta en primera línea a la población adolescente, también muy vulnerable a los problemas de imagen corporal. El HBSC encontró que el 14,3% de los/as adolescentes encuestados se encontraban en situación de sobrepeso y obesidad, medidos como índice de masa corporal (IMC) en el decil 85 o superior. En adolescentes españoles estos datos son más elevados (16,8%). En cuanto a la imagen corporal, mostró que el 28,3% se veía “demasiado gordo/a”, obteniéndose puntuaciones más altas en España (30,8%) (1).
Las medidas de prevención de estas situaciones pueden traducirse en desarrollar e implementar programas de salud, siendo el contexto escolar un ambiente ideal para ello (9). Sin embargo, no están claras cuáles son las estrategias más efectivas para promover las conductas relacionadas con el estilo de vida saludable a largo plazo.
El propósito de esta revisión sistemática es resumir las pruebas de la efectividad de las intervenciones escolares para la promoción de la salud y prevención de riesgos en adolescentes.
2. Métodos:
La estrategia de búsqueda incluyó las bases de datos Pubmed, OVID, ERIC y SCOPUS, además, se examinaron las listas de referencias de los artículos incluidos.
Criterios de selección: Para ser incluida, la intervención tenía que ser ejecutada, apoyada o promovida principalmente en el contexto escolar, tenía que informar sobre los resultados de adolescentes entre 11 y 17 años de edad) y obtener una puntuación de moderada a fuerte en la valoración de la calidad metodológica del estudio siguiendo los criterios propuestos en el instrumento EPHPP (Effective Public Health Practice Project), en el caso de ser estudios cuantitativos (10).
La búsqueda, selección, obtención y análisis de los datos se realizó por dos revisores independientes usando herramientas estandarizadas. Se discutieron las discrepancias hasta que se alcanzó un acuerdo general. Los resultados se resumieron narrativamente debido a las amplias diferencias entre las poblaciones, las intervenciones evaluadas y las medidas de resultado.
3. Resultados:
Como resultado de la búsqueda se identificaron 537 artículos, de los cuales se leyeron los resúmenes y se recuperó el texto completo de 64. Las publicaciones múltiples del mismo proyecto se combinaron y se contaron como un proyecto, por lo que hubo 46 proyectos diferentes (estudios). Tras valorar la calidad metodólogica, 13 se consideraron de calidad débil, 18 se consideraron de calidad moderada y en 13 de calidad fuerte, por lo que se incluyeron 31 proyectos en el estudio. Se clasificaron los artículos en

función de su área de atención: 14 pertenecían al área de promoción de la salud, actividad física y alimentación, 10 al área de las conductas de riesgo: sustancias adictivas, accidentes, y trastornos de la alimentación, y 6 al área de la salud mental y atención holística. 24 de los diseños utilizados fueron experimentales y 7 cuasiexperimentales. En la mayor parte de los estudios se encontraron efectos sobre variables secundarias o intermedias: conocimientos, actitudes, autoeficacia, presión social, y 18 de ellos se encontraron efectos sobre variables primaras o comportamentales, 10 de estos a largo plazo.

4. Discusión.

Existe evidencia de la efectividad potencialidad de estrategias de promoción de salud y prevención de riesgo con adolescentes en la escuela, sobre la disminución del volumen corporal (11), el aumento de la actividad física (12), el aumento en el consumo de frutas y verduras (13), o el consumo de sustancias (14). Las intervenciones multicomponentes, que incluyen la incorporación de familia, de los pares y de la comunidad parecen tener mayores efectos (12,14). Es necesario implantar buenas prácticas en esta área, el presente trabajo arroja luz sobre las características de los programas de salud escolar eficaces con adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, De Looze M, Roberts C, et al. (eds.). Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children study. International report from the 2009/2010 survey. Health policy for children and adolescents, no.6. Copenhagen: World Health Organization (WHO); 2012

2. Sedgh G, Henshaw SK, Singh S, Bankole A, Drescher J. Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends. Int Fam Plan Perspect. 2007; 33(3): 106-16.

3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Vigilancia epidemiológica del sida en España. Registro nacional de casos de sida. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009

4. Dirección General de Salud Pública y Participación. Guía Forma Joven. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2004.

5. OMS. Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial es hora de pasar a la Acción. Ginebra: OMS; 2009

6. Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico. Plan de actuaciones de seguridad vial 2008. Madrid: Ministerio del Interior; 2008

7. Olavarría L, Borrajo J, Herrera C, Muriel R, González, MJ, Gordillo P, et al. Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad 2007-2012. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2007

8. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Ginebra: OMS; 2002

9. WHO. Global strategy on diet, physical sctivity and health. Genova: WHO; 2004.

10. Effective Public Health Practice Project. Quality assessment tool for quantitative studies [internet]. Disponible en: http://www.ephpp.ca/PDF/Quality%20Assessment%20Tool_2010_2.pdf

11. Singh AS, Chinapaw MJM, Brug J, Van Mechelen W. Process evaluation of a school-based weight gain prevention program: The Dutch Obesity Intervention in Teenagers (DOiT). Health Educ Res. 2009; 24(5):772-777.

12. Webber LS, Catellier DJ., Lytle LA, Murray DM, Pratt CA, Young DR, Elder JP, Lohman TG, Stevens J, Jobe JB, Pate RR. Promoting Physical Activity in Middle School Girls. Trial of Activity for Adolescent Girls. Am J Prev Med. 2008; 34(3): 173-184.

13. Elling B, Veierød ;MB, Skare Ø, Klepp KI. Free school fruit – sustained effect three years later. Int J Behav Nutr Phys Act. 2007; 4:5.

14. Vigna-Taglianti F, Vadrucci S, Faggiano F, Burkhart G, Siliquini R, Galanti MR. Is universal prevention against youths' substance misuse really universal? Gender-specific effects in the EU-Dap school-based prevention trial. J Epidemiol Community Health. 2009; 63:722–728.

AUTORES/AUTHORS:
Remedios Burrueco Pastor, Jose Antonio Jiménez Barbero, María Pérez García, Jose Antonio Ruiz Hernández, Bartolomé Llor Esteban, Cecilia López García, Inmaculada Galian Murñoz

TÍTULO/TITLE:
Eficacia de los programas escolares para prevenir la violencia

Introducción
Enfermería asume como objeto de estudio las respuestas humanas que intervienen en las transiciones generadas por procesos de desarrollo que requieren una adaptación. Experimentar la violencia escolar puede constituir una de estas transiciones, con notables consecuencias negativas en la vida de los involucrados. Es por ello, que el papel de las enfermeras incluye ayudar a las personas hacer frente a tales cambios y promover su proceso de reconstrucción de la autonomía (1). La violencia escolar incluye conductas que pueden causar daño físico o emocional, y que van desde las agresiones verbales, a la humillación, la exclusión social, el daño físico y la destrucción de la propiedad, comprendiendo varias categorías, como la disrupción en las aulas, los problemas de disciplina, y el maltrato entre compañeros.

Objetivos
Examinar la eficacia de los programas de intervención y prevención de la violencia escolar desarrollados en la última década al respecto. Para ello se evalúan los ensayos clínicos aleatorizados (ECA´s), publicados desde principios del año 2000, hasta el presente, seleccionándolos en función de la calidad de su diseño metodológico.

Métodos
Se realizó una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos electrónicas: Medline, Tripdatabase, Cochrane, Academy Search Premier, PsycINFO, ERIC y PsycARTICLES. Las palabras clave y términos utilizados incluyeron principalmente: “bullying”, “school violence”, “attitudes toward violence and adolescents”, “intervention or prevention program and self-steem or empathy”, entre otros. Con el fin de garantizar la actualidad de los resultados, la búsqueda se restringió a ECA´s publicados a partir del 01/01/2000. Los estudios se incluyeron en la revisión si obtenían una puntuación igual o superior a 3 en la escala elaborada por Jadad y colaboradores para ensayos clínicos aleatorios.

Resultados
Tras la revisión de los títulos, resúmenes y listas de referencias, se identificaron 299 artículos potencialmente elegibles. De éstos, 245 fueron excluidos por no presentar diseños metodológicos adecuados. De los restantes 54 estudios, se seleccionaron finalmente 12 ECA´s que cumplían los criterios especificados.
La edad de las muestras oscila entre los 8 y los 16 años: 7 intervenciones se evaluaron en el marco de Escuelas Primarias, 3 en Escuelas Secundarias, y 2 en Escuelas Primarias y Secundarias. Se encontraron diferencias significativas entre el grupo de intervención (GI) y el grupo control (GC) en nueve de las intervenciones evaluadas (2-10). Se llevó a cabo un seguimiento de los resultados en ocho de ellas, manteniéndose los mismos únicamente en cuatro casos. Los otros tres estudios evaluados no obtuvieron resultados significativos.

Discusión
Los estudios revisados coinciden en su mayoría en que los programas escolares dirigidos a reducir la violencia son capaces de producir efectos beneficiosos en el clima de convivencia general de los centros educativos. Así mismo, las intervenciones más

eficaces son aquellas que se desarrollan desde una perspectiva multidisciplinar o “Enfoque Global” y se dirigen a la mejora de habilidades sociales e interpersonales y a la modificación de actitudes y creencias.
Las variables más sensibles a las intervenciones examinadas parecen ser las relacionadas con actitudes, creencias y comportamientos. Dentro de este concepto destacan las actitudes y creencias de los estudiantes respecto al acoso, el comportamiento destructivo o intimidatorio y el rol del espectador. Incluso en los casos en los que se obtienen resultados modestos o no significativos en estas medidas, algunos autores consideran que los pequeños cambios actitudinales en el grupo de iguales pueden contribuir a cambios generales en la dinámica del acoso (5;8). Sin embargo, estos cambios son complejos dada la dificultad de que se conserven en el tiempo si no se introducen en los programas técnicas de mantenimiento de la conducta, como la anticipación a situaciones de riesgo, el refuerzo positivo a los compañeros que intervienen para frenar el acoso, etc.
Finalmente, nuestro estudio ha encontrado determinados aspectos que deberían ser tenidos en cuenta:
1º) La probabilidad de éxito aumenta cuando se involucra a todas las disciplinas profesionales de los centros escolares, así como a los padres de los menores.
2ª) Resulta fundamental adaptar los distintos programas a las características sociales y culturales de la población escolar.
3º) Es preciso tener en cuenta la eficacia a largo plazo de las intervenciones.
En el marco de estas recomendaciones, Enfermería podría adquirir un rol importante en el fomento y colaboración con las escuelas en el proceso de implementación de los programas de prevención del bullying, y en la reducción de la violencia, especialmente a través de la enfermera especialista en Pediatría y de la enfermera escolar, figura aún no reconocida en España (11). Por otra parte, la relación privilegiada que Enfermería establece con niños, familias y comunidad nos permite ser un elemento clave en la detección precoz de situaciones que pueden afectar negativamente la salud de los niños y su calidad de vida, como sucede cuando están involucrados en situaciones de violencia escolar (1).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Referencias

(1) Mendes C.S. Preventing school violence: an evaluation of an intervention program. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2011;45(3):581-8.
(2) Beets M.W., Flay B.R., Vuchinich S., Snyder F.J., Acock A., Li K.et al. Use of a Social and Character Development Program to Prevent Substance Use, Violent Behaviors, and Sexual Activity Among Elementary-School Students in Hawaii. American Journal of Public Health 2009;99(8):1438-45.
(3) Berry K., Hunt C.J. Evaluation of an intervention program for anxious adolescent boys who are bullied at school. Journal Of Adolescent Health 2009;45(4):376-82.
(4) DeRosier M.E. Building relationships and combating bullying: effectiveness of a school-based social skills group intervention. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology 2004;33(1):196-201.
(5) Farrell A.D., Meyer A.L., White K.S. Evaluation of Responding in Peaceful and Positive Ways (RIPP): A School-Based Prevention Program for Reducing Violence Among Urban Adolescents. Journal of Clinical Child Psychology 2001;30(4):451-63.
(6) Fekkes M., Pijpers F.I., Verloove-Vanhorick S.P. Effects of Antibullying School Program on Bullying and Health Complaints. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2006;160:638-44.
(7) Fonagy P., Twemlow S.W., Vernberg E.M., Nelson J.M., Dill E.J., Little T.D.et al. A cluster randomized controlled trial of child-focused psychiatric consultation and a school systems-focused intervention to reduce aggression. The Journal of Child Psychology & Psychiatry 2009;50(5):607-16.
(8) Frey K.S., Hirschstein M.K., Snell J.L., Edstrom L.V., MacKenzie E.P., Broderick C.J. Reducing playground bullying and

supporting beliefs: an experimental trial of the steps to respect program. Developmental Psychology 2005;41(3):479-90.
(9) Stevens V., Van Oost P., De Bourdeaudhuij I. The effects of an anti-bullying intervention programme on peers' attitudes and behaviour. Journal of Adolescence 2000;23:21-34.
(10) Teglasi H., Rothman L. STORIES A Classroom-Based Program to Reduce Aggressive Behavior. Journal of School Psychology 2001;39(1):71-94.
(11) Jiménez Barbero J.A., Pérez García M., Navarro Mateu F., Medina Garrido L., Almela Bernal J. Abordaje familiar del trastorno de comportamiento perturbador en la infancia. Acta Pediátrica Española 2010;68(3):119-23.

POSTER 2

AUTORES/AUTHORS:

Elena Martín González, Irene Díaz García, Joana Hernández Jiménez, Sheila Jiménez Pose, Verónica Pindado Jiménez, Gemma Prieto de Lamo

TÍTULO/TITLE:

EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL EN CUIDADORES INFORMALES. ESTUDIO CUASIEXPERIMENTAL

Objetivo: conocer la efectividad de una intervención educativa grupal en un grupo de cuidadores informales del área de salud de Ávila en la reducción del nivel de sobrecarga del cuidador informal, y como objetivo secundario identificar el nivel de sobrecarga y las repercusiones que este rol representa sobre su calidad de vida y salud.

Material y métodos: Diseño: estudio cuasiexperimental antes-después. Ámbito de estudio: área urbana de Atención Primaria de Ávila durante 3 meses. Sujetos de estudio: cuidadores informales de los pacientes incluidos 6 meses antes del inicio del estudio en programa de visita domiciliaria que deseen participar en el estudio. Criterios de retirada: cuidadores que pierdan a las personas objeto del cuidado durante el periodo de estudio o se trasladen de domicilio fuera del ámbito de estudio. El universo de la muestra son 346. Tamaño muestral: Se ha calculado aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en contraste bilateral. Se precisan 284 sujetos asumiendo que la proporción inicial de sobrecarga del cuidador es del 15% y tras la intervención del 8%. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 15%.

Variables:

*Dependiente: sobrecarga del cuidador medida con la escala validada de carga Zarit. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

*Independientes: - De las personas cuidadas: edad, sexo, estado civil, motivo de inclusión en el programa y tiempo de permanencia. - Del cuidador: sexo, edad, estado civil, estudios finalizados (analfabeto, primarios, secundarios, universitarios), vínculo con la persona objeto del cuidado, tiempo como cuidador, tiempo diario que dedica a ser cuidador, situación laboral y situación económica actual.

Fases de estudio:

1.- Reclutamiento y valoración inicial: una vez identificada la población de estudio se citará por teléfono para una 1ª cita donde se explicará el estudio y se invitará a participar. Se solicitará la firma del consentimiento informado y se recogerán datos de las variables de estudio.

2.- Intervención: la intervención educativa se llevará a cabo en dos sesiones encaminadas al autoreconocimiento, autorreflexión y el compromiso.

3.- Valoración final: se evaluará la variable dependiente para efectuar la valoración de la efectividad de la intervención educativa.

Análisis estadístico: se llevará a cabo un análisis descriptivo univariante para variables cualitativas se utilizarán proporciones e IC95% y para cuantitativas media y desviación estándar si siguen una distribución normal y mediana y rango intercuartil si siguen una distribución no normal. Se realizará análisis bivariante para la comparación de variables cualitativas dicotómicas el test de McNemar, para más de dos categorías la prueba Ji-Cuadrado y para la comparación de variables cuantitativas la prueba de Wilcoxon. Todas las pruebas se realizarán con un intervalo de confianza del 95% a nivel bilateral. Paquete estadístico: SPSS v.15.

Con el fin de disminuir la sobrecarga del cuidador, el profesional de enfermería debe poner en marcha una serie de intervenciones. En una primera visita individual conocerá la sobrecarga del cuidador utilizando la escala de Zarit, que se repetirá a los 3 meses. A partir de aquí, se citara a todos los cuidadores del grupo a la 1er sesión formativa grupal.

-1ª sesión:

· Informar sobre la enfermedad y los recursos disponibles, ofreciendo diferentes tipos de servicios como la promoción de la autonomía personal, servicios de atención y cuidado, centros residenciales y prestaciones económicas, de acuerdo con la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas con Dependencia,

· Tomar conciencia que para cuidar bien hay que cuidarse.

· Dar a conocer síntomas físicos y psíquicos que reflejan sobrecarga del cuidador: cefalea, falta de interés por si mismo, aislamiento familiar y social, fragilidad emocional, utilización de psicofármacos.

· Identificación del problema: ¿Cuál es el problema?, ¿Cuándo ocurre?, ¿Dónde ocurre?, ¿Quienes están involucrados?

· Identificar situaciones que causan más estrés y analizarlas.
· Preguntas y dudas.
Objetivo: Los cuidadores conocerán los síntomas que producen sobrecarga, las situaciones que causan estrés, los recursos disponibles e identificaran problemas
-2º sesión:
· Propuesta de soluciones al problema planteado.
· Valorar pros y contras de cada alternativa planteada. Ordenando las soluciones y evaluándolas en función del grado de efectividad.
· Motivar la puesta en marcha de la solución elegida y proponer actividades.
· Afrontar reacciones emocionales que se experimentan, reforzando sentimientos positivos y comentando los negativos.
· Programar un espacio diario para si mismo: para sus relaciones, aficiones.
· Enseñar técnicas del manejo del estrés.
· Enseñar la importancia de cuidar su propia salud: comer, dormir, adoptar posturas correctas a la hora de movilizar y emplear ayudas técnicas.
· Evaluación de la intervención grupal mediante la escala de Zarit.
Objetivo: poner en marcha la solución elegida y educar en actividades y técnicas instrumentales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Abellán A, Puga MD. Estudio monográfico: La discapacidad en la población española. En: Observatorio de personas mayores, editor. Las personas mayores en España. Informe 2004. Tomo I. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004. p. 777-809.

2. López Gil Mª Jesús, Orueta Sánchez Ramón, Gómez-Caro Samuel, Sánchez Oropesa Arancha, Carmona de la Morena Javier , Alonso Moreno Francisco Javier. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Rev Clin Med Fam [revista en Internet]. 2009 Jun [citado 2012 abril 24]; 2(7):332-339.
Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es.http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2009000200004.
3. Badia Llach X, Lara Suriñach N, Roset Gamisans M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. Aten Primaria 2004; 34(4):170-7.

4. Vaquiro Rodríguez Sandra, Stiepovich Bertoni Jasna. Cuidado Informal, un reto asumido por la mujer. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2010 Ago [citado 2012 abril 23] ; 16(2): 17-24. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200002&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532010000200002.

5. Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006, de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, num 299 de 15/12/2006. Disponible en: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2006-21990

6. García-Calvente María del Mar, Mateo-Rodríguez Inmaculada, Maroto-Navarro Gracia. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit [revista en la Internet]. [citado 2012 abril 28]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011&lng=es.

7. Castillo Lizarraga María José, Sanz Sanz Marta. Prevención del síndrome del cuidador en el domicilio. Jano. 2007; 1676: 14-28.

8. Lara Palomino Gabriela, González Pedraza Avilés Alberto, Blanco Loyola Luis Alberto. El Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. Rev Esp Méd Quir. 2008;13 (4):159-66.

9. Ubiergo- Ubiergo, M Carmen, Regoyos Ruiz Sonia, Vico Gavilán M Victoria, Reyes Molina Rosalia. El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal. Enferm Clin. 2005;15 (4):199-205.

POSTER 3

AUTORES/AUTHORS:
MARÍA LUISA MAYOL PÉREZ, CRISTÓBAL MESEGUER LIZA

TÍTULO/TITLE:
RETIRADA ACCIDENTAL DE VÍAS VENOSAS CENTRALES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

OBJETIVOS.Revisar la literatura existente sobre la retirada accidental de vías venosas centrales en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. Analizar las tasas de retirada accidental de catéteres centrales en UCI y compararlas entre los diferentes artículos a los que se tuvo acceso, para ayudar en el control de calidad asistencial.Determinar las causas o condiciones en las que se produce la salida accidental de los catéteres venosos centrales en las unidades de cuidados intensivos
2. MÉTODOS.Como principio general se realizó una búsqueda bibliográfica de estudios que analizaban la incidencia de retirada accidental de vías venosas centrales, en el contexto de asistencia sanitaria de cuidados intensivos pudiendo estar publicados en cualquier idioma. Para poder acceder a los artículos se consultaron las siguientes bases de datos: Cuiden, Cochrane, Pubmed , Web of Knowledge, Dialnet, CSIC (IME) , Cybertesis, Scopus, Ministerio de Sanidad y Consumo, Scielo, Enfispo, The Joanna Briggs Institute y Elsevier.Palabras clave: Retirada accidental. Accidental removal. Vía venosa central. Unidad de cuidados intensivos. Central venous catheter. Unit of intensive care.Se planificó incluir una amplia gama de estudios de comparación controlados: Ensayos controlados aleatorios, ensayos clínicos controlados, estudios controlados tipo antes y después y estudios de series de tiempo interrumpido.Finalmente se incluyeron estudios analíticos observacionales, también se incorporaron estudios de carácter prospectivo, así como estudios descriptivos, observacionales, prospectivos, retrospectivos y cuasiexperimentales.
Las vías venosas centrales que fueron incluidas son las de catéter central por vía periférica, vena yugular, subclavia y femoral.
Como retirada accidental de dispositivos se consideró:
1. Autorretirada: cuando el paciente se retira, de forma consciente o inconsciente, el catéter venoso central.
2. Retirada durante una maniobra: cuando el catéter es retirado durante una maniobra o procedimiento realizado por el personal sanitario sobre el paciente.
3. Salida accidental: Salida de la vía invasiva de forma involuntaria durante las maniobras del personal.
El tipo de patología aceptada, fue cualquiera que supusiera un motivo de ingreso en unidad de cuidados intensivos, bien por motivo neurológico, traumatológico, respiratorio, digestivo, cardiológico, intoxicación, sepsis u otros.
Estudios excluidos. Criterios de exclusión:Se excluyeron aquellos trabajos que analizaban la retirada accidental de vías venosas centrales en neonatos, o en pediatría, el criterio de exclusión fue que no pertenecían al rango de edad de los participantes que se consideraron en el estudio, así como también se desecharon aquellos a los que no se tuvo acceso a texto completo a pesar de que cumplieran el resto de criterios para su inclusión.
No se tuvieron en cuenta, los trabajos que no fueron encontrados dentro de las distintas bases de datos de Biomedicina o Ciencias de la Salud o de revistas electrónicas de estas disciplinas. Si se consideraron estudios de páginas de organismos oficiales como es el caso del trabajo de investigación del Ministerio de Sanidad 5. También fueron incluidos tres estudios facilitados por los autores del Hospital Universitario de Getafe, a los que no se tenía en un principio acceso completo a través de internet, por no pertenecer al personal sanitario de dicho hospital.En el seguimiento de catéteres, se desecharon los catéteres arteriales, independientemente de su ubicación radial, femoral, pedia o humeral; así como los catéteres no vasculares, incluyendo tubo orotraqueal, sonda nasogástrica, sonda vesical, tubo de drenaje torácico, drenaje pos-quirúrgico de cirugía cardíaca y tubo de drenaje abdominal.Además de estos artículos, se incluyeron tres más 26, 31, 32 por estar dentro de los criterios de inclusión determinados, pero a dichos artículos no se accedió a través de las fuentes disponibles de la Universidad de Murcia, sino que se citaban de manera reiterativa en la bibliografía de otros artículos y se obtuvieron a texto completo gracias a los propios autores y su centro de trabajo, el Hospital Universitario de Getafe
DISCUSIÓN:, nos encontramos ante una situación donde podemos evidenciar el problema que supone para la gestión sanitaria, el propio paciente, y los profesionales de la salud, la salida accidental de los catéteres ya implantados. Nuestro objetivo principal fue analizar las tasas de retirada accidental de catéteres en la UCI. Aunque interpretar los resultados de nuestro estudio no resulta simple, debido a la escasez de literatura publicada acerca de los estándares en enfermería o que analicen las prácticas más comunes del trabajo diario en la UCI.por motivo de autorretirada el mayor porcentaje se encuentra en la localización PICC, yugular y femoral, siendo las de acceso periférico las que tienen una mayor incidencia, mientras que por maniobra inadecuada solo se produjo

en un solo caso y fue de inserción femoral.Otros estudios, también analizan las causas aunque no tan detalladas, sitúan la retirada accidental como el tercer motivo que ocasiona la extracción del catéter y la segunda si la clasificamos dentro de alteraciones producidas relacionadas con el catéter.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bernal Isabel, Flores Benito, Mena Hernández, Ruiz Francisco Javier, Soria Víctor, Evaluación y mejora del protocolo de cuidados de vías venosas centrales en una unidad de cuidados intensivos, Rev. Calidad Asistencial. 2006; 21(1):46-50.
2. Gómez-Palomar, C, Miquel Pérez, T, Catéter venoso central de inserción periférica (PICC) con múltiples luces: una buena opción para la monitorización de la presión y tratamiento, Enfermería en Cardiología, 2009, 2.º - 3er.cuatrimestre.
3. Álvarez Antoñan C, Hernández Hernández MA, Pérez Ceballos MA. Complicaciones de la canalización de una vía venosa central. Rev. Clin. Esp. 2006;206(1):50-3.
4. Lorente Ramos, J. Málaga Gil, M.M. Martín Velasco Y M.L. Mora Quintero, Retirada accidental de catéteres, Med. Intensiva 2002;26(6):279,84.
5. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Incidentes y efectos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. Informe Mayo 2009. Informes y estudios e investigación 2010. Disponible en http://www. msc.es/ biblioPublic/ publicaciones/ htm. Consultado el 25 de febrero de 2012.
6. Bissonnette B, Bracco D, Favre JB, Ravussin P, Revelly JP, Wasserfallen JB, et al. Human errors in a multidisciplinary intensive care unit: a 1-year prospective study. Intensive Care Med. 2001; 27:137-45.
7. Buckley TA, Rowbottom YM, Short TG, Oh TE. Critical incident reporting in the intensive care unit. Anaesthesia. 1997; 52:403-9.
8. Dunagan WC, Fraser VJ, Harris CB, Kollef MH, Osmon S, Prentice D. Reporting of medical errors: an intensive care unit experience. Crit Care Med. 2004; 32:727-33.
9. S. Arias-Rivera, M.M. Sánchez-Sánchez, R. Sánchez-Izquierdo, M.J. Gallardo-Murillo, R.I. Santos-Díaz y F. Frutos-Vivar, Implementación de un protocolo de sedación dirigido por enfermería: efecto sobre el nivel de sedación y la retirada accidental de tubos y catéteres, Enferm. Intensiva. 2008;19(2):71-7.
10. Manual CTO de enfermería, 5ª edición, 2011.
11. Hernández Conesa, J., Esteban Albert M, Fundamentos de Enfermería, Madrid, Interamericana/ McGraw-Hill, 2ª edición, 2003.
12. Camba M. A, De la Iglesia C, Freire E., González M., López M. A., Rodríguez C., et al. Reservorios venosos centrales totalmente implantables, tipo Port-A-Cath, en pacientes oncológicos: Revisión de Complicaciones. Rev. Soc. Esp. Dolor 7: 451-462; 2008.
13. Gould MK., McGee DC, Preventing complications of central venous ca-theterization. N Engl J Med. 2003; 348:1123-33.

POSTER 4

AUTORES/AUTHORS:
REBECA OLALLA PEÑALBA, MÓNICA GARCÍA CARAZO

TÍTULO/TITLE:
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES BURGALESES Y SUS CONSECUENCIAS

INTRODUCCIÓN
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adolescencia como el periodo comprendido entre 10 y 19 años. Es una transición hacia la madurez en la que suceden importantes acontecimientos y transformaciones 1-3.
Actualmente la mayoría de adolescentes tiene experiencias sexuales y disfruta de una plena y continua actividad sexual, pero pocos poseen información adecuada sobre los riesgos y métodos preventivos ante el embarazo no deseado o las infecciones de transmisión sexual (ITS) 3.
La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras clasifica los métodos anticonceptivos para el adolescente y selecciona como preferentes la contracepción hormonal y el preservativo, coincidiendo con la OMS en declarar el preservativo como método de primera elección 2.
Los adolescentes no utilizan los métodos anticonceptivos por diversas causas como la espontaneidad, goce y consumo de sustancias tóxicas. Se sabe que la mayoría de embarazos no deseados ocurre entre el comienzo de las relaciones sexuales y el uso regular de algún método anticonceptivo, lo que conlleva un aumento en el uso de la pastilla post-coital 2, 4.
La adolescencia también es la etapa de mayor riesgo de padecer ITS, favorecido por el inicio precoz de las relaciones sexuales, simultaneidad de parejas y frecuencia coital. Ello ha supuesto un aumento en los últimos años de algunas ITS en este grupo poblacional, como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), clamidias, sífilis, gonorrea, virus del papiloma humano y herpes virus.
La OMS ha encabezado la respuesta mundial del sector sanitario, realizando campañas preventivas para disminuir la incidencia del VIH 5, 6.
Si los profesionales sanitarios conocemos mejor las actitudes y prácticas sexuales de los jóvenes seremos capaces de proporcionarles una educación sexual plena, sana y sin riesgos, y mejorará nuestra práctica y su nivel de salud.
Objetivo: averiguar los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos, ITS y embarazo.
MATERIAL Y MÉTODO
Estudio descriptivo transversal a realizar en septiembre de 2013. Muestreo aleatorio simple sobre 15.914 jóvenes entre 15 y 19 años censados en Burgos (n=200) 7. Entre las variables del estudio destacan: edad, sexo, orientación sexual, conocimiento de métodos anticonceptivos, fuentes de información, inicio y frecuencia de la relación sexual, uso del preservativo y conocimiento ITS.
Instrumento de medida: encuesta auto-aplicable y anónima, con 21 ítems agrupados por temas, con respuestas abiertas, cerradas y semicerradas. En él se especifican las instrucciones, considerando a las personas que aún no han mantenido relaciones sexuales. Se emplea lenguaje claro, tuteado y sencillo, sin tecnicismos. El pilotaje con 25 adolescentes supuso la modificación de aspectos poco relevantes de la encuesta.
Para procesar los datos se utilizará la hoja de cálculo Excel de Microsoft Office para Windows. Los cálculos estadísticos se complementarán con el programa informático SPSS v 16. Se considerará la significación estadística con un valor p<=0,05 y el IC del 95%, se utilizará ji-cuadrado para la diferencia de porcentajes.
Será necesario obtener el consentimiento informado paterno a los menores de edad, y los permisos institucionales pertinentes del órgano de estudio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1. Barella Balboa JL, Mesa Gallardo I, Cobella Manzorro M. Conocimientos y actitudes sobre la sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. Medicina de Familia [en línea] 2002; 4: 255-260. Disponible en: <www.samfyc.es/Revista/PDF/v3n4/06.pdf> [Consulta: 20-10-2011]
2. Oltra Rodríguez E, et al. ¿Qué experiencias actitudes y comportamientos tienen los adolescentes españoles ante la contracepción? Cultura de los cuidados [en línea] 2003; 14: 59-70. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=787588>

[Consulta: 17-10-2011]
3. Mesa Gallardo MI, Barella Balboa JL, Cobeña Manzorro M. Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno. Aten Primaria [en línea] 2004; 33 (7): 374-380. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/node/2031579>
[Consulta: 14-11-2011]
4. Seoana Pascual L. Evaluación cualitativa de una campaña de promoción del uso del preservativo en la población adolescente y juvenil de la Comunidad de Madrid. Esp Salud Pública [en línea] 2002; 76 (5): 509-516. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000500012&script=sci_arttext>
[Consulta: 9-12-2011]
5. Rodríguez Castilla F, Ramos Morcillo AJ, Fernández Salazar S. Infecciones de transmisión sexual. Metas de Enferm 2009; 12 (5): 50-55.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro de prensa. Notas descriptivas. VIH/Sida.
[Consulta: 16-11-2011]
7. Instituto nacional de estadística (INE). Revisión del padrón municipal 2010. Datos por municipios. Población por sexo, municipios y edad (grupos quinquenales).http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e245/p05/a2010/l0/&file=00001001.px&type=pcaxis&L=0 (Instituto Nacional de Estadística)
[Consulta: 16-12-2011]

POSTER 5

AUTORES/AUTHORS:
Elena Peñalver Pérez

TÍTULO/TITLE:
UN ESTUDIO DEL IMPACTO EN LA SALUD DE LOS CUIDADORES NO FORMALES DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES DE EL RANERO (MURCIA)

1. Objetivos de la investigación: 1.1Objetivo general. Estudiar la repercusión en la salud de los cuidadores no formales encargados del cuidado de personas mayores dependientes. 1.2Objetivos específicos. 1º Analizar la influencia de los cuidados a personas mayores dependientes en la salud física y mental del cuidador no formal. 2º Y Determinar el impacto de cuidar a personas mayores dependientes en el ámbito laboral, económico y social del cuidador no formal.
2. Método: 2.1Revisión bibliográfica. Se ha utilizado la información disponible sobre cuidado informal en nuestro país y en otros países de nuestro entorno.
Hemos revisado la bibliografía publicada en España en las siguientes bases de datos: MEDLINE, PubMed, Scielo, ISOC e IME, especialmente la producción de los últimos 10 años. También se ha consultado la información disponible en las bases de datos y publicaciones del INE y los informes de IMSERSO y CSIC sobre situación de las personas mayores en España.
2.2 Diseño de la investigación. El diseño de la investigación se plantea desde un enfoque cuantitativo descriptivo transversal y de tipo de corte observacional.
2.3 Ámbito de estudio: Atención Primaria. Población de El Ranero (Murcia). Población diana: Dirigido a los cuidadores no formales de personas mayores de 65 años dependientes residentes en la zona básica de salud de El Ranero (Murcia). La selección de sujetos se realizará a partir de los listados de los cuidadores de pacientes incluidos en el Programa de Atención al Anciano, previa depuración de casos que no cumplan los criterios de selección.
La selección de sujetos se realizará a partir de los listados de los cuidadores de pacientes incluidos en el Programa de Atención al Anciano, previa depuración de casos que no cumplan los criterios de selección.
Criterios de inclusión: Los sujetos responsables directos del cuidado de una persona mayor de 65 años dependiente que lleven a cabo la acción de cuidar un mínimo de 3 meses. Criterios de exclusión: Excluimos de la investigación a toda persona cuidadora de personas mayores de 65 años dependientes que reciba remuneración económica por dichos cuidados.
Técnica de recogida de datos: Se ha considerado conveniente el uso de dos cuestionarios. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Es considerada como la más adecuada para esta finalidad y consta de 22 ítems con una puntuación entre 1 y 5 puntos. Y uno de elaboración propia que recoge variables sociodemográficas y clínicas del cuidador principal. Ejemplos de variables: nivel de estudios, si convive con el dependiente, parentesco con persona cuidada, tiempo dedicado al cuidado, tiempo libre con el que cuenta al día, carga percibida, para lo que emplearemos la escala de Zarit. Previo a pasar el cuestionario se pedirán las autorizaciones correspondientes. En la primera y segunda fase se obtendrá el consentimiento informado de los participantes en el estudio. Se les informará del objetivo del mismo y de la posibilidad de no participar en él, sin que esto tenga ninguna consecuencia.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva de las principales variables de estudio: cálculo de media y desviación para las variables cuantitativas. Cálculo de frecuencias para variables cualitativas. Relación de variables según la naturaleza de las mismas: para variables cuantitativas, si se cumplen los requisitos de poblaciones normales y varianzas homogéneas: análisis de la varianza o comparación de medias (t-test). Si las poblaciones no siguen una distribución normal o con varianzas no homogéneas, utilizaremos técnicas no paramétricas. Para variables cualitativas: mediante el test de Chi-cuadrado. Análisis de regresión lineal tomando como variable dependiente la puntuación obtenida en la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, y como variables independientes o predictivas variables sociodemográficas y clínicas de la persona cuidada y del cuidador. Para la precisión de los resultados se utilizará el intervalo de confianza con un nivel de significación del 95%. Implicaciones para la práctica: Hacen falta más estudios de investigación de este tipo ya que cada vez se observa más que hay un verdadero problema de salud y social para los cuidadores no formales que están produciendo cambios sociológicos y socio-sanitarios importantes y éstos tienen repercusiones económicas y culturales. El proceso de envejecimiento es permanente, incapacitante e irreversible, por eso es necesario que aparte de los cuidados que se prestan a las personas dependientes se le proporcione atención también a los problemas de salud de los cuidadores no formales.

En todo ello el papel de los enfermeros es fundamental, puesto que son ellos quienes realizan la asistencia domiciliaria y ésta le sirve para detectar y prestar cuidados a aquellos cuidadores no formales que muestren repercusiones en su salud.
La justificación del presente estudio está respaldada por la presencia en los medios de comunicación y por la observación en el centro de salud de El Ranero de que hay un verdadero problema de salud, social, económico y laboral para las personas que se encargan del cuidado de ancianos dependientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Bermejo Caja Carlos, Martínez Marcos Mercedes. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. [Tesis doctoral]. Madrid: Nure investigación, Universidad Europea de Madrid; 2005. [Consultado 23/04/2012] Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_USUARIO/Proyectos_Imagenes/PROYECTO11.pdf

(2) Montorio Cerrato Isabel, Fernández de Trocóniz María, López Antonio, Sánchez Colodrón Miguel. La entrevista de Carga del Cuidado. Utilidad y validez del concepto de carga. Anales de Psicología. [revista en línea] 1998; 14(2): 229-248. [Consultado 26-3-2012] Disponible en: http://www.um.es/analesps/v14/v14_2/09-14-2.pdf

(3) Leal María. Valoración de la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes mayores de 70 años con esquizofrenia. Actas Esp Psiquiatr [revista en línea] 2008; 36 (2); 63-69. 2008. [Consultado en 20-3-2012] Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART12816/valoracion_de_la_sobrecarga_familiares_esquizofrenicos.pdf

(4) Muela José Antonio, Torres Carlos, Peláez Eva. La evaluación de la asertividad como predictor de carga en cuidadores de enfermos de Alzheimer. Rev ESp Geriatr Gerontol [revista en línea]. 2001; 36(1): 41-45. [Consultado 24/03/2012] Disponible en: http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/124/124v36n1a12001550pdf001.pdf

(5) Jofré Aravena Viviane, Sanhueza Alvarado Olivia. EVALUACIÓN DE LA SOBRECARGA DE CUIDADORAS/ES INFORMALES. Cienc. enferm. [revista en línea]. 2010 Dic [citado 2012 Marzo 25] ; 16(3): 111-120. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300012&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532010000300012.

(6) Artaso Beatriz. Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadores familiares. Rev Esp Geriatr Gerontolo [revista en línea] 2003; 38(4):212-218
[Consultado 20-3-2012] Disponible en: http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/124/124v38n04a13050202pdf001.pdf

(7) Delgado González Elena, González Esteban Mª Paz, Ballesteros Álvaro Antonio Manuel, Pérez Alonso Julia, Mediavilla Marcos Mª Elena, Aragón Posadas Rubén. ¿Existen instrumentos válidos para medir el síndrome del cuidador familiar? Una revisión de la literatura. Evidentia. 2011 ene-mar; 8(33). [Consultado en 21/04/2012]
Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n33/ev7349.php>

POSTER 6

AUTORES/AUTHORS:
Alicia Gadea Nicolás, Jose Angel Cano Rojo, Cristina Martínez Galera, Rocío Seligmann Pietranera, Sergio Jódar Bornás

TÍTULO/TITLE:
Revisión bibliográfica sobre facilitadores y barreras en la implantación de la práctica basada en la evidencia.

Introducción

Es bien sabido que cada vez son más numerosos los resultados de la investigación en cuidados publicados pero, en el contexto sanitario nacional, aún se carece de una cultura organizacional que fomente su utilización, es decir que fomente la Práctica basada en la Evidencia (PBE). Con este estudio se pretende realizar una revisión bibliográfica con la finalidad de aportar una visión exhaustiva sobre las estrategias que se han desarrollado para facilitar la implantación de la PBE en el contexto clínico. Como futuros profesionales de enfermería tenemos la esperanza de que pronto los profesionales e instituciones sanitarias serán conscientes de que aplicando cuidados basados en la evidencia se está garantizando a su vez la aplicación de cuidados fiables, actualizados, de calidad y más seguros.

Objetivos

1 Conocer las estrategias, procedimientos y actividades de implantación de la PBE que se están empleando en la práctica clínica.
2 Describir las principales barreras que a nivel clínico, docente, gestor y político están dificultando la aplicación de la PBE.
3 Analizar las estrategias y actividades desarrolladas para la aplicación de las Guías de Práctica Clínica (GPC).
4 Conocer los indicadores y resultados de salud sobre los que la aplicación de la PBE está produciendo cambios en el contexto clínico del cuidado enfermero.

Método

Se realizará una revisión de la literatura científica. Se consultarán las bases de datos Medline/Pubmed, Lilacs, CINAHL DialNet, Cuiden y Cochrane Library. Además, se buscarán documentos desarrollados por Agencias nacionales e Internacionales de Calidad o de Evaluación de Tecnología Sanitarias. Se revisarán estudios cualitativos y cuantitativos, que a su vez podrán incluir diseños observacionales y analíticos. Se emplearán las palabras clave: enfermería basada en la evidencia; práctica basada en la evidencia; guía de práctica clínica; barreras; actividades/estrategias implantación. Los límites de búsqueda serán los siguientes: año de publicación desde 1990 hasta la actualidad. Idiomas de búsqueda: castellano e inglés. El proceso de búsqueda y selección de artículos se realizará entre 2 investigadores, mediante lectura del título y resumen con la intención de discernir su utilidad. Debido a que el objetivo del estudio es hacer una revisión amplia, no se realizará un análisis de la calidad metodológica de los estudios. Sin embargo, en la presentación de los resultados se hará alusión a las características metodológicas de los mismos. Posteriormente se procederá a la lectura pormenorizada de los artículos y documentos seleccionados a texto completo, extrayendo aquella información considerada interesante. En primer lugar reduciremos la información eliminando todo aquello que no es esencial mediante un proceso que pasa por segmentar la información básica. A continuación se ordenará dicha información por grupos. Se procederá a rotular o asignar un nombre a cada grupo. Con los grupos ya formalizados y etiquetados se procederá a integrar los grupos que se parezcan bastante, de forma que habrá algunos que queden aislados y otros integrados. Tras este proceso se priorizarán los grupos para identificar la información que será más relevante dentro de la organización alcanzada respondiendo a los objetivos planteados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
Póster perteneciente al Rincón del Estudiante. No se desarrolla bibliografía hasta la realización del proyecto de investigación.

POSTER 8

AUTORES/AUTHORS:
Carmen Sánchez Ocaña, Beatriz Roca Gutiérrez

TÍTULO/TITLE:
Problemas psicosociales en adolescentes inmigrantes y atención de enfermería. Revisión de la bibliografia.

OBJETIVOS

1- Identificar en la literatura los problemas psicosociales y de salud mental más prevalentes en adolescentes inmigrantes, comparándolos con la población autóctona
2- Identificar el patrón de uso de los servicios de salud por población adolescente inmigrante
3- Identificar las intervenciones de enfermería dirigidas a población adolescente inmigrante

MÉTODO

Hemos realizado una revisión bibliográfica en bases de datos nacionales e internacionales. La búsqueda en IME-biomedicina se limitó desde el 2002 hasta la actualidad y se usaron los descriptores enfermer*, escolar*, escuela*, colegio*, inmigrant*. Las búsquedas en SCOPUS, CINALH, y PubMed-Mesh DataBase, se han limitado a los últimos 5 años y los descriptores han sido adolescent OR teenager AND migrant OR foreign AND scholar nurse OR mental health OR behaviour OR psychology OR health service.

RESULTADOS

Seleccionamos 13 artículos de 67 que respondían a los objetivos de nuestra búsqueda, de los cuales sólo uno está publicado en España.
En primer lugar, en la bibliografía se refleja que los adolescentes inmigrantes poseen una serie de factores de riesgo que los hacen más vulnerables a problemas de salud mental y psicosocial, destacando pérdidas y separaciones de lazos afectivos, guerras, torturas, penurias, cambio de cultura y lengua(1,2,4,6,10,13). Además, entre los inmigrantes de segunda generación prevalecen problemas relacionados con el choque de culturas en sus hogares(2,11).

En relación con los problemas psicosociales y de salud mental más prevalentes, en la bibliografía se distinguen entre los internalizados (ansiedad, depresión y problemas de integración) y externalizados (agresividad, delincuencia, abuso de sustancias tóxicas o actividades sexuales sin protección)(1,2). También se observa un marcado sesgo de género en el tipo de problemas, mientras que las chicas adolescentes suelen presentar más problemas internos, los chicos los externalizan(4,6,10,11). Por otra parte, es común encontrar problemas psicomáticos, observados también en los de la población autóctona, pero en inmigrantes se deben a conflictos de integración o bulling. Así mismo, observamos que entre los nativos hay más problemas de hiperactividad y que no están exentos de sufrir los problemas comunes de la población inmigrante, aunque se presentan más en sectores de población con estatus socioeconómico bajo(9).

Respecto al uso de los servicios de salud, se observa que los utilizan escasamente, debido fundamentalmente a tres razones: la ansiedad o depresión no se consideran problemas de salud mental en algunas culturas; el miedo a ser etiquetados de enfermos mentales, y el desconocimiento del funcionamiento de los servicios de salud(7,11).

Finalmente, en las intervenciones de enfermería dirigidas a población adolescente en general, encontramos dos maneras de actuar. En España se trabaja desde el programa de Forma Joven de los centro de salud con conexión con los institutos, considerándose un trabajo comunitario. En otros países de Europa y en Estados Unidos se encuentra la figura de la enfermera escolar(3,8)
Esta es una figura que está de manera permanente en la escuela/instituto y realiza actividades de prevención de la enfermedad (calendario vacunal, screenings, seguimiento de enfermedades crónicas como asma o diabetes), curación, primeros auxilios o promoción de la salud en los ámbitos de la higiene bucodental, evitación de hábitos tóxicos o actividades sexuales precoces y sin

protección, estimulación del ejercicio físico y de una alimentación saludable. Su trabajo se proyecta también en el resto del equipo docente y en los padres, enseñándoles las habilidades necesarias para una vida saludable. Hay que destacar que en el contexto de la sanidad privada, cuando la situación económica de las familias no permite acceder a los servicios de salud, es la enfermera escolar el único medio para realizar promoción y prevención en los adolescentes(3,5,7,10,12).
Finalmente, hay que destacar que las actividades de prevención y promoción, en España como en otros países, se realizan de una forma genérica sin tener en cuenta las diferencias culturales de los adolescentes, de ahí que en diversos estudios se plantee la necesidad de dotar a las enfermeras de competencia cultural(3,4,5,12,13).

CONCLUSIÓN

El género determina diferencias en las manifestaciones de problemas de salud mental en la población adolescente inmigrante. En ella se observa una mayor presencia de problemas psicosociales en relación con la población autóctona. No obstante, parece que se igualan cuando ésta tiene un bajo estatus socioeconómico.
En España, debido a la escasez de estudios, existe la necesidad de estudiar los problemas de salud de la población adolescente inmigrante y de incluir la dimensión cultural en las intervenciones de enfermería. También sería conveniente usar Diagnósticos e Intervenciones según la taxonomía NANDA para planificar los cuidados.
Dado que utilizan escasamente los servicios de salud, la figura de la enfermera escolar adquiere una gran importancia. Las intervenciones tempranas de enfermería en los factores de riesgo para la salud en esta población podría evitar que los problemas se cronificaran y sus efectos se reflejarían en la calidad de vida y en el rendimiento académico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Alati R, Najman JM, Shuttlewood GJ, Williams GM, Bor W. Changes in mental health status amongst children of migrants to Australia: a longitudinal study. Sociol Health Illn. 2003;25(7):866-888
(2) Derluyn I, Broekaert E, Schuyten G. Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in Belgium. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2008 May 17(1):54-62
(3) Haddad M, Butler GS, Tylee A. School nurses' involvement, attitudes and training needs for mental health work: a UK-wide cross-sectional study. JAN 2010 Jul:2471-2080
(4) Heike Hölling H, Kurth BM, Rothenberger A, Becker A, Schlack R. Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). Eur Child Adolesc Psychiatry. 2008;17:suplemento 1:34-41
(5) Maughan E, Adams R. Educators' and parents' perception of what school nurses do: the influence of school nurse/student ratios. JOSN. 2011 Jul 27(5):355-363
(6) Muennich Cowell J. Mental health promotion: opportunities for school nursing research. JOSN. 2011 Mar 27:91
(7) Pavletic AC. Connecting With Frequent Adolescent Visitors to the School Nurse Through the Use of Intentional Interviewing. JOSN. 2011 Mar 27(4):258-268
(8) Plaza García AM, Molíns Santos C, Ayuso de la Torre B, Domínguez Peña C, Martínez Sanz MJ, Simons Castell A. La enfermera como educadora escolar. Rev ROL Enf 2007;30(6):409-412
(9) Ravens-Sieberer U, Erhart M, Wille N, Bullinger M, BELLA study group. Health-related quality of life in children and adolescents in Germany: results of the BELLA study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2008;17:suplemento 1:148-165
(10) Song SJ, Ziegler R, Arsenault L, Fried LE, Hacker K. Asian student depression in American high schools: differences in risk factors. JOSN. 2011 Nov 27(6):455-462
(11) Van Oort FVA, Van der Ende J, A.M. Crijnen A, Verhulst FC, Mackenbach JP, Joung IMA. Ethnic Disparities in Mental Health

and Educational Attainment: Comparing Migrant and Native Children. Int J Soc Psychiatry 2007 Nov 53(6):514-525
(12) Wilson P, Furnivall J, Barbour RS, Connelly G, Bryce G, Phin L, et al. The work of health visitors and school nurses with children with psychological and behavioural problems. JAN 2008 Sep 61(4):445-455
(13) Yearwood EL, Crawford S, Kelly M, Moreno N. Immigrant youth at risk for disorders of mood: recognizing complex dynamics. Arch Psychiatr Nurs. 2007 Jun 21(3):162-171.

POSTER 9

AUTORES/AUTHORS:
Rosalía Giménez Martínez, Ana Belén Serrano Casado

TÍTULO/TITLE:
ANÁLISIS DEL NIVEL DE BIENESTAR EN RELACIÓN A LA INGESTA PRECOZ O TARDÍA POSTQUIRÚRGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

INTRODUCCIÓN
El presente estudio surge como consecuencia de la observación directa por los profesionales de Enfermería en su práctica diaria asistencial al percibir una demanda por parte, tanto de los niños como de la familia, de la necesidad de introducir precozmente la tolerancia oral posoperatoria debido a la sensación de sed y malestar general provocado por el ayuno. Al realizar la revisión en las fuentes bibliográficas se ha comprobado que existen estudios al respecto con la suficiente evidencia científica, demostrando que la ingesta temprana es segura y efectiva. Sin embargo, en España, estas investigaciones solamente han sido comprobadas en adultos pero no en niños. Por todo lo anteriormente expuesto nace este proyecto con el último fin de avanzar en los cuidados enfermeros especializados y lograr la máxima calidad asistencial en Pediatría.

OBJETIVO PRINCIPAL
Demostrar que la ingesta posoperatoria puede efectuarse a las 2 horas sin un incremento de las complicaciones y con una mejora del bienestar del niño intervenido de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

MATERIAL Y MÉTODO
- Diseño. Ensayo clínico aleatorio. Se compararán dos intervenciones, asignadas al azar a dos grupos de pacientes de una unidad de CMA.
1.Grupo control (ingesta tardía): los niños comenzarán la ingesta de agua a las 4 horas de haber salido del quirófano. Corresponde a la ingesta tradicional cuyo método está actualmente protocolizado en el hospital.
2.Grupo experimental (ingesta precoz): los niños comenzarán la ingesta de agua a las 2 horas de haber salido del quirófano. Es el grupo que recibe la intervención cuyo efecto se desea analizar.

- Población diana. Niños/as en edades comprendidas entre los 4 y 7 años intervenidos de CMA en un servicio de Cirugía Pediátrica.

- Criterio de inclusión. Edad entre 4 y 7 años, permanecer en la unidad de Cirugía Pediátrica, CMA de: fimosis, herniotomías, criptorquidia, hipospadias, hidroceles, otras (lesiones cutáneas, etc.) y firma del consentimiento informado.

- Criterios de exclusión. Historia previa de hiperémesis o RGE (reflujo gastroesofágico), enfermedad congénita, patología digestiva, reacción anafiláctica previa o intolerancia a algún alimento y estado de somnolencia excesiva en el momento del inicio de la ingesta. La escala de Glasgow debe ser de 15 puntos en el momento de la tolerancia.

- Tamaño muestral y procedimiento de muestreo. Se ha calculado el tamaño muestral con el programa informático Epi Info 7. Con un nivel de significación del 95% (p=0,05), una potencia del 80% y con una incidencia de vómitos alrededor del 29%, el tamaño de la muestra es de 124 niños, suponiendo que en el grupo experimental se produzca una reducción de hasta el 8%. Con una estimación de posibles pérdidas del 10%, el número final de participantes sería de 138. El tipo de aleatorización se realizará por asignación aleatoria simple. La técnica consistirá en una tabla de números aleatorios confeccionada con el programa informático Microsoft Excel que asignará al azar el grupo al que pertenecerá cada paciente.

- Variables. Independientes: tiempo de inicio de la ingesta tras la anestesia, vómitos. Dependientes: fecha de nacimiento, sexo, peso, talla, tipo de cirugía, duración de la intervención, tiempo de ayuno preoperatorio, tiempo de estancia hospitalaria tras la cirugía, nivel de dolor, sensación de sed, nivel de bienestar, tipo de anestesia, tipo de analgesia, sueroterapia y antieméticos.

- Recogida de datos. Se realizará mediante una hoja de recogida de datos donde se reflejan todas las variables descritas con sus

correspondientes escalas de valoración. Los datos necesarios para su cumplimentación se obtendrán a través de la entrevista, la historia clínica y el equipo interdisciplinar.

- Análisis de datos. Para las variables cualitativas se empleará el test de ji-cuadrado. Para las cuantitativas, se realizará la comparación de medias utilizando el test t de Student. El análisis de las variables dicotómicas se hará con el test f de Fisher, comparando sus varianzas. En el caso de distribución anormal se empleará la prueba de Mann-Whitney. Los datos se representarán en tablas comparativas y diferentes diagramas. Para el análisis descriptivo de las variables cualitativas o categóricas, éstas se representarán gráficamente mediante diagramas de barras y/o sectores. Para las variables cuantitativas o continuas el tipo de gráfico utilizado será el histograma. Para comparar dos o más grupos de variables cualitativas, se utilizarán diagramas de barras agrupadas. Para las variables cuantitativas, las gráficas de líneas. Finalmente, para el estudio de dos variables continuas y medir el nivel de correlación, se usarán los diagramas de dispersión. Para el análisis de los datos se empleará el programa de soporte informático SPSS.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

La inclusión del participante en el estudio requiere la firma del consentimiento informado por los padres/tutores. Se han elaborado una hoja de consentimiento informado y hoja informativa específica para este trabajo. El presente proyecto fue aprobado en el mes de abril de 2012 por el Comité Ético de Investigación Clínica y la Comisión de Investigación del hospital donde se desarrolla, y se inició en junio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.Acosta-Villegas F, García-López JA, Aguayo-Albasini JL. Manejo de las náuseas y vómitos postoperatorios. Cir Esp. 2010; 88(6): 369–73.
2.Carr AS, Courtman S, Holtby H, Morton N, Jacobson S, Brennan L, et al. Guidelines on the prevention o postoperative vomiting in children. The Association of Pediatric Anesthetists of Great Britain & Ireland. 2009.
3.De Diego García EM, Fernández Jiménez I, Suárez Castaño C, Trugeda Carrera MS, Sandoval González F. Cirugía mayor ambulatoria en pediatría. ¿En qué consiste lo que hacemos? Bol Pediatr 2001; 41: 83.
4.Eberhart LHJ, Geldner G, Kranke P, Morin, A, Schaüffelen, Treiber H, Wulf H. The Development and Validation of a Risk Score to Predict the Probability of Postoperative Vomiting in Pediatric Patients. Anesth Analg 2004; 99: 1630–7.
5.Gan TJ, Mb, Frca, Ffarcsi. Risk Factors for Postoperative Nausea and Vomiting. Anesth Analg 2006; 102: 1884-98.
6.García Mialdea O, Navarro Vázquez I, Parrondo Muiños C, Fernández Masaguer LC. Vómitos. Sotoca JV, Martínez A. En: Motivos de consulta en urgencias pediátricas. Ergon: Madrid; 2011. p. 107.
7.Hosseini SN, Mousavinasab SN, Hahmanpour H, Sotodeh S. Comparing early oral feeding with traditional oral feeding in upper gastrointestinal surgery. Turk j gastroenterol 2010; 21 (2): 119-24.
8.Martínez Claret D, Sánchez Coll B. Tolerancia a la ingesta precoz de líquidos en pacientes postoperados de cirugía menor no digestiva. Enfermería clínica; vol. 11, núm. 4. p. 141-45; 2001.
9.Radke OC, Biedler A, Kolodzie K, Cakmakkaya OS, Silomon M, Apfel C. The effect of postoperative fasting on vomiting in children and their assessment of pain. Pediatric Anesthesia 2009 19: 494–99.
10.Ruiz López N, Martínez Rafael B, Poves Álvarez R, Buisán Garrido F. Guía Clínica. Profilaxis y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios. Sociedad Castellano-leonesa de anestesiología, reanimación y terapéutica del dolor. 2004.
11.Rüsch D, Eberhart LHJ, Wallenborn J, Kranke P. Nausea and Vomiting After Surgery Under General Anesthesia. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(42): 733–41.
12.Smith I, Kranke P, Murat I, Smith A, O'Sullivan G, Søreide E, et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the

European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol 2011; 28:556–69.

POSTER 11

AUTORES/AUTHORS:
LETICIA OLTRA RUIZ, MARÍA ENCARNACIÓN GÓMEZ RODRÍGUEZ

TÍTULO/TITLE:
Efectividad de una intervención enfermera para la deshabituación tabáquica en esquizofrénicos. Ensayo clínico aleatorio

JUSTIFICACIÓN
El tabaquismo es un problema altamente prevalente entre los pacientes esquizofrénicos con una incidencia del 70-80%, y está relacionado con diversos factores que explican una reducción estimada del 20% de la esperanza de vida de esta población, en comparación con la población general, debido a su gran influencia sobre las principales enfermedades crónicas. Por ello resulta imprescindible promover la deshabituación tabáquica dentro de este colectivo, para proteger la salud física y mental, que se asociará además, a una disminución del gasto sanitario al reducir las demandas derivadas del consumo. Sin embargo, en la actualidad, todavía persisten ciertas ideas preconcebidas sobre su uso como automedicación, que ha influido tanto en la escasez de estudios científicos que avalen la eficacia de intervenciones dirigidas a la abstinencia de esta población, como en la poca implicación de los profesionales sanitarios a la hora de abordar esta problemática al asumir que éstos sujetos son incapaces de dejar de fumar. Cabe señalar que con la entrada de la nueva normativa, algunas unidades hospitalarias de corta estancia, han prohibido el consumo de tabaco durante el ingreso hospitalario, no viéndose afectada la evolución del paciente y demostrando, además, que aunque sea por un breve periodo de tiempo, la abstinencia es posible. Por tanto, es importante realizar proyectos que, como el que se presenta, evalúen la efectividad de intervenciones sobre la abstinencia. Los conocimientos que resulten del proyecto servirán para promover y mejorar las alterativas terapéuticas destinadas a aumentar la abstinencia en estos pacientes.
OBJETIVO
Evaluar la efectividad de una intervención enfermera cognitivo- conductual para conseguir la abstinencia tabáquica en personas con esquizofrenia que acuden a consultas externas de enfermería.
METODOLOGÍA
DISEÑO: Ensayo clínico con asignación aleatoria. POBLACIÓN DE ESTUDIO: Pacientes, entre 25-60 años, diagnosticados de esquizofrenia y fumadores de más de 10 cigarrillos/día con seguimiento ambulatorio estable por la administración de un neuroléptico atípico inyectable. TAMAÑO MUESTRAL: 100 pacientes; para un intervalo de confianza del 95% y un poder del 80%, con un porcentaje de mantenimiento del consumo en el grupo control del 95% y del 70% en el grupo experimental, estimando pérdidas del 15%. Asignación aleatoria de 50 sujetos a cada grupo. VARIABLE INDEPENDIENTE: El programa constará de 30 sesiones, mayoritariamente grupales, que a su vez serán divididas en diferentes modulos. Un primer modulo destinado a contenidos motivacionales, informativos y educativos acerca del tabaquismo y las estrategias para hacerle frente. Un segundo modulo que abarcará la reducción y abandono del habito tabáquico, mediante contenidos que faciliten la identificación y prevención de síntomas físicos que respondan al síndrome de abstinencia en caso de que aparezca. Y un tercer modulo, destinado al mantenimiento de la reducción o abstinencia mediante la prevención de recaídas. VARIABLES DEPENDIENTES: Abstinencia. Conocimientos sobre el habito tabáquico. Motivación para dejar de fumar. Nivel de ansiedad. Dependencia a la nicotina. Satisfacción percibida. Sinceridad expresada. Autoeficacia percibida para el control. ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Por intención de tratar. Tras análisis descriptivo y comprobación de homogeneidad de los grupos, se analizará la incidencia de abstinencia en ambos grupos con la prueba x2 y los cambios en el número de cigarrillos consumidos mediante la comparación de medias, utilizando pruebas paramétricas o no paramétricas, según proceda. PROCEDIMIENTO Y PLAN DE TRABAJO. Primera Etapa: La captación de los participantes será durante 2 meses coincidiendo con las citas programadas con enfermería para la administración del neuroléptico atípico inyectable. Una vez incluidos en el programa se les realizará una entrevista pre-intervención sobre el hábito de fumar. Asignación aleatoria para asegurar la homogeneidad de ambos grupos. Segunda Etapa: En 10 meses se realizaran 30 sesiones de 90 minutos con una periodicidad variable según los contenidos a tratar. Las 24 primeras sesiones serán semanales y grupales, las 4 siguientes quincenales, siendo 2 individuales y 2 grupales alternas; y las 2 restantes mensuales e individuales. Tercera Etapa: Las variables respuestas serán evaluadas mediante los instrumentos de medida antes y después de la intervención, aprovechando las citas de la inyección intramuscular como parte de su tratamiento habitual. La variable principal de resultado, abstinencia tabáquica, se medirá con la cooximetría. Otras: Motivación para dejar de fumar mediante el Test de Richmond; Nivel de ansiedad a través del STAY; Dependencia a la nicotina con el Test de Fagerström. Se utilizarán técnicas de enmascaramiento, siendo la enfermera encargada de la recogida de la información distinta de aquella que lleva a cabo el programa y de quien seleccionó a los participantes. Cuarta

Etapa: Los miembros del equipo investigador se encargarán de la traducción y envío a publicación, elaboración del informe final, comunicación de los resultados en reuniones científicas, redacción de un artículo original para su publicación en una revista científica especializada en la materia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Wood CM, Iruarrizaga I, Can- Vindel A, Dongil E. Ansiedad y tabaco. Intervención psicosocial. 2009;18(3):213-231.
Jimenez-Ruiz CA, Fagertröm KO (eds). Tratado de Tabaquismo. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2007.
Molina-Linde JM. Efectividad de los programas de deshabituación tabáquica para enfermos mentales graves. Actas Esp Psiquiatr. 2011;39(2):106-14.
Tidey JW, Rohsenow DJ, Kaplan GB, Swift RM, Adolfo AB. Effects of Smoking Abstinence, Smoking Cues and Nicotine. Replacement in Smokers with Schizophrenia and Controls. Nicotine Tob Res. 2008 June;10(6):1047–1056.
Kelly DL, McMahon RP, Weiner E, Boggs DL, Dickinson D, Conley RR, et al. Lack of Beneficial Galantamine Effect for Smoking Behavior: A Double-Blind Randomized Trial in People with Schizophrenia. Schizophr Res. 2008 August;103(1-3):161–168.
Winterer G. Why do patients with schizophrenia smoke? Current Opinion in Psychiatry. 2010;23:112–119.
Prochaska JJ. Smoking and Mental Illness—Breaking the Link. N Engl J Med. 2011 July;365(3):196-198.
Vara-Álvarez CM, Arias-Horcajadas F, Basurte-Villamor I, Bobes-García J, Bousoño-García M, Casas-Brugué M, et al. Patología dual en esquizofrenia. Opciones terapéuticas. Barcelona: Glossa; 2007.
Culhane MA, Schoenfeld DA, Barr RS, Cather C, Deckersbach T, Freudenreich O, et al. Predictors of Early Abstinence in Smokers with Schizophrenia. J Clin Psychiatry. 2008 November;69(11):1743–1750.
Williams JM, Steinberg ML, Zimmermann MH, Gandhi KK, Stipelman B, Budsock PD, et al. Comparison of Two Intensities of Tobacco Dependence. Counseling in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. J Subst Abuse Treat. 2010 June;38(4):384–393.
Williams JM, Gandhi KK, Lu S-E, Kumar S, Shen J, Foulds J, et al. Higher nicotine levels in schizophrenia compared with controls after smoking a single cigarette. Nicotine & Tobacco Research. 2010 August;8(12):855-859.
Rice VH, Stead LF. Intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar (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.).
Cahill K, Lancaster T, Green N. Intervenciones basadas en estadios para el abandono del hábito de fumar. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 11. Art. No.: CD004492. DOI: 10.1002/14651858.CD004492.

POSTER 13

AUTORES/AUTHORS:
María Encarnación Gómez Rodríguez, Leticia Oltra Ruiz

TÍTULO/TITLE:
Intervención enfermera cognitivo conductual para prevenir recaídas en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria

OBJETIVOS: 1) Evaluar si la intervención enfermera en terapia cognitivo conductual produce mejoría y disminución de recaídas en pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). 2) Evaluar mantenimiento/mejoría del peso e IMC. 3) Valorar la integración de hábitos saludables (ejercicio y dieta), autoestima e imagen corporal tras intervención. METODOLOGIA: Ensayo clínico aleatorio. El grupo experimental (GE) recibirá intervención cognitivo conductual y procedimientos habituales, el grupo control (GC) sólo procedimientos habituales. Sujetos de estudio: Pacientes de la Unidad TCA de menos de un año. Criterios inclusión: Mayores de edad; consentimiento informado; diagnosticadas de TCA en tratamiento en consultas externas, hospital de día y/o dadas de alta de la UTCA hace menos de un año. Criterios exclusión: Deterioro cognitivo grave y dificultades de idioma. Tamaño muestra: Para un nivel de confianza del 95%, poder de 80%, razón (expuestos-no expuestos) 1:1, frecuencia esperada de recaídas en GC del 60% y en GI del 30% y contando pérdidas y/o abandonos, incrementamos un 15% el tamaño, 112 pacientes (56 GC/56 GE). Será llevado a cabo por un equipo investigador de tres enfermeras especialistas en Salud Mental. Distribución de los grupo números aleatorios. La evaluación de resultados se realizará sin conocer a qué grupo pertenecen. Variables: 1. Independiente (intervención enfermera cognitivo conductual psicoeducativa): el GE realizará 17 sesiones (11 grupales/6 individuales) en 5 meses, en 4 subgrupos de 14 participantes, una vez a la semana (60 minutos individuales/90 grupales). 2. Dependientes: a) Mantenimiento del peso (peso, talla e IMC): Cada quincena durante 17 semanas (GC/GE); posteriormente, cada 21 días hasta un año. Para controlar fluctuaciones de peso/recaídas se seguirán criterios del IMC de la OMS y se evaluará con Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC) “Conducta de mantenimiento del peso". b) Autoestima e imagen corporal: Se evaluará en periodo de inclusión y evaluación (GE/GC). Utilizaremos NOC: “Autoestima (1205)”, y Body Shape Questionnaire. Permite puntuación global y 4 subescalas: Insatisfacción corporal, miedo a engordar, baja estima por la apariencia y deseo de perder peso. Para evaluar imagen corporal se utilizará NOC: “Imagen corporal (1200)”. c) Integración de hábitos saludables: NOCs: “Conducta de adhesión dieta saludable (1621)”, “Conocimiento de la dieta (1802)”, “Conocimiento: Manejo del peso (1841)” (GE/GC). d) Número de recaída (IMC < 18). Evaluaremos al principio y final del estudio. 3. Otras Variables: Edad, sexo, estudios, situación laboral, apoyo familiar (Apgar familiar y Escala Duke), momento sentimental, asistencia a sesiones (número) y finalización del estudio (abandono, traslado). Análisis Estadístico: Descriptivo: variables cualitativas con frecuencias y porcentajes y cuantitativas mediante media y desviación estándar con distribución normal, y mediana, mínimo y máximo en caso contrario. Análisis inferencial: Homogeneidad de grupos de estudio y efectividad de la intervención en cuanto a recaídas, mantenimiento IMC y demás variables dependientes. Se utilizará la Chi-cuadrado, t de Student o U de Mann-Whitney. Comprobación de la normalidad de las distribuciones mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Intervalo de confianza 95% y cálculo del riesgo relativo e intervalo de confianza. Nivel de significación estadística $p<0.05$. RESULTADOS Y DISCUSION: Los TCA suponen un importante problema de salud por: 1) El elevado coste sanitario, debido a la incidencia de ingresos con este tipo de patologías en personas jóvenes (90% de sexo femenino), elevado número de reingresos, estancia media hospitalaria superior a 18 días de ingreso,… 2) Su elevada tendencia a la cronicidad, resistencia a las distintas estrategias terapéuticas, alta comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos e incluso alto índice de mortalidad que acompaña a los casos crónicos. 3) Por otra parte, el hecho de que los primeros episodios ocurran normalmente en la adolescencia o al inicio de la vida adulta comporta que el impacto personal y sociofamiliar de estos trastornos sea muy negativo. Al conseguir prevenir las recaídas de estos trastornos, el coste social y sanitario disminuye notablemente, optimizándose por tanto los recursos existentes. Además de prevenir recaídas, los participantes de este estudio adquirirían conocimientos y habilidades prácticas que les permitirán mantener una buena salud física y mental, como hábitos alimentarios adecuados, potenciación de su autoestima, capacidad para afrontar problemas de la vida diaria,… El presente trabajo además, permite a la Enfermería de Salud Mental un papel más activo en prevención de recaídas. Para conseguir los objetivos marcados sobre efectividad, elegimos el diseño que en la metodología empírico-positivista puede generar mayor nivel de evidencia, como es el Ensayo Clínico Aleatorio. Las potenciales desventajas de un ensayo clínico, en cuanto a la dificultad de generalizar los posibles resultados, quedan paliadas por tratarse de una intervención enfermera fácilmente replicable en la práctica clínica habitual y con pacientes que encontramos diariamente en las Unidades de atención a los TCA.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.Grupo de trabajo de Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm.2006/05-01. 2.DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4º ed. Barcelona:Masson, S.A;1995. 3.Rojo L, Livianos L, Conesa L, García A, Domínguez A, Rodrigo G, et al. Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. Int J Eat Disord.2003;34(3):281. 4.Rodríguez Santos F, Aranceta J, Serra L. Psicología y nutrición. Barcelona: Elsevier Masson;2008.Cap.8 P:89-116. 5.Cabranes. JA, Gil I, Gómez C, Gual P, Julián R, Ponce de león C et al. Protocolo de Atención a pacientes con Trastorno de la conducta alimentaria (TCA) dirigido a médicos de Atención primaria. Ministerio de sanidad y Consumo. Madrid 2000.NIPO:351-00-010-8. 6.Shives LR. Enfermería psiquiátrica y de salud mental. Conceptos básicos.6º Ed. Mc Graw-hill. Interamericana;2003.Cap.25.Pag:379-402. 7.Jorquera Rodero M. Un taller de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la comunidad de Valencia. Universidad de Valencia 2009. Tesis Doctoral. Pág:33-46. Disponible en: http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/10167/jorquera.pdf?sequence=1 [Fecha consulta: Septiembre 2011]. 8.Fisher C, Hetrick S, Rushford N. Terapia familiar para la anorexia nerviosa. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 6. Art.No.:CD004780. DOI:10.1002/14651858.CD004780. 9.Kmietowicz. Z. Psychological therapies recommended for eating disorders. BMJ.2004January 31; 328(7434):245. 10.Bachar E, Latzer Y, Kreitler S, Berry E. Empirical comparison of two psychological Terapies: Self Psychology and Cognitive Orientation in the treatment of AN Y BN. J Psychother Pract Res.1999 Spring;8(2):115-28. 11. Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J and Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial of out patient treatments. BJP2001,178:216-221. 12. McIntosh V, Jordan J, Carter F, Luty.S, McKenzien J, Bulik C.et al.Three psychotherapies for Anorexia Nervosa: A randomized Controlled trial. Am J Psychiatry.2005 Apr;162(4):741-7. 15. Couturier J, Isserlin L, Lock J. Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: a dissemination study. Eat Disord.2010 May;18(3):199-209.

POSTER 15

AUTORES/AUTHORS:
ELENA PEREZ ABAD, ASCENSION GUILLEN MARTINEZ, ALONSO MOLINA RODRIGUEZ, TANIA ROYO MORALES, GLORIA Mª MARTINEZ AMORES, VICTORIA RODRIGUEZ SANCHEZ

TÍTULO/TITLE:
DETECCIÓN DE LA ANQUILOGLOSIA: UNA PROPUESTA EDUCATIVA

INTRODUCIÓN

La anquiloglosia es una anomalía congénita oral, caracterizada por un frenillo lingual corto que restringe el movimiento de la lengua disminuyendo su capacidad de cumplir a pleno sus funciones. Afecta de un 1,7% a un 4,8% de todos los niños, causando en éstos de un 25% a un 60% de dificultades para el amamantamiento.

La lengua del niño juega un papel muy importante en la marcha de la lactancia materna,ya que ayuda a colocar el pecho en la posición adecuada dentro de la boca y con sus movimientos extrae la leche del seno materno.

Si existe alguna disfunción en el mecanismo de succión, esto puede impedir o restringir los movimientos de la lengua, dificultando o imposibilitando un buen agarre del niño al pecho, lo que a su vez puede hacer que la transferencia de leche sea insuficiente, así como dolor y grietas en el pezón de la madre, mal drenaje de los conductos, escasa producción de leche o por el contrario ingurgitaciones constantes y subidas de leche entre tomas en un intento de compensar el problema disparando la producción, tomas muy largas...Todo ello hace que la experiencia de dar el pecho resulte dolorosa y desagradable llevando a un abandono precoz de la lactancia materna.

Según la OMS la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de salud. Dado que se trata de un problema relativamente frecuente e infravalorado, la matrona,como figura referente para la mujer en el apoyo y asesoramiento en la lactancia materna debe conocer este problema y sus repercusiones, detectarlo en la práctica profesional y asesorar y resolver las dudas que pueda generar esta situación en la mujer así como implicarse y colaborar con el resto del equipo en su abordaje.

OBJETIVOS

-GENERAL: Pretendemos con nuestro trabajo ofrecer a las matronas una revisión actualizada sobre esta anomalía y para ello vamos a realizar una actividad formativa tipo seminario que permita a la matrona adquirir criterios para detectar nuevos casos en su práctica profesional y colaborar con el equipo multidisciplinar en su abordaje.

Contenidos del seminario:

- -Anatomía de la mama
- -Fisiología de la succión
- -Descripción de la anquiloglosia, tipos, repercusiones en la lactancia y otros problemas derivados.
- -Métodos de diagnóstico y tratamientos

-ESPECÍFICOS: Pretendemos que los profesionales identifiquen en el recién nacido el frenillo corto que restringe y afecta a la lactancia materna y sensibilizarlos sobre este problema.

MÉTODO

-Diseño: tipo cuasiexperimental para evaluar la influencia de nuestra intervención educativa en la detección de nuevos casos.

-Población y ámbito: Matronas de Atención Primaria de Salud del Área I y Área VII de Salud de la Región de Murcia.

-Periodo: En total desde 1 de Enero de 2013 hasta 31 de Diciembre de 2013 desglosados de la siguiente manera:

-Seis meses antes de la intervención educativa(del 1/01/2013 al 31/05/2013).
-Junio 2013, realización seminario.
-Seis meses después de la intervención educativa(del 1/07/2013 al 31/12/2013).

-Criterios de inclusion:

-Neonatos menores de 28 días que acudan a la revisión postparto de la matrona.

-Criterios de exclusión:

-Neonatos menores de 28 días que no acudan a esta revisión.
-Casos detectados por otros profesionales en otras consultas.

-Variables:

-Evaluación del seminario por parte de los profesionales que han recibido la formación.
-Casos detectados de anquiloglosia por la matronas del área I antes de recibir la formación y casos detectados después de recibir la formación.
-Casos detectados durante todo el periodo de estudio en el área VII dónde no se ha realizado formación.

Recogida de datos:

-Cuestionarios de valoración del seminario a los profesionales.
-A través de las historias clínicas recogidas en el programa informático OMI-AP.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia materna. De la teoría a la práctica.Madrid: Panamericana;2009

- Buryk M, Bloom D,Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. Pediatrics 2011;128(2): 280-288.

- Colson SD, Meek JH, Hawdon JM. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. Early Human Development 2008; 84: 441-449.

- Forlenza GP, Black NMP, McNamara EG, Sullivan SE. Ankyloglossia, exclusive breastfeeding, and failure to thrive. Pediatrics 2010;125:1500-4.

- Geddes DT, Kent JC, McClellan HL, Garbin CP, Chadwick LM, Hartmann PE. Sucking characteristics of successfully breastfeeding infants with ankyloglossia: a case series. Acta Pediátrica 2010; 99 :301-303.

- Geddes DT, Langton DB, Gollow I, Jacobs LA, Hartmann PE, Simmer K. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. Pediatrics 2008;122(1):188-94.
- Medela España. Investigación. Anatomía de la mama. Succión de los bebés.[en línea] 2011 [acceso 20 mayo 2012]; disponible en http://www.medela.com/ES/es/breastfeeding/research-at-medela/breast-anatomy.html

POSTER 16

AUTORES/AUTHORS:
ASCENSIÓN GUILLÉN MARTÍNEZ, ALONSO MOLINA RODRÍGUEZ, VICTORIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, GLORIA MARÍA MARTÍNEZ AMORES, TANIA ROYO MORALES, ELENA PÉREZ ABAD

TÍTULO/TITLE:
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CUIDADOS PUERPERALES COMO MEDIO DE DISMINUCIÓN DE COMPLICACIONES EN LA EPISIOTOMÍA

INTRODUCCIÓN:
A millones de las mujeres en todo el mundo se les practica la episiotomía durante el parto, y los conocimientos sobre su cuidado afectan directamente a las molestias, dolor y curación de la sutura. Hoy en día, la Estrategia al Parto Normal elaborada por el Ministerio de Sanidad, sugiere que realice al menos una visita domiciliaria puerperal como método de intervención para una asistencia adecuada y de calidad. Debido a la falta de seguimiento en la continuidad de los cuidados durante la etapa del puerperio, pasan desapercibidas complicaciones frecuentes de esta sutura, aumentando el tiempo de cicatrización junto con los problemas derivados de un cierre por segunda intención, entre otros muchos problemas.
HIPÓTESIS:
Los cuidados especializados desde Atención Primaria durante el periodo puerperal ayudan a detectar y tratar precozmente las complicaciones asociadas a la episiotomía realizada durante el parto.
OBJETIVO GENERAL:
Averiguar si la prolongación de los cuidados postparto hasta la finalización del periodo puerperal en la mujer permite reducir, detectar y tratar de forma precoz las distintas complicaciones de la sutura de la episiotomía.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
- Concienciar a la mujer de la necesidad de aprendizaje sobre cuidados puerperales, mediante el proceso educativo que se imparte durante el seguimiento de la gestación.
- Valorar si al realizar visitas puerperales dentro del primer mes después del parto, estableciendo un plan de cuidados personalizado en las puérperas, ayuda a detectar y tratar de forma precoz las distintas complicaciones de la episiorrafia.
- Comprobar si al crear un grupo de apoyo de madres, por medio de planes de cuidados y ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico, se previene la aparición de las complicaciones.
METODOLOGÍA
Estudio cuasi-experimental, donde la selección de la población de ambos grupos será realizada mediante un muestreo por conveniencia. La captación de los sujetos se realizará en las visitas del seguimiento del embarazo normal llevadas a cabo en el Centro de Salud X. Dicha población estará definida por los criterios de exclusión e inclusión a la que se aplicara la intervención. El grupo de control incluirá a mujeres con los mismos criterios pertenecientes al Centro de Salud Y de la misma Área de Salud, donde no se llevaran a cabos las intervenciones, con el fin de comparar si existen diferencias significativas en la reducción, detección y tratamiento complicaciones. Este estudio abarcará un periodo de doce meses desde enero del año 2013 hasta enero de 2014.

VARIABLES DEL ESTUDIO
Independientes:
- Aplicación de visitas domiciliarias posteriores a la visita puerperal reglamentaria: si/no
- Educación maternal en la consulta de la matrona durante el seguimiento del embarazo sobre los cuidados específicos de la episiorrafia: si/no.
- Participación en el grupo de apoyo: si/no.
Dependientes:
- Dolor: si/no.
- Infección: si/no.
- Dehiscencia: si/no.
- Hematoma: si/no.
- Satisfacción de la mujer tras el estudio: si/no
- Dispareunia: si/no.

Procedimientos para la recolección de información

Este estudio será llevado a cabo en el Centro de Salud en la consulta de la matrona, en las visitas domiciliarias y en el grupo de apoyo. La primera visita tendrá lugar dentro de los cinco primeros días postparto, o en los primeros días posteriores alta hospitalaria.

Diseñaremos un Plan de Cuidados que incluya los aspectos educacionales del estudio y la prevención, detección y tratamiento de las complicaciones asociadas a la episorrafia, registrándose las complicaciones que hayan surgido relacionadas con la incisión de la episiotomía e incluidas en el estudio.

La evaluación del seguimiento del Plan de Cuidados aplicado de forma individual a las puérperas que presenten episiotomía y de la satisfacción conjunta del grupo de apoyo de madres en el proceso puerperal se va a realizar por medio de los siguientes procedimientos:

• Realizar una última sesión del grupo de apoyo de madres en el proceso puerperal, en la que se valore los nuevos conocimientos adquiridos respecto a los autocuidados de la episiorrafia.

• Programar una visita en la consulta de Atención Primaria de la matrona para conocer la opinión de la puérpera acerca de las actividades impartidas y su grado de satisfacción por medio de una entrevista personal.

• Recopilar los aspectos de mejora sugeridos tanto por las mujeres puerperales como por la matrona para incluirlos en sucesivas puestas en marcha de este estudio.

La información del estudio se recopilará mediante una ficha de datos individualizada y encuestas que contengan las variables del estudio. El análisis de los datos será realizado mediante el programa estadístico SPSS (v.20.0)

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Cartera de servicios de Atención Primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas.4ª Ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo [en línea] 2001
http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/cartera.pdf

-Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al parto Normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [en línea] 2008
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf

-Montenegro Alonso MS, Blanco Nieves MI, Pereiro Bangueses MA, Barro Rochela E, Rico Padín B. Episiotomía en partos eutócicos en el Complejo Hospitalario de Pontevedra. Matronas profesión [en línea] 2005
http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2225632

- González-Merlo J, Lailla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. Asistencia al parto normal. Ed. 5ª. Barcelona: Masson; 2006.

- Scetti MR, Serracani GS, Zalazar LA. Uso selectivo de la episiotomía. Rev de postgrado de la Via Catedra de Medicina. 2005 http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista146/2_146.htm

- Kettle C, Hills RK, Ismail KMK. Suturas continuas versus interrumpidas para la reparación de la episiotomía o los desgarros de segundo grado. Biblioteca Cochrane Plus [en línea], 2008 2:1-25. http://www.update-software.com/pdf/CD000947.pdf

-Martínez Galiano JM. Influencia de la episiotomía versus el desgarro perineal sobre la normalización de las relaciones sexuales en puérperas. NURE Inv [en línea] 2009]; 6 (43): 1-13.
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyepiversusdes43.pdf

Silva de Almeida SF, Riesco González ML. Ensayo aleatorio clínico controlado para dos técnicas de sutura perineal en parto normal. Rev. Latinoam. enferm [en línea] 2008 .16(2):272-279.
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_16.pdf

Pitangui, AC, Sousa L, Ferreira CH, Gomes FA, Nakano AM. Mensuración y características del dolor perineal en primíparas sometidas a la episiotomía. Acta paul. Enferm [en línea] 2009; 22(1):77-82.
http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=511486&indexSearch=ID

POSTER 17

AUTORES/AUTHORS:

Irene Belda Antón, Elena Fernández Laveda, Agueda Fernández Martínez, Ismael Jiménez Ruiz, Cecilia López García, María Moya Nicolás, Isabel Navarro de Paco

TÍTULO/TITLE:

Enfermería y Mutilación Genital Femenina. Necesidad de incluir planes de formación en medidas preventivas de la práctica

Objetivo:Dar a conocer la importancia de incluir métodos de prevención de la A/MGF tanto en los planes de formación de enfermeras y matronas como en el Programa de Atención al Niño y al Adolescente (PANA), con el fin de consensuar una actuación fundamentada y respetuosa que fomente la prevención de la A/MGF en España.

Dentro del amplio grupo de las costumbres tradicionales perjudiciales, encontramos, la ablación/mutilación genital femenina (A/MGF), definida como, “todas aquellas prácticas que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones de los órganos genitales, ya sea por motivos culturales, religiosos o por cualquier otra razón no terapéutica”(OMS,2008).

Se trata de una de las formas de desigualdad ligada al género más extendida en la actualidad, pues la OMS estima que entre 100 y 140 millones de niñas y mujeres en el mundo actualmente, han sufrido alguna forma de mutilación genital femenina, y que 2 millones de niñas corren el riesgo de sufrirla cada año.

Aunque la gran mayoría de mujeres y niñas afectadas por la A/MGF pertenecen a la región del África subsahariana, Oriente Medio y Asia; los movimientos migratorios y los procesos de globalización han favorecido que esta práctica sea cada vez más conocida en las regiones occidentales más industrializadas. Más concretamente, en España, residen más de 40.000 mujeres y niñas procedentes de países donde se realiza esta práctica.

Por estos motivos, y porque se trata de una práctica que atenta contra la integridad biopsicosocial de las mujeres y las niñas, surge la necesidad de investigar y profundizar en modelos preventivos de la A/MGF que respeten tanto la cultura como los derechos humanos y dignidad de las mujeres y niñas que están en riesgo de sufrirla.

Por ende, encontramos la necesidad de abordar la A/MGF desde una perspectiva de la prevención desde los servicios sanitarios en general y desde la Enfermería en particular.

La Enfermería y más concretamente los servicios de Enfermería Pediátrica y Obstétrico-Ginecológica, desde atención primaria, se encuentra en una situación privilegiada para prestar servicios en la prevención de las diferentes prácticas perjudiciales que afectan a la salud de las mujeres y las niñas. Estos servicios cuentan con el contacto directo con las familias y la posibilidad de desarrollar unos cuidados y mediaciones culturales a largo plazo utilizando las diferentes visitas pautadas del PANA, aunque no se haga alusión a dicha práctica en este programa.

También cabe destacar, que informes de UNICEF sobre la formación de los profesionales de la salud sobre este tema es escasa, lo que evidencia la necesidad de formación e información sobre estos temas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Comisión interdisciplinar para la prevención de la mutilación genital femenina. Mutilación genital femenina. Guía de prevención del Gobierno de Aragón, Zaragoza, 2006.

Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ. Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB, Bellaterra, 2010.

Kaplan A, Toran P, Moreno J et al (2009) Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence. In BMC Health Services Research, 2009; 9.

Kaplan A, Toran P, Bedoya MH et al. Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria en salud, la educación y los servicios sociales. Revista Migraciones 2006; 19: 189-217.

Kaplan A, Toran P, Bedoya MH et al. Las mutilaciones genitales femeninas: Reflexiones para una intervención desde la atención primaria. Atención Primaria 2006; 38(2): 122-6.

POSTER 19

AUTORES/AUTHORS:
GLORIA MARIA MARTINEZ AMORES, VICTORIA RODRIGUEZ SANCHEZ, ELENA PEREZ ABAD, ASCENSION GUILLEN MARTINEZ, ALONSO MOLINA RODRIGUEZ, MINERVA MARIA AVILES ESPIÑEIRA

TÍTULO/TITLE:
La Matrona con la detección precoz del cáncer de mama: Taller de educación para la salud y satisfacción de las mujeres.

INTRODUCCIÓN:
El cáncer de mama es uno de los tumores malignos más frecuentes entre las mujeres de todo el mundo. Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama es de, aproximadamente, 1 de cada 8 mujeres. En España se diagnostican unos 22.000 casos al año, lo que representa casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país.
Gracias a los programas de detección precoz y a los avances en el diagnóstico y tratamiento cada día es mayor el número de mujeres que viven con el cáncer de mama y lo superan.
Actualmente la prevención secundaria del cáncer de mama a través del examen mamográfico regular, se considera el método más eficaz para reducir la mortalidad, sin embargo las tasas de participación en los programas de cribado mamográfico son relativamente bajas y en España oscilan de forma considerable entre un 90 y un 60%.
La tasa de participación en la Región de Murcia en el programa de cribado de cáncer de mama se sitúa en el 72,8%. La vía para aumentar este porcentaje pasa por impartir una información que implique a la mujer desde lo didáctico y lo emocional; para ello en los programas de detección precoz del cáncer de mama participa un equipo multidisciplinar en el cual un papel importante lo desempeña la enfermera especialista en obstetricia y ginecología (matrona), sobretodo en la información a la población femenina en prevención y detección temprana, ésta última compuesta por autoexploración mamaria, exploración clínica y mamografía.
En nuestro grupo de investigación al actualizar nuestros conocimientos en incidencia y prevención del cáncer de mama, hicimos propuestas sobre como aumentar las tasas de participación femenina en los programas de screening, trabajando con la hipótesis de que si aumentamos la información de las mujeres en el conocimiento de la enfermedad conseguiríamos aumentar la implicación de las mujeres en el programa de prevención del cáncer de mama. Para realizar nuestra investigación planteamos la realización de un taller de educación para la salud sobre detección precoz del cáncer de mama y teniendo en cuenta que la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda la valoración de la satisfacción del paciente, como un criterio de calidad de nuestros servicios sanitarios, queremos utilizar esta herramienta para estudiar los efectos de nuestro estudio y aumentar los conocimientos de nuestra profesión.

OBJETIVOS:
• Aumentar los conocimientos de la población de estudio en los métodos de detección precoz y el programa de cribado del cáncer de mama, en la Región de Murcia.
• Conocer la satisfacción de las mujeres, en la participación del taller de educación para la salud, referente a la prevención del cáncer de mama.

MÉTODO:
El estudio se centrará en el Área I del Servicio de Salud de la Región de Murcia y abarcará desde el 1 de Enero al 30 de Junio del 2013, durante éstos 6 meses se pondrá a disposición de las usuarias de los centros de Atención Primaria, el taller: “Detección precoz del Cáncer de Mama. Tu Matrona, te informa.” De la población femenina participante en éste taller y mediante muestreo aleatorio simple se seleccionarán 250 mujeres. Son criterios de inclusión en el estudio: Todas las mujeres con edades comprendidas entre los 25 y 50 años que participen en el taller. Son criterios de exclusión en el estudio: Las mujeres con antecedentes personales de cáncer.
El presente trabajo se ha diseñado para que se realice un estudio descriptivo transversal de una muestra de 250 mujeres, que previo consentimiento informado y asegurando su privacidad, se recogerá una información inicial mediante un cuestionario diseñado con anterioridad y validado mediante prueba piloto por el grupo de investigación, el cual consta de 20 preguntas que exploran aspectos sociodemográficos, hábitos de comportamiento, aspectos de la vida reproductiva de la mujer, conocimientos y actitudes sobre la prevención del cáncer de mama.
Tras el taller se procederá a la recolección de información mediante un cuestionario de satisfacción (Linkert 1-5) que será

auto-administrado, éste constará de 25 ítems, agrupados en: conocimientos adquiridos sobre la enfermedad, el programa y el nivel de satisfacción en cuanto al taller.
El análisis de datos se llevara a cabo utilizando el programa SPSS.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Observatorio del cáncer, AECC. Frenos a la Participación de las mujeres en los Programas de Cribado de Cáncer de Mama. AECC; 2010. Disponible en: https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Paginas/FrenosalaParticipacion.aspx.

- Consejería de Sanidad y Consumo. Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2010.

- Molina A, Salas D, Miranda J. Satisfacción de las mujeres con la duración del proceso de valoración adicional en el cribado mamográfico. Gacet sanit [revista en internet] 2011 [consultado 12 mayo 2012]; 25(5): 357–362 Disponible en: www.scielo.isciii.es/pdf/gs/v25n5/original2.pdf

- Guiraldo CV. Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de Mama. Salud Pública [revista en internet] 2009 [consultado 3 junio 2012]; 11(4). Disponible en: www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n4/v11n4a03.pdf

- Griffin JL, Pearlman MD. Breast cancer screening in women at average risk and high risk. Obstet Gynecol. 2010; 116(6):1410-21. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21099612.

- Criado Enciso F, Ferrer Barriendos FJ, Iglesias Guiu J, Martín Jiménez A, Troyano Luque J, Xercavins Montosa J, Coordinadores. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT, Editores; 2007

- Usandizaga Beguiristáin JA, de la Fuente Pérez P. Obstetricia y Ginecología Vol 1. 4ª ed. Madrid: Marbán; 2011

- Luengo R, López-Pedraza MJ, Blasco JA. Factores Claves en Guías Clínicas Electrónicas: Cáncer de Mama. Madrid: Plan de Calidad para el SNS del MSPSI. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo; 2010. UETS 09/09.

POSTER 20

AUTORES/AUTHORS:
Alonso Molina Rodríguez, Tania Royo Morales, Gloria María Martínez Amores, Victoria Rodríguez Sánchez, Elena Pérez Abad, Ascensión Guillén Martínez

TÍTULO/TITLE:
LA CURA DEL CORDÓN UMBILICAL EN EL NEONATO: CURA EN SECO VS. ANTISÉPTICO

Introducción
Entre las mayores causas de morbimortalidad neonatal a nivel mundial destacan las infecciones neonatales, ocupando el primer lugar las originadas a partir del cordón umbilical, predominando estas en países en vías de desarrollo. Según datos de la OMS, cuatro millones de niños fallecen por año en el periodo neonatal, la mayoría en países en vías de desarrollo.(1)
Su incidencia está muy relacionada con las condiciones culturales, higiénico-sanitarias e inmunológicas de la población. Así, en los países desarrollados su incidencia es inferior a 0,07 casos/100.000 habitantes.(2)(3)
El proceso de caída del cordón es consecuencia de un doble proceso: deshidratación (momificación) y putrefacción (dependiente de bacterias) (1).
Numerosos estudios dictaminan la importancia del contacto precoz y permanente del recién nacido con la madre para facilitar esta colonización. Esta colonización saprofita que aporta el contacto con la madre puede verse afectada por unas medidas higiénicas inadecuadas. La higiene durante el parto, el material aséptico para cortar el cordón y el lavado de manos cada vez que se manipula el cordón son condiciones indispensables para que no se produzca una sobrecolonización de la zona periumbilical. (2)

Se establece que la duración normal de la caída del cordón es de 8 a 10 días en caso de parto y de 12 a 15 días si el nacimiento es por cesárea. El proceso de caída del cordón y cicatrización puede retrasarse por excesiva humedad, mal cuidado, patología asociada e infección. (4)

Históricamente se han utilizado distintas técnicas para prevenir la infección, se trató el cordón con agentes antisépticos, con aplicaciones tópicas de antibióticos. Y más recientemente mantener el cordón umbilical limpio y seco únicamente. (3)(6)
Así, la reducción del intervencionismo sanitario durante los últimos años en la puericultura con el respaldo del Estado mediante la Estrategia de Atención al Parto Normal (2007), sostiene el reemplazo del uso de medidas innecesarias y que podrían alterar el desarrollo de un proceso normal; en la misma línea la guía "Routine postnatal care of women and their babies" del National Institute for Health Clinical and Excellence, afirma que el mejor cuidado del cordón es la cura en seco.(7)(8)

Hoy en día, encontramos en nuestra práctica clínica diaria la ausencia de consenso sobre el uso de antiséptico en el cuidado del cordón para disminuir el número de complicaciones asociadas, de este modo, vemos necesario unificar criterios sobre este cuidado básico en nuestro medio (donde el riesgo de infección es mínimo) y plantear la cura en seco del cordón umbilical frente a la aplicación de antiséptico como cuidado sistemático del cordón umbilical en el recién nacido. (2)(5)

Objetivos

Determinar el procedimiento más efectivo
Específico: -Cuantificar la tasa de infección del cordón y el tiempo de caída según el uso de antiséptico frente a no utilizarlo para la cura tópica del cordón umbilical en el recién nacido.

Hipótesis

La cura en seco del cordón no aumentará la aparición de infecciones y la caída de este será más temprana.

Metodología

Proponemos una investigación de corte cuantitativo, mediante un estudio de tipo experimental.

La población a estudio serán neonatos nacidos a término. El contexto en el que se realizará será en Atención Primaria de Salud, área I de Salud de la Región de Murcia, durante un periodo de un año, de enero de 2013 a enero de 2014.
Se proponen dos grupos, asignándose a un grupo el cuidado del cordón con alcohol 70º asociado a clorhexidina (A) y al otro grupo el cuidado del cordón en seco (B). La técnica de cuidado del cordón se realizará dos veces por día. La matrona procederá a la cura en la mañana y se instruirá a los padres en la técnica correcta para que realicen la limpieza durante la noche, tanto en un grupo como en otro. El cuidado se llevará a cabo hasta la cicatrización completa del cordón, tras la caída del muñón umbilical.
El cuidado del cordón en el grupo (A) será mediante gasas estériles con alcohol 70º y clorhexidina desde la base hasta el extremo distal del muñón y posterior secado. En caso del grupo (B), la limpieza será con agua y jabón y el secado al aire.
Como instrumento utilizaremos la observación directa que recogeremos en una hoja de registro, incluyendo los siguientes parámetros:
-Infección: si/no
-Tiempo de caída del cordón: <10 dias / 10-15 dias / >15 dias
La captación se llevara a cabo mediante un muestreo consecutivo y se realizará en la consulta de la matrona. El tamaño estimado es de 312 neonatos (156 neonatos en el grupo A y 156 en el grupo B), con un nivel de confianza del 95% y un error máximo admitido del 8%, asumiendo un 15% de pérdidas durante el estudio.
Los criterios de inclusión serán:
-Neonatos nacidos a término (37-42sg)
-Neonatos captados en el 3er día de vida
-Neonatos nacidos por parto eutócico
-Neonatos con peso adecuado para su edad gestacional (percentil 10-90)
Los criterios de exclusión serán:
-Neonatos nacidos por cesárea
-Neonatos nacidos por parto distócico
-Neonatos que presenten patología médica
Los datos obtenidos se tratarán informáticamente con el programa SPSS (v20.0) utilizando el análisis de la varianza (ANOVA) para obtener los resultados y posterior discusión.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Martin M, Fernandez C. Mejora en el cuidado del cordón umbilical del recién nacido. Rev enferm CyL. 2010; 2(2): 15-18.
2. Cámara-Roca L, Bru-Martin C, Rodríguez-Rivero A, Soler-Gaiton M, Usagre-Pernia F. La cura en seco del cordon umbilical en el recién nacido: revisión de la evidencia. Matronas Prof. 2009; 10(3): 20-24.
3. Zupan J, Garner P. Cuidado tópico del cordón umbilical en el nacimiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com
4. Zupan J, Garner P. Cuidado tópico del cordón umbilical en el nacimiento. OB Stare. 2004; 11: 24-26.
5. Romero ME, Jimeno JF. Cuidados naturales en el cordón umbilical del recién nacido. Medicina Naturista. 2010; 4(2): 63-65.
6. Novoa A, Iorcansky S, Rosenzweig S. El pediatra ante un lactante con caída tardía del cordón umbilical
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
8. National Institute for Health and Clinical Excellence. Routine postnatal care of women and their babies. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006.

POSTER 22

AUTORES/AUTHORS:
VICTORIA RODRIGUEZ SANCHEZ, GLORIA MARIA MARTINEZ AMORES, TANIA ROYO MORALES, ELENA PEREZ ABAD, ASCENSION GUILLEN MARTINEZ, ALONSO MOLINA RODRIGUEZ

TÍTULO/TITLE:
PERCEPCIONES DE LAS GESTANTES QUE INGRESAN POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.

INTRODUCCIÓN: Existe un aumento en las incidencia de la prematuridad que refleja los cambios en la práctica asistencial y los avances de los cuidados obstétricos y neonatales que permite la supervivencia de neonatos cada vez mas inmaduros. Según una revisión sistemática de la Organización Mundial de la Salud, se estimó que durante el 2005 los partos prematuros representaron el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. El parto prematuro es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo.

Según Usandizaga y de la Fuente en nuestro país la prevalencia del parto pretérmino, se sitúa en torno a un 8%. El Instituto Nacional de Estadística publicó que en el año 2009 hubo un total de 486.127 partos en todo el territorio nacional, de los cuales 34.274 fueron nacimientos prematuros. En cuanto a la Región de Murcia estas cifras van desde 18.249 partos totales, con 1.248 partos prematuros. Con estos datos podemos ver la importancia que toma este problema de salud en nuestro medio, y en ésta perspectiva, ante el número considerado de nacimientos prematuros que se producen, es necesario comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de este problema en cada país, si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz.

En nuestra formación como matronas, sabemos que entre nuestras competencias se encuentra la de ejecutar un plan de atención y cuidados individualizado en los diferentes problemas de salud que se pueden presentar durante el embarazo, y conocemos que el embarazo acarrea alteraciones emocionales y fisiológicas en las mujeres, pues ocurren cambios, en el cuerpo, en el ámbito familiar y en las relaciones interpersonales.

Son muchos los estudios que han intentado establecer las causas de la APP. En general, se acepta la multicausalidad como origen del proceso. Aunque diversos autores sostienen que las tensiones psicosociales durante el embarazo incluyendo eventos de la vida, apoyo social, la depresión y la ansiedad relacionada con el mismo, pueden desencadenar un trabajo de parto prematu¬ro. Por lo tanto la adaptación psicológica a las nuevas condiciones establecidas ante un embarazo requiere una reflexión de la mujer embarazada y de los profesionales de la salud, frente a este ciclo vital.

OBJETIVO GENERAL
- Investigar sobre las percepciones de las gestantes que ingresan por amenaza de parto pretérmino en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) en relación a sus vivencias durante su estancia hospitalaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
- Evaluar qué conocimientos poseen las gestantes en relación a su proceso.
- Descubrir la opinión de la gestante en cuanto a la matrona y respecto al personal que la atiende.
- Valorar los sentimientos de las gestantes en éste acontecimiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un proyecto piloto de investigación cualitativa para nuestra formación como matronas. Se realizan 3 entrevistas semiestructuradas a gestantes ingresadas en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, por amenaza de parto prematuro. El muestreo se realizó por conveniencia, entrevistando a las pacientes que cumplían los criterios de inclusión:

Criterios de inclusión:
- Las gestantes deberán estar ingresadas en el Hospital Maternal Virgen de la Arrixaca por amenaza de parto prematuro.
- Las gestantes ingresadas compartirán además de las pruebas diagnósticas, el tratamiento, que incluye tocolíticos, maduración pulmonar, reposo e hidratación.

Criterios de exclusión:
- Las gestantes participantes en el estudio no se conocerán, ni compartirán habitación en la planta de hospitalización.
- Ser extranjera.

Se abarcaron varios temas de conversación en las entrevistas, las áreas temáticas exploradas fueron:

1. Datos sociodemográficos y de salud: edad, paridad, semanas de gestación, problemas de salud anteriores, ocupación y nivel de estudios.
2. Conceptos y conocimientos sobre el proceso, así como fuentes o necesidad de información.
3. Sentimientos respecto al momento: ansiedad, miedo, preocupación por la criatura que espera…
4. Posibles situaciones estresantes del entorno.
5. Percepción en general respecto al personal que le atiende.

Cada entrevista tuvo una duración media de 10-15 minutos, se realizó la grabación digital en formato de voz y la transcripción textual de cada una.

RESULTADOS: Los resultados se exponen en tablas de información y se agrupan los resultados obtenidos en temas de conversación, citando textualmente a las gestantes mediante pseudónimos para preservar el derecho a la intimidad.

CONCLUSIONES: El estudio trata de acercarse al marco teórico y obtener unos primeros datos de interés que formen la base de próximos estudios, ya que tras analizar diferentes bases de datos científicas, descubrimos que no había prácticamente estudios publicados por matronas, en relación a nuestro tema a investigar, y muy pocos de otras graduaciones. Podemos concluir que faltan todavía muchos estudios sobre éste tema y que la matrona por su situación privilegiada de cercanía a las gestantes y su formación postgraduada, es la profesional más adecuada para iniciarse en estudios de investigación sobre percepciones de gestantes que ingresan por amenaza de parto prematuro.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Harris Requejo J, et al. Incidencia mundial del parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2010. [Consultado 20 oct 2011]; 88:31-38 Disponible en: http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554.pdf

- Usandizaga Beguiristáin JA, de la Fuente Pérez P, Obstetricia y Ginecología Vol 1. 4ª ed. Madrid: Marbán; 2011

- Instituto Nacional de Estadística [sede Web] Madrid: INE [consultado 12 Oct 2011] Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/tabla.do

- Asociación española de pediatría [sede web] Madrid: AEP [Consultado 1 nov 2011]; 2008. El recién nacido prematuro. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf

- Puerto Suárez de Mendoza R, Cardoso Moreno MJ, Rodríguez Velazco FJ, Rodriguez Marco R. Patrones de personalidad y parto

pretérmino. R.Psicología .com 2011;15:58 [consultado 28 Nov 2011] Disponible en: www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/.../1182/

- Ochoa A, Perez Dettoma J. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. An Sist Sanit Navar [revista en internet] 2009 [consultado 15 Nov 2011] Vol 32 Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia3.pdf

- Dole N, Savitz D, Hertz-Piccioto I, Siega Riz A, Mahon M, Buekens P. Maternal stress and preterm birth. Am J Epidemiol [revista en internet]2003[consultado 6 Nov 2011] ;157:14-24 Disponible en: http://aje.oxfordjournals.org/content/157/1/14.full.pdf

- Maritza Muñoz P, Patricio Oliva M. Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente. REV CHIL OBSTET GINECOL [revista en internet] 2009 [consultado 12 Nov 2011]; 74(5):281-285 Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v74n5/art03.pdf

- Costa M da C, Bezerra Filho JG, Andrade Bezerra MG, Veríssimo de Oliveira RM, De Vasconcelos Silva AR. Gestación de riesgo: Percepción y sentimientos de las mujeres embarazadas con amniorrexe prematuro. Enfermería global. 2010; 20:1-12

POSTER 23

AUTORES/AUTHORS:
Tania Royo Morales, Elena Perez Abad, Ascensión Guillen Martínez, Alonso Molina Rodriguez, Victoria Rodriguez Sánchez, Gloria Martínez Amores

TÍTULO/TITLE:
ESTUDIO DE CORRELACIÓN ENTRE EL EJERCICIO FÍSICO Y EL INICIO FISIOLÓGICO DEL PARTO DE TRES ÁREAS DE SALUD DE MURCIA

Un elevado porcentaje de mujeres (sobre todo aquellas que van a parir por primera vez) superan ampliamente la fecha probable de parto1, convirtiéndose su gestación en un embarazo en vías de prolongación. El embarazo prolongado se define como aquel que supera las 41 semanas más 6 días2, incluso algunos autores comienza a apuntar hacia las 40 semanas más 6 dias3. La prolongación del embarazo más allá de las 42 semanas conlleva una serie de riesgos tanto para la salud de la madre como para la del futuro recién nacido2,4, por lo que toda aquella mujer gestante cuyo embarazo se aproxima a la semana 42 requiere la finalización de éste mediante la inducción del parto5. Para ello se pueden utilizar distintos métodos dependiendo de las condiciones obstétricas de la mujer y el diagnóstico prenatal. Es por esto que cuando se precisa la maduración del cuello uterino, condición obstétrica indispensable para iniciar el parto, uno de los métodos usados es la aplicación de prostaglandina directamente sobre esta zona. Las prostaglandinas son compuestos sintetizados por el organismo a partir de ácidos grasos esenciales por la acción de diferentes enzimas; existen distintos tipos uno de los cuales produce, entre otras funciones, la contracción de la musculatura lisa6, como la que compone el útero. La prostaglandina se puede emplear en forma de tampón que contiene un preparado de dinoprostona (prostaglandina E2) o un análogo de la prostaglandina E1, conocido como misoprostol5.
Actualmente en el Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, medio dónde se desarrollará el presente estudio y cuyo área de maternidad es referencia para tres áreas de salud, el método más extendido para inducir el parto a todas aquellas mujeres que alcanzan la semana 41 y 6 días, es el uso de la aplicación del preparado de dinoprostona en forma de tampón en el cuello del útero. Pero la inducción mediante prostaglandina no está exenta de inconvenientes que pueden afectar al curso del parto y poner en riesgo el bienestar fetal y materno5,7.
De entre las causas correlacionadas al desarrollo de las etapas del parto, el ejercicio ha sido estudiado como posible factor asociado al inicio de la segunda etapa8. La cuestión que cabría plantearse es si el ejercicio se podría asociar con otras etapas del trabajo de parto. Por tanto si el embarazo prolongado así como la inducción del mismo, mediante prostaglandina aplicada en el cuello del útero, suponen dos situaciones de riesgo para la salud materno-fetal, determinar si factores, como el ejercicio físico, favorecen el inicio del parto natural a término (aquel que se produce entre la semana 37 y la 40), permitiría plantear el abordaje de un plan para el inicio fisiológico del parto, evitando procesos o situaciones de riesgo como las mencionadas anteriormente.
Objetivo general: determinar si el ejercicio físico durante la gestación es un factor relacionado con el inicio natural del parto, las áreas de salud I, VI y VII de la Región de Murcia.
Objetivo específico: describir las características sociodemográficas, obstétricas y de ocio (hábitos de ejercicio) de las mujeres gestantes primíparas, de las áreas de salud I, VI y VII de la Región de Murcia.
Método:
Diseño: analítico, longitudinal y retrospectivo.
Ámbito: área de salud I, VI y VII de Murcia.
Periodo: 4 meses.
Población: mujeres gestantes primíparas. Se obtuvo un tamaño muestral de 48 mujeres según la fórmula para la estimación de una proporción, para un a=0,05.
Criterios de inclusión: primiparidad, es decir, que el parto actual haya sido el primero aunque la gestación no haya sido la primera; posición fetal cefálica durante embarazo y parto, gestación única, es decir, no gemelar, y mujeres cuyo embarazo haya superado las 37 semanas de gestación.
Criterios de exclusión: ser menor de 18 años, tener problemas para la comunicación, que el embarazo fuese catalogado de riesgo según los criterios del Programa de Atención Integral a la Mujer (PIAM) de Murcia y haber tenido un parto inducido por causas distintas al embarazo en vías de prolongación.
Variables de estudio:
- Sociodemográficas: edad, si trabajó durante la gestación, tipo de actividad laboral, si tuvo ayuda para las tareas del hogar, y si tuvo

ayuda para el cuidado de hijos mayores (en caso de que los tuviera).
- Obstétricas: semana de gestación en la que se produjo el parto, tipo de parto, si el inicio del parto fue natural.
- Ocio: si practicó ejercicio en su tiempo libre, qué tipo de actividad, cuánto tiempo le dedicó semanalmente.

Recogida de datos:
Formato: hoja de papel DIN A4 donde constan todas las variables que se quieren medir a modo de formulario de preguntas.
Lugar: servicio de puérperas del área maternal del Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia.
Etapas:
1.- Informar a las autoridades competentes del hospital.
2.- Informar a los profesionales implicados (el personal de enfermería del servicio de puérperas) y solicitar su colaboración.
3.- El personal de enfermería ofrecería a las mujeres la posibilidad de rellenar el formulario de manera anónima, durante el periodo que dure su estancia.
Análisis de datos: se realizará una estadística descriptiva y analítica mediante el programa SPSS 15.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.- Ribau Díez MI, Berzosa González J. Inducción del parto tras la aplicación de gel de prostaglandina E2: análisis de los resultados en 1067 gestantes. Prog Obstet Ginecol. 2002; 45 (06): 245-54.
2.- Iglesias E.; De la Fuente P. Embarazo Prolongado. En*: González Gonzalez A, director adjunto. Obstetricia. 4ª ed. Madrid: Marban; 2011. p. 425-430.
3.- Crespo, R.; Lapresta, C.; Castán, S.; Campillos, J.M.; Rodríguez-Solanilla, B.; Tobajas, J.J. Análisis de la finalización de la gestación y morbilidad materna en las gestaciones de 41 semanas. Clin Invest Ginecol Obstet. 2011; 38 (04):133-40.
4.- Iglesias E.; De la Fuente P. Pérdida de bienestar fetal en el embarazo. En*: González Gonzalez A, director adjunto. Obstetricia. 4ª ed. Madrid: Marban; 2011. p. 430-437.
5.-González A. Inducción del parto. En*: González Gonzalez A, director adjunto. Obstetricia. 4ª ed. Madrid: Marban; 2011. p. 657-661.
6.- Chiesa JAL, Petersen A. El ABC de las prostaglandinas. Barcelona: Ediciones Toray; 1983.
7.- Bedoya C, Gaitán N, González J. Coagulación intravascular diseminada: una complicación de la inducción del parto con prostaglandinas. Prog Obstet Ginecol. 2004; 47 (10): 453-65.
8.- Prasad L. Gawade. Maternal and Fetal Factors Associated with Labor and Delivery Complications [dissertation]. Amherst: Open Access Dissertation, University of Massachusetts; 2012.

POSTER 26

AUTORES/AUTHORS:
Julia Melero Martín, Fernando Peña Ibáñez, Miguel Ángel Álvarez Ramírez, Susana Esteban Navarro, Carme Luzdivina Sánchez Ramos, Herminia Delgado Aguilar

TÍTULO/TITLE:
RECOMENDACIONES EN LA TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS PARENTERALES: UNA ACTIVIDAD PRÁCTICA Y EFECTIVA

OBJETIVOS:
•Reunir la mejor evidencia científica disponible en la técnica de administración de vacunas parenterales.
•Conocer las recomendaciones actuales en la aplicación de antisépticos previo a la administración de vacunas parenterales.
•Mejorar la práctica clínica del personal enfermero en las consultas pediátricas y del adulto sano en atención primaria.
MÉTODOS:
Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (BDB), pues son las principales herramientas de actualización de conocimientos más adecuada en el campo de las ciencias de la salud: PubMed, Cochrane, RNAO, JBI, Cinahl, Proquest, Bireme, Oister, C17, LILACS, Medline, Enfispo, Cuiden, Dialnet.
PALABRAS CLAVE: Técnica. Vacuna. Antisépticos. Inmunización. Piel. Technique. Vaccine. Anti-Infective Agents Local. Immunization. Skin.
RESULTADOS:
La búsqueda arrojó escasos resultados, de los cuales menos de una veintena se consideraron relevantes para nuestro estudio. Podemos dividir los resultados en dos grupos: los que aconsejan el uso de antisépticos y los que lo desaprueban.
Al primer grupo pertenecen:
- La “Canadian Immunization Guide”3: Antes de inyectar la vacuna, la piel debe limpiarse con un antiséptico adecuado y permitir que se seque.
- Varias publicaciones estadounidenses (Berger et.al, 19929; Simmonds, 198310) recomiendan la limpieza de la piel con antisépticos para minimizar el riesgo de infección
Con respecto al segundo grupo:
- Según la “UK Guidance on Best Practice in Vaccine Administration”2: La limpieza de la piel, no es necesaria en pacientes con una higiene adecuada. Puede utilizarse agua y jabón en las zonas de la piel donde la enfermera considere adecuado. Si se utilizan antisépticos es necesario dejar que la piel se seque. (esto es esencial para las vacunas de virus vivos, que pueden ser desactivados por el alcohol).
- Las medidas que nos expone “The Australian Immunisation Handbook”4 son las siguientes: En el caso de que la piel esté limpia no es necesario limpiarla con un antiséptico (como por ejemplo el alcohol). Si el profesional sanitario decide limpiar la piel, o si la piel no esta visiblemente limpia, el alcohol y otros desinfectantes deben secarse antes de inyectar la vacuna (de lo contrario puede verse aumentado el dolor de la inyección).
- El artículo “Best infection control practices for intradermal, subcutaneous, and intramuscular needle injections”1 de la OMS, publicado en 2003, afirma que: Es necesario lavar la piel que visiblemente esté sucia. No es necesario frotar en la piel que está limpia antes de llevar a cabo la inyección. Si seleccionamos un antiséptico para limpiar la piel, debemos utilizar una torunda limpia y de un solo uso, además de mantener el producto el tiempo específicamente recomendado. No se deben utilizar bolas de algodón humedecidas que se encuentren almacenadas en un contenedor.
- Otros artículos (CDC, 20025; Dann, 19696; Koivisto et.al, 19787;McCarthy et.al, 19938) apoyan la tesis de que la aplicación de antisépticos previa a la punción es innecesaria.

En conclusión, los datos encontrados muestran que existe controversia sobre las mejores técnicas de administración de vacunas. Todos los estudios inciden en la importancia de una buena técnica de preparación (higiene de manos, esterilidad del material, etc.). Respecto a la aplicación de antisépticos en la preparación de la zona de punción, la mayoría de los artículos desaconsejan su uso, dado que la evidencia muestra que no reduce las tasas de infección mientras que sí puede provocar otros efectos perjudiciales (dolor, inactivación parcial de la vacuna, etc.). Sin embargo, otros artículos y Guías de Práctica Clínica continúan aconsejando la aplicación de antisépticos antes de la administración de vacunas.

DISCUSIÓN:
En el transcurso de la búsqueda destaca la abundancia de referencias bibliográficas irrelevantes, a pesar de la importancia y frecuencia de estas técnicas en nuestra práctica clínica diaria. De entre los pocos artículos relevantes, la mayor parte tienen una antigüedad mayor a 10 años, resaltando la importancia de que se desarrollen nuevos estudios con calidad metodológica que aporten una perspectiva integral de todo el saber acumulado en relación al objetivo del estudio.
La evidencia científica existente apoya la tesis de que no es necesario, ni en general recomendable, aplicar profilaxis antiséptica en pieles limpias para la administración de vacunas por vía subcutánea o intramuscular. Se propone realizar nuevos estudios con calidad metodológica que permitan determinar con un grado suficiente de seguridad las mejores técnicas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1). Hutin Y, Hauri A, Chiarello L. Best infection control practices for intradermal, subcutaneous and intramuscular needle injections. Bulletin of the World Health Organisation 2003; 81(7): 491-500.
Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v81n7/v81n7a07.pdf 16/08/2012

(2) Chiodini, J. Cotton, G. Genasi, F. Gupta- K. et al.UK Guidance on Best Practice in Vaccine Administration. Shire Hall Communications. 2001. ISBN: 0-9541497-0-X.
Disponible en: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/78562/001981.pdf 16/08/2012

(3) Public Health Agency of Canada. Canadian Immunization Guide. Government Services Canada. 2006. Catalogue No. HP40-3/2006 E. ISBN-0-660-193292-2
Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/pdf/cig-gci-2006_e.pdf 16/08/2012

(4) The Australian Immunisation Handbook. ISBN 1-74186-483-6. Consultado en: http://www.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/Handbook-copyright 16/08/2012

(5) Centre for Disease Control and Prevention. Department of Health and Human Services . Smallpox Vaccine Administration. Altanta. USA, 2002

(6) Dann TC. Routine skin preparation before injection: an unnecessary procedure. Lancet 2. 1969; 2: 96-7

(7) Koivisto JA, Felig P. Is skin preparation necessary before insulin injection? Lancet 1978; 1: 1072-1073

(8) McCarthy JA, Covarrubis B, Sink P. Is the traditional alcohol wipe necessary before an insulin injection? Diabetes Care 1993; 16(1); 402

(9) Berger KJ, Williams MS. Fundamentals of Nursing: Collaborating for Optimal Health. Appletone Large: Connecticut, 1992

(10) Simmonds BP. CDC guidelines for the prevention and control of nosocomial. Infections: guidelines for prevention of intravascular infections. American Journal of Infection Control. 1983; 11(5), 183-189

POSTER 29

AUTORES/AUTHORS:
Ana Alcalde Velasco, Nuria Estébanez Lucio, Raquel Alonso Alonso, María del Mar Peña Muñoz, Julia Sánchez Chamorro

TÍTULO/TITLE:
EVALUACIÓN DE LOS TALLERES IMPARTIDOS EN LA ESCUELA DE PADRES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DE BURGOS

INTRODUCCIÓN

Tener un bebé hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), puede ser angustiante para muchos padres. El nacimiento antes de término les ocasiona un importante estrés psicológico
Recibir información, comprender qué está pasando, estar informados durante la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de sus hijos ayuda a disminuir la angustia y a minimizar el impacto al que se enfrentan los padres cuando dejan a su bebé en la UCIN
La idea de poner en marcha una “Escuela de Padres” surge a través de la detección de la necesidad de formar y capacitar a los padres en el cuidado de sus hijos, tanto durante la estancia en la UCIN como posteriormente en el domicilio

OBJETIVOS
GENERALES
1. Crear un entorno de apoyo para los padres y la familia del bebé
2. Prestar unos cuidados de enfermería de calidad
ESPECÍFICOS
1. Definir el papel de los padres en el Área de Neonatología como parte fundamental del equipo de atención a sus hijos prematuros

2. Conseguir que los receptores de cuidados sean tanto el neonato como la familia

3. Definir la forma de integrar a los padres en las unidades neonatales:
a. Creando un ambiente (de trato personal, de espacio, de tiempo) en el que se sientan a gusto dotándoles de herramientas e instrumentos de aprendizaje para la mejor atención a sus hijos
b. Proporcionándoles atención adecuada para que puedan enfrentarse a las situaciones que se presenten
c. Mejorando la comunicación y la información en general por parte de los profesionales del área
4. Ofrecer la “Escuela de Padres” como referencia en cuanto a orientación y cuidados después del alta hospitalaria
MATERIAL Y MÉTODOS
• La asistencia está abierta a todos los padres de recién nacidos que estén o hayan estado ingresados en la Unidad de Neonatología. Las sesiones semanales tienen una duración aproximada de 1 hora, con un contenido teórico-práctico, y se realizan en una sala del propio hospital, cerca de la Unidad de Neonatología
• Para finalizar se realiza un debate del tema tratado con los padres para solucionar posibles dudas
• Nos ponemos en contacto con los padres de los niños que están ingresados en la unidad y con los dados de alta en los últimos tres meses, a través de correo electrónico, para informarles del tema a tratar, así como el día, la hora y el lugar de la reunión
• Talleres:
o Conocimiento de la Unidad de Prematuros
o Lactancia Materna
o Cuidados centrados en el desarrollo y la familia
o Cuidados al alta
o Desarrollo Psicomotor en los primeros años de vida
o Consejos para dar masajes al bebé, cuidados a la hora del baño, cuidado de la piel,…
o El método canguro
o Prevención de bronquiolitis

• Al finalizar la sesión, y a través de un cuestionario anónimo, se evalúan los conocimientos y habilidades adquiridos por los padres, su grado de satisfacción con estas actividades y con la comunicación que establecen con los profesionales que participan en ella

RESULTADOS

1. Desde octubre de 2011 hasta marzo de 2012 se llevan realizados 10 talleres con los padres, con una participación global del 56,66% por unidad familiar
2. La mayoría de los padres que participan son los de los niños prematuros
3. El grado de satisfacción de los padres es alto
4. De todos los talleres el mas valorado por los padres es el de Cuidados al alta
5. La demanda más generalizada por parte de los padres es la de recibir información de los talleres en papel o vía e-mail
6. Entre las mejoras e innovaciones previstas en la Escuela está divulgar las sesiones con carteles informativos por el hospital, complementar las charlas con la entrega de folletos a los padres sobre lactancia materna, masajes para el recién nacido o cuidados al alta hospitalaria; y flexibilizar los horarios de la Escuela y el orden de los temas en función de las características y necesidades del grupo de padres asistentes

DISCUSIÓN

Muchos avances y mejoras en la atención destinada a los niños en situación de riesgo se producen gracias al voluntarismo de los profesionales, en este caso, del ámbito sanitario. Ha sido el personal de enfermería quien ha puesto inicialmente en marcha esta Escuela, en su tiempo libre y sin recibir ningún tipo de compensación por ello. La parte positiva es que, visto los buenos resultados, en algunos centros han encontrado el apoyo de los responsables del hospital y/o financiación pública para su mantenimiento

La atención a la familia es una parte importante dentro de los Cuidados Centrados en el Desarrollo pero a menudo también es la gran ignorada. La implantación de Escuelas de padres en los servicios neonatales contribuye a la humanización de los cuidados, suponiendo un gran apoyo para las familias y aumentando su confianza y entrenamiento para lograr una mayor implicación en los cuidados del RN tanto durante el ingreso como al alta

La experiencia y los resultados obtenidos en la trayectoria de la “Escuela de padres” nos impulsa a seguir con la actividad y nos permite conocer la demanda, para mejorar los “Cuidados centrados en el RN y su familia “

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Griffin T et al. Transition to home from the newborn intensive care unit: applying the principles of family-centered care to the discharge process.J Perinat Neonatal Nurs. 2006 Jul-Sep;20(3):243-9.

Jackson K et al.From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. J Adv Nurs. 2003 Jul;43(2):120-9.

Murdoch MR, Franck LS. Gaining confidence and perspective: a phenomenological study of mothers' lived experiences caring for infants at home after neonatal unit discharge. J Adv Nurs. 2011 Nov 23. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05891.x.

Smith VC et al. Are families prepared for discharge from the NICU? J Perinatol. 2009 Sep; 29(9):623-9.

POSTER 31

AUTORES/AUTHORS:
Sandra Esther Romero Batista, Mª Emma Alonso Poncelas, Guayarmina Camacho Felipe, Teresa Sánchez Ciudad

TÍTULO/TITLE:
Opinión de los profesionales de Enfermería de Atención Primaria y Atención Especializada sobre Continuidad de Cuidados

Objetivo general:
Conocer la opinión de los profesionales de Enfermería de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) sobre la Continuidad de Cuidados.

Objetivos específicos:
Conocer la opinión de los profesionales de Enfermería sobre:
-La utilidad de los Informes de Continuidad de Cuidados (ICCE)
-La aplicabilidad de la información recibida para la planificación de cuidados.
-La utilización y el seguimiento de las recomendaciones por los pacientes.
-Si el ICCE es una herramienta que facilita la comunicación entre ámbitos y si ofrece Continuidad de Cuidados a los pacientes.
-Los aspectos que los profesionales modificarían respecto al ICCE.

Metodología:
Estudio descriptivo cuanti-cualitativo realizado en marzo de 2012 en el Área de Salud de Lanzarote.
La población diana estuvo comprendida por profesionales de enfermería de AP y AE en el Área de Salud de Lanzarote.
Criterios de inclusión: profesionales de Enfermería activos durante el estudio.
Criterios de exclusión: aquellos que no cumplen los criterios de inclusión.
Muestreo: Según cálculo realizado para un nivel de confianza del 95%, se realizó cuestionario a 48 profesionales de AP y a 69 de AE, aleatoriamente.
Variables de estudio:
· Cuantitativas: Variables sociodemográficas, edad, sexo, experiencia laboral, antigüedad en el puesto de trabajo. Utilidad del ICCE, comunicación entre niveles; Utilidad de la información aportada; Continuidad en los cuidados; Facilidad en la elaboración del ICCE; Utilidad y seguimiento de las recomendaciones por el paciente.
· Cualitativas: Razonamiento de la utilidad del ICCE y aportaciones sobre modificaciones en contenidos y estructura.
Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario and hoc. Los datos obtenidos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 15.0 que cuenta con las licencias de uso oportunas.

Consideraciones éticas: se adjuntó información al cuestionario con la finalidad del estudio, insistiendo en la privacidad de los datos y en la importancia de la colaboración para plantear mejoras.

Resultados:
•En la variable “sexo”, el 87,5% de los encuestados en AP eran mujeres frente al 12,5% de hombres. En AE, el 76,1% eran mujeres frente al 26,9% de hombres.
•La experiencia laboral fue, en AP, de un 31,1% entre 5 y 10 años trabajados, un 26,5% entre 10 y 15 años y un 41,9% más de 15 años. En AE, un 24,5% llevaba menos de 5 años trabajando, un 51,2% entre 5 y 10 años, un 13,6% entre 10 y 15 años y un 11% más de 15 años.
•La antigüedad en el puesto de trabajo fue, en AP, de un 64,4% menor a 5 años, entre 5 y 10 años el 22,2% y más de 10 años el 13,2%. En AE, la antigüedad fue de un 55,8% menor a 5 años, entre 5 y 10 años el 39,6% y más de 10 años el 4,6%.
•Los profesionales opinaron que el ICCE es útil en un 92, 7% en AP, y en un 78,3 en AE.
•Los profesionales de ambos ámbitos opinaron que el ICCE sirve como herramienta de comunicación entre AE-AP, siendo el resultado de un 89,6% en AP y en un 76,1 en AE, considerándolo importante en un 97,8% en AP (al ingreso), y en un 88,4% en AE (al alta).
•Ofrece continuidad de cuidados según los profesionales en un 85,4 % en AP y en un 65,2% en AE.

•En los profesionales de AP, la información recibida desde el otro ámbito es útil en 52,2 % siempre y en un 41,3% en ocasiones, y la utilizan para la planificación de los cuidados en un 63,8 % y en un 27,7% en ocasiones. En AE, la consideran útil en 32,6 % siempre y en un 44,2% en ocasiones, y la utilizan para la planificación de los cuidados en un 23,8% y en un 45,2% en ocasiones.
•La elaboración del ICCE resultó, en AP, difícil en un 16,6% y sin dificultad en un 83,4%. En AE, resultó difícil en un 26,7% y sin dificultad en un 73,3%.
•La percepción de los profesionales en cuanto a la utilidad de la información que aporta el ICCE al paciente fue de un 68,1 % en AP y de un 37,8 % en AE.
•La percepción de los profesionales en cuanto al seguimiento de las recomendaciones que ofrece el ICCE al paciente fue de un 17,4% "de seguimiento", siendo "a veces" de 78,3% en AP y de un 16,3% "de seguimiento", siendo "a veces" de 65,1% en AE.
•En cuanto a los razonamientos aportados sobre la utilidad del ICCE podemos destacar: "sirve como herramienta de comunicación", "facilita cuidados a realizar en el domicilio", "permite y garantiza la continuidad de cuidados"...Y, sobre la No utilidad del ICCE, aportan "la persona que realiza el ICCE no es el personal que ha realizado la mayoría de los cuidados", "no es útil, sólo burocracia"…
•Sobre los aspectos a modificar estarían desde AP "que aporte más información", y desde AE "realización más sencilla en la historia clínica electrónica".

Discusión: observamos diferencia de opiniones encontradas entre los profesionales de AP y AE, siendo notorio el resultado obtenido en la utilización de la información que aporta el ICCE para planificar cuidados, con una diferencia del 40%.

Limitaciones: baja colaboración de los profesionales en AE.

Utilidad para la práctica: podríamos exponer los resultados obtenidos a los profesionales de los dos ámbitos, para que conozcan las necesidades que demandan, haya un proceso de feed-back y una propuesta de mejora.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Sierra,C; Sayas,V; Famoso, MJ; Muñoz,A; Peiró,A. Continuidad de Cuiddados: Alta de Enfermería, Enfermería en Cardiología. Nº41/2º cuatrimestre. 2007.
- Ubé Pérez, JM; Urzanqui Rodríguez, M; Rodríguez Merce, C; Blasco Ros, M; Ascarza Rubio, S; Muusitu Pérez, H. Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalario por el usuario interno y externo. Nure Investigación; nº 24 -Sept- Octubre 2006.
- Navarro Arnedo, JM; Orliger Uranga, PE; Haro Maratín, S. Nuevo informe de alta de enfermería de cuidados intensivos: grado de satisfacción y cumplimentación de los colectivos implicados. Enferm. Clín. 2006; 16(4): 190-7.
- Cruzado Alvare, C; Bru Torreblanca A; González Peral, R; Aida Otero, S. Valoración del Informe de Continuidad de Cuidados por Enfermeras de Atención Primaria. Enferm. Cardiol. 2008; Año XV (45).21-25.
- Aragón Posadas R; Mediavilla Marcos ME; Delgado González E; González Esteban MP; Pérez Alonso, j; Ballesteros Alvarez, AM; Sánchez Gómez, MB; Duarte Climents, G; Guzmán Fernández, MA. ¿Es efectiva la continuidad de cuidados entre AP y AE? Revisión sistemática. Disponible en http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/profesionales/banco-evidencias-cuidados.
- Saez Rodríguez, L; Mojón Barcia, M; Pérez Paz, MJ; Gómez Gómez, F. Informe de Enfermería en hemodiálisis. La Continuidad de Cuidados. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/1844_h31.pdf.

POSTER 34

AUTORES/AUTHORS:
M ISABEL ALAVREZ LEIVA, MIGUEL GONZALEZ VALDAYO, CELIA DURAN RAMOS, RODRIGO TALLON MORENO, CARMEN LUCENA CRUZ, M ISABEL ALVAREZ LEIVA

TÍTULO/TITLE:
Protocolo del uso de la Plataforma de monitorización cardiaca remota basada en e-textiles en Rehabilitación Cardiaca

La Unidad de RC, está colaborando con la empresa NUUBO en la implementación de una Plataforma de monitorización cardiaca remota basada en e-textiles que permite biomonitorizar de forma remota y no invasiva (utilizando prendas inteligentes), recogiendo datos biométricos y almacenarlos, registrando datos de frecuencia cardíaca, señal de ECG e índice de actividad física en tiempo real. Su implementación se esta realizando en cuatro fases: fase de implantación, estudio piloto, fase II en la que nos encontramos y fase III.
Objetivos Evaluar la eficacia del sistema de monitorización en domicilio, la calidad y amplitud del registro, así como la señal transmitida en la tarjeta, parámetros de medición, Identificar problemas del paciente con su uso, comparar la efectividad de los dos sistemas de monitorización existentes y conocer el grado de satisfacción de los usuarios
Metodología: se ha realizado un estudio observacional descriptivo con técnicas cuantitativas, En esta fase han participado los pacientes atendidos durante el mes de septiembre a diciembre del 2011 en el programa de PSRC, que asciende a un total de 30 pacientes. Se han elaborado registros para poder medir datos sociodemográficos, antropométricos, calidad de la señal y cuestionario de satisfacción al paciente y se realizó un análisis descriptivo de todas las variables del estudio. Para evaluar la eficacia del dispositivo se realizó la prueba ANOVA de un factor. Para ello utilizamos el programa SPSS 17.0.
Resultados: Han participado el 83.33% de la muestra, De la población en estudio el 88% eran hombres con una edad media de 54,12 años (DT 9,90) , el índice de masa corporal (IMC) fue de 29,16 (DT 4,19), siendo el estado de la piel en un 76% sin vello. La calidad y amplitud del registro en un 48% era muy buena. No han precisado revisión del dispositivo un 44%. La duración media de la actividad ha sido de 81,30 minutos (DT 53,09), siendo del número de sesiones 12,92 (DT 5,99) por paciente. Los registros presentaron escasos artefactos (72%) y sólo el 24% había presentado alguna desconexión en el dispositivo. No han presentado reacciones en la piel y se ha comprobado la fiabilidad del dispositivo con el uso del pulsímetro como muy buena en un 76%.

El 100% consideraba que es fácil su uso y la información proporcionada por los profesionales se había realizado en un lenguaje claro comprensible y habían podido resolver sus dudas en todos los casos. Es muy cómoda para un 56% y ha ayudado a realizar mejor la actividad física al 64%. El 92% recomendaría el uso de la camiseta a otras personas. Y en el 64% se sienten muy satisfecho con la misma.
Conclusiones: la plataforma de monitorización cardiaca de Nuubo ha desarrollado una solución que permite biomonitorizar de forma remota y no invasiva con un registro de calidad en el tratamiento domiciliario de los pacientes y se han definido las mejoras a implantar en el sistema.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1. Velasco JA, Cosín J, Maroto JM, Muñiz J, Casasnovas JA, Plaza I y Abadal LT (2000). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardiaca. Revista Española de Cardiología. Vol. 53: 1095-1120. Disponible en: www.revespcardiol.org
2. Leal E, Aparicio D, Luti Y, Acosta L, Finol F, et. Al. (2009). Actividad Física y Enfermedad cardiovascular. Revista Latinoamericana de Hipertensión. Vol.4, nº1: 2-17. Disponible en: www.redalyc.org
3. Plaza, J. (2003). Estado actual de los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca en España. Revista Española de Cardiología. Vol. 56 nº 8
4. Marrugat, J.; Elousa, R. y Martí, E. (2002). Epidemiología d ella cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos

y de las tendencias entre 1997 y 2005. Revista Española de Cardiología. Vol. 5 nº4
5. Del Pozo F y Salvador CH (2001). La Telemedicina en el Sistema Sanitario Público Español. 1: Análisis de la Situación. Revista Española de Administración Sanitaria. Vol.5, nº19. Disponible en: www.itelemedicina.com
6. Martínez I, Fernández J, Galárraga M, Serrano L, Toledo P y García J. (2007) Implementación Integrada de una Plataforma Telemática Basada en Estándares para Monitorización de Pacientes. IV Jornadas de Ingeniería Telemática. Málaga. Disponible en: http://e-archivo.uc3m.es
7. Osca J, Sancho MJ, Navarro J, Cano O, Raso R, Castro JE, Olagüe J y Salvador A (2009). Fiabilidad Técnica y Seguridad Clínica de un Sistema de Monitorización Remota de Dispositivos Cardíacos Antiarrítmicos. Revista Española de Cardiología. Vol. 62(8): 886-95. Disponible en: www.revespcardiol.org
8. M, (2010). Propuesta de un Sistema de Monitorización Remota de Dispositivos Implantados en Pacientes Cardiológicos. Consideraciones económicas, Organizativas y de Calidad Percibida. Tesis Doctoral Universidad Politécnica de Madrid. Disponible en: http://oa.upm.es/5681/1/MARIAN_BAS_VILLALOBOS.pdf
9. Perez de la Isla L. et al, New gereation dynamic, gíreles and remote cardiac monitorization platform: A feasibility study, Int J Cardiol (2011), doi: 10.1016/j.ijcard.2011.08.074

POSTER 35

AUTORES/AUTHORS:
ROSA MAARTI GARCIA, MERCEDES CARRASCO CHOZAS, M ISABEL ALVAREZ LEIVA, M EUGENIA ACOSTA MOSQUERA, CELIA DURAN RAMOS

TÍTULO/TITLE:
Efectividad de un Seguimiento Integral de Enfermería a Pacientes Coronarios en la Adherencia Terapéutica

INTRODUCCIÓN: la evidencia científica ha demostrado la importancia del seguimiento integral de los pacientes coronarios después del programa de rehabilitación cardiaca (RC). (1.2.3)
Gran parte de los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca se han esforzado por realizar un adecuado seguimiento a largo plazo, basado en el control integral de los factores de riesgo. No obstante, se han alcanzado discretos resultados, al observarse que un elevado porcentaje de los pacientes abandonan precozmente la mayoría de las conductas saludables aprendidas durante el programa (4,5,6). Así, se ha puesto de manifiesto que aquellos pacientes que no habían recibido un seguimiento adecuado, abandonaron la dieta, el control periódico de sus cifras de tensión arterial, el manejo del peso, la realización periódica de ejercicio físico, e incluso volvían a fumar; en un periodo de entre seis y nueve meses tras finalizar el programa de rehabilitación cardiaca (8,9). Estas conductas de abandono se han denominado falta de adherencia terapéutica (4,5-7).
OBJETIVO: Evaluar la efectividad de un programa de seguimiento integral del paciente coronario rehabilitado en la adherencia terapéutica.
METODOLOGIA:
Diseño: estudio experimental, aleatorio, controlado. Ámbito de estudio: Unidad de Prevención Secundaria y RC del Área Hospitalaria Virgen Macarena.
Sujetos: a) Grupo experimental: pacientes que tras el programa de rehabilitación cardiaca, reciban un programa de enfermería de seguimiento integral de un año de duración. b) Grupo control: pacientes que realicen el programa de rehabilitación tradicional.
RECOGIDA DE INFORMACIÓN: Se realizó de los pacientes que habían completado el programa de RC desde Octubre de 2010 a Octubre de 2012. Se elaboró un registro para la observación de las variables relacionadas con la adherencia terapéutica.
ANÁLISIS DE DATOS: Se realizó un análisis descriptivo de las variables en estudio. Además se aplicó la prueba Chi-Cuadrado para observar la evolución de las variables de adherencia terapéutica durante el seguimiento.
RESULTADOS: Se han registrado 123 pacientes, el 55,3% de los cuales han sido asignados al grupo experimental. El 83,7% eran varones, con una edad media de 58,01 años (DT 9.69), el 82,1% estaban casados y un 59,3% vivía con sus hijos. Respecto al nivel de estudios, un 38,2% había completado los primarios, y en cuanto a la situación laboral el 47,2% estaba representado por jubilados.

En la evaluación inicial, el 51,2% presentaba antecedentes familiares ¿DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR?, un 62,6% conocían la enfermedad, y el 52% el tratamiento, identificando al mínimo dos fármacos. Asimismo, reconocían la capacidad de modificar su conducta sobre sus hábitos de vida el 61,8%, y el 71,5% no conocía técnicas efectivas de control de estrés. El índice global de apoyo social era óptimo con una media de 2,93; (DT; 0,263). En cuanto al hábito tabáquico, habían dejado de fumar el 82,9%.
Al final de programa se observó una evolución favorable de la capacidad funcional de los pacientes, partiendo de una ergometría inicial con un valor medio de 7,39 a una final de 9,13. (t=9.44; p=0.000).
Con los pacientes del grupo experimental, se ha procedido a las siguientes actividades: Entrevista de final del programa y revisión hasta el 5 mes. Con el grupo control, como aun no han llegado al año, que es la fecha marcada `para el inicio del seguimiento, aun no se han comenzado las mediciones.
En la entrevista final, el 61% seguían sin fumar, el 25,2% se controlaban la tensión arterial periódicamente, el Índice de masa corporal se mantenía en la normalidad en un 26% de los casos, seguían la dieta recomendada un 37,4%, y un 30% seguían las estrategias de control de peso e información sobre la salud y tratamiento prescritos. Continuaban realizando los ejercicios un 34,2%, y el 61% continuaba sin trabajar.
Al quinto mes de seguimiento, el 33,3% seguía sin fumar, el 57,7% controlaba su tensión arterial, el Índice de masa corporal se mantenía en la normalidad en un 21,9% de los casos, seguían la dieta recomendada un 35,7%, y un 33,3% seguían las estrategias de control de peso e información sobre la salud y tratamiento prescritos.
CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Es necesario que los pacientes que completan el programa de RC

continúen monitorizados para monitorizar su grado de adherencia terapéutica con los hábitos saludables inculcados. Los resultados evidencian que son necesarias las actividades de refuerzo durante el año posterior a finalizar el programa, sobretodo, aquellas dirigidas al abandono del hábito tabáquico, y al control de los hábitos dietéticos

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Intervenciones para mejorar el control de la presión arterial en pacientes hipertensos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en http://www.update-software.com. [Consultado el 10 de Enero de 2009].
2. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE,Hanestad BR. Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with acute myocardial infarction have long-term effects on health-related quality of life? A randomised controlled trial. J Clin Nurs. 2009; 18: 1334-1345.
3. Lear SA, Ignaszewski A, Linden W, Brozic A, Kiess M, Spinelli JJ, Pritchard PH, Frohlich J. The extensive lifestyle management intervention (ELMI) following cardiac rehabilitation trial. Eur Heart J.2003; 24: 1920-1927.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en cardiopatía isquémica del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones; 2006.
5. Braun LT. Cardiac rehabilitation: Moving from “best kept secret” to best practice. J Cardiovasc Nurs. 2008; 23(6): 482-483.
6. Maroto Montero JM, Artigao Ramírez R, Morales Duran MD, de Pablo Zarzosa C, Abraira V. Rehabilitación cardíaca en pacientes con infarto de miocárdio. Resultados tras 10 años de seguimiento. Rev Esp Cardiol. 2005; 58(10): 1181-7.
7. Beswick A.D, Rees K, West R.R, Taylor F.C, Burke M, Griebsch I. y cols. Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: literature review. J Adv Nurs. 2005; 49(5): 538-555.

POSTER 38

AUTORES/AUTHORS:
Ana Belén Arredondo Provecho, Margarita Díaz Martín, Pilar Prieto Alaguero

TÍTULO/TITLE:
Valoración de la Higiene en el área Quirúrgica. Uso de antisépticos y antimicrobianos

1. Introducción. Los Centers for Disease Control and Prevention americanos han definido las infecciones asociadas a cuidados sanitarios(IACS) como todo cuadro clínico, localizado o sistémico, que es el resultado de una reacción adversa debida a la presencia de uno o varios agentes infecciosos o sus toxinas, sin evidencia de que estuviese presente o en fase de incubación en el momento del ingreso hospitalario(1). Las medidas de eficacia demostrada dirigidas a su control pretenden reducir el número de microorganismos presentes en el paciente, en el personal sanitario y en el ambiente(2). Los eslabones que componen su mecanismo de producción son: el microorganismo que produce la infección; el medio donde el agente puede vivir, desarrollarse y multiplicarse; la forma mediante la cual se propaga el agente causal y el organismo en el que se produce la infección. El mantenimiento de la higiene se considera la medida más eficaz para la mejora de la calidad asistencial(3). La limpieza reduce el número de microorganismos contaminantes y evita la transmisión de agentes infecciosos(4).
Los objetos sucios contribuyen a una transmisión secundaria, por la contaminación de las manos del personal o por el contacto con equipos médicos que entran en contacto con los pacientes. La desinfección de suelos y superficies, así como la del instrumental y materiales utilizados en la práctica clínica, son una herramienta prioritaria en la lucha contra la transmisión de IACS que causan mortalidad y morbilidad en los pacientes(5). La tercera más frecuente es la infección de localización quirúrgica, que según los datos del Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España del año 2011, representa el 19,4%(6). El ambiente quirúrgico es uno de los factores que influyen, además de la técnica quirúrgica, el grado de contaminación endógena de la piel del paciente, la duración de la intervención, el estado subyacente del paciente, los microorganismos transmitidos por el equipo del quirófano(7, 8).
Para reducir la transmisión de microorganismos por el equipo y el medio ambiente, es preciso establecer métodos adecuados de limpieza, desinfección y esterilización. Se necesitan protocolos actualizados para asegurar que el ambiente esté visiblemente limpio(10, 11). El 99% de los microorganismos se encuentran en un ambiente donde hay “suciedad visible”. Sin una correcta limpieza, no hay desinfección ni esterilización. Los métodos deben ser apropiados y ofrecer el nivel necesario de asepsia, según la clasificación del área en relación con el nivel de riesgo de infección que le supone al paciente y/o en función del trabajo que se realiza y que puede repercutir en el paciente. El área quirúrgica está enmarcada dentro del área de alto riesgo(2).
El uso correcto de antisépticos destruye o inhibe los microorganismos existentes en la piel del paciente evitando la entrada de estos al organismo a través de la incisión quirúrgica(12).
Debido a que la técnica quirúrgica requiere un alto grado de asepsia y un efecto residual, la higiene de manos del personal se debe realizar con la técnica adecuada. El jabón antimicrobiano elimina la flora transitoria y al máximo la residente de la manos del personal(12, 13).
Dada la importancia de estos aspectos planteamos como objetivo evaluar las variables del estado de higiene, de los antisépticos y del jabón antimicrobiano en uso en el bloque quirúrgico del Hospital Universitario Fundación Alcorcón durante el año 2011.
2. Material y Métodos. Estudio descriptivo trasversal del registro diseñado y utilizado para realizar la evaluación mensual de cada quirófano durante el año 2011.
La recogida de datos se realizó en una base de datos de Access. El análisis de datos se realizó mediante el programa SPSS para Windows, versión 17.0.
3. Resultados . Se analizaron 155 registros de higiene a lo largo de todo el año.
Variables de higiene. El quirófano estaba vacío el 98,7%(153) de las visitas realizadas. El 95,5%(148) se ha realizado previamente la limpieza, el 32,9%(51) alguna puerta estaba abierta, el 5,8%(9) había material por el suelo tras la limpieza, el 48,4%(74) las superficies del respirador estaban sucias, el 43,6%(65) el carro de anestesia estaba sucio. El 73,2%(112) el ordenador estaba sucio, el 95,2%(118) el tensiómetro estaba limpio. El sistema de ventilación, estaba funcionando correctamente el 100%(155) de las veces, el 30,9%(47) alguna rejilla estaba obstaculizada con material. El jabón antimicrobiano estaba con dispensador en más de la mitad de las observaciones y permaneció destapado una octaba parte de ellas. Las condiciones de uso de los antisépticos son correctas en el 99%(153) de las observaciones. Solo hay un pequeño porcentaje de ellos que tienen registrada la fecha de apertura.
Discusión. El medio ambiente hospitalario puede ser fuente de infecciones nosocomiales si no se adoptan medidas de control y vigilancia apropiadas(12). Las visitas rutinarias de higiene, nos permiten detectar anomalías y poder plantear propuestas de mejora

en el momento que se detectan.
Mantener las condiciones ambientales óptimas en el bloque quirúrgico, podría contribuir a disminuir el riesgo de infección de localización quirúrgica e implementar la seguridad del paciente durante la intervención.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Infección asociada a cuidados sanitarios (infección nosocomial). Fariñas-Álvarez, C.; Teira-Cobo, R.; Rodríguez-Cundín, P. Publicado en Medicine.2010; 10(49) :3293-300 - vol.10 núm 49.
2. Prevención y control de la infección nosocomial. Promoción de la calidad. Guía de Buenas Prácticas. Comunidad de Madrid, 2007.

3. Prevención y control de la infección. Importancia de la limpieza en la descontaminación del material Hospitalario. Nursing 16(1):6-7. 1998 enero.
4. Procedimientos de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles en el Medio Hospitalario. Guía de procedimientos de limpieza publicada por la Consejería de Sanidad del Gobierno Gallego, año 1999. ISBN 84-453-267-6.
5. Kirkland KB, Bridges JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. Infect Control Hosp Epidemiol 1999; 20: 725-30.
6. Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España . 2011.
7. Prevención de las infecciones nosocomiales. Organización Mundial de la Salud. GUÍA PRÁCTICA. 2a edición. 2003.
8. Health Canada. Hand washing, cleaning, disinfection, and sterilization in health care. Canada Communicable Disease Report (CCDR), Supplement, Vol., 24S4, July 1998.
9. Pratt RJ et al. The epic project: Developing national evidence-based guidelines for preventing healthcare associated infections. Phase I: Guidelines for preventing hospital-acquired infections. J Hosp Infect, 2001, 47(Supplement):S3–S4.
10. Ducel G et al. Practical guide to the prevention of hospitalacquired infections. 1979, WHO/BAC/79.1.
11. Guia de Higiene Hospitalaria. Hospital Universitario de San Carlos. Servicio de Medicina Preventiva 2004.
12. Guia de Higiene de Manos Comunidad de Madrid 2010.

POSTER 39

AUTORES/AUTHORS:
MªLuisa Ballestar Tarín, Luisa Ruano Casado

TÍTULO/TITLE:
La percepción de salud como predictor de los hábitos saludables. Implicaciones en la práctica de Enfermería

Introducción y objetivos
Las encuestas de salud son el instrumento de medida para obtener información de la población sobre los fenómenos subjetivos en relación con la salud y morbilidad percibida, las conductas relacionadas con la salud y la utilización de servicios sanitarios. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad es el organismo responsable de realizar la Encuesta Nacional de Salud en España, la última encuesta corresponde al año 2006 (INE, 2012). Estos datos permiten contar con un diagnóstico integral de la salud y entenderla en relación con determinantes sociodemográficos y culturales (Rodríguez, 2007). Su principal ventaja, es que proporcionan información muy completa de la población y constituye una fuente de información complementaria a la obtenida basándose en los datos de los servicios sanitarios.
El concepto de salud en adultos implica subjetividad ya que depende de la interacción de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social (Gallegos, García, Durán, Reyes y Durán, 2006). La autopercepción de la salud se relaciona con el uso de los servicios sanitarios, de forma que las personas que hicieron un mayor uso de éstos en los doce últimos meses fueron las que tenían peor autopercepción de la salud (Rodríguez, Lanborena, Pereda y Rodríguez, 2007). Este hecho da consistencia a la variable analizada, aunque otras medidas del estado de la salud, como la limitación de actividad (Sanz, 2008) o los estilos de vida en general podrían aportar una información valiosa.
Son numerosos los estudios que utilizan la encuesta nacional de salud como fuente de información (p.e García-Altés, Pinilla y Peiró, 2006; Ruiz, Papí, Carbrera, Ruiz, y Álvarez-Dardet, 2006), sin embargo, son escasas las investigaciones mostrando las relaciones entre la percepción del estado de salud de la población con sus estilos de vida o conductas relacionadas con la salud, estas relaciones van a tener sus implicaciones en las intervención por el personal de enfermería en los programas de salud. En este sentido, los objetivos de este trabajo son identificar la relación que existe entre la percepción del estado de salud de la población con los hábitos de vida saludable (practicar de deporte, no fumar, no beber, etc.) y establecer diferencias en función de las características sociodemográficas.
Metodología
La utilización de este tipo de fuente de datos para el estudio de la salud constituye un referente fundamental porque es el punto de partida necesario para tener una visión integral, que oriente acciones preventivas y de promoción, además de facilitar el seguimiento y vigilancia periódica.
Para su estudio, se ha realizado toda una serie de análisis bivariados o multivariados en forma de tablas de contingencia y análisis de residuales. Estas tablas permiten valorar con mayor detalle la influencia combinada de varios factores, no sólo en cuanto a su valor absoluto y relativo, sino en cuanto a su significación estadística. Además se proporciona el estadístico Chi cuadrado que permite contrastar la hipótesis de independencia entre las variables categóricas.
Resultados
Los resultados indican que casi un 70% de los fumadores tiene una percepción de la salud buena o muy buena frente al 57% de los no fumadores. Igualmente la salud percibida es mayor por aquellos individuos que manifiestan haber bebido en las dos últimas semanas que por aquellos que no lo hicieron. Este resultado coincide con otras investigaciones realizadas, en las que se encontró una relación inversa entre el estado de salud y el consumo de alcohol (Gallegos et. Al, 2006). Por otro lado, aquellos usuarios que afirman dormir 7-8 horas diariamente perciben su salud mejor que aquellos que duermen menos. La actividad física también constituye un predictor del estado de salud percibido. Así, a nivel estadístico hay diferencias significativas ($p<0.05$) en la percepción del estado de salud que tienen las personas que realizan ejercicio físico de aquellas que consideran que no realizan el suficiente. En este sentido, son numerosas investigaciones sobre los beneficios de la práctica regular de actividad física, tanto para la salud física como para la psicológica de las personas (WHO, 2010).
Discusión
La percepción de la salud es una herramienta factible de considerar para conocer el estado de salud de la población. Analizar los factores asociados con esta expresión de la salud permite ampliar las perspectivas para la identificación de las necesidades en salud y la evaluación de los programas e intervenciones. Estudiadas estas relaciones, se proponen intervenciones específicas para los

distintos grupos delimitados por las características sociodemográficas, encaminadas a modificar los cambios en la percepción de la salud a través de la promoción de la salud. La eficacia de las intervenciones puede estar estrechamente relacionada con los conocimientos y actitudes de la población (Dachs, Ferrer, Florez, Barros, Narvaez y Valdivia, 2002).
Los resultados indican que las intervenciones deben ir encaminadas a intentar cambiar la percepción que las personas tienen respecto al riesgo que supone para la salud determinados hábitos y hacer consciente que el promover estos hábitos comportará el que se sientan mejor.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Referencias

Dachs JN, Ferrer M, Florez CE, Barros AJ, Narváez R, Valdivia M. (2002). Inequalities in health in Latin American and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries. Review Panam Salud Pública, 11(5-6), 335-55.
Gallegos, K., García, C., Duran, C., Reyes, H. y Durán, L. (2006). Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. Revista. Saúde Pública, 40(5), 792-801.
García-Altés, A., Pinilla, J., y Peiró, S. (2006). Aproximación a los pesos de calidad de vida de los «años de vida ajustados por calidad» mediante el estado de salud autopercibido. Gaceta Sanitaria, 20(6), 457-464.
INE (2012). La organización estadística en España / Inventario de Operaciones Estadísticas / Ficha IOE actual: 54009. Instituto Nacional de Estadística. España Disponible en: http://www.ine.es/ss/ [Consultado 10/09/2012]
Rodríguez, C. (2007). Encuesta Nacional de Salud. Revista Índice. Enero 2007, 9-11.
Rodríguez, E., Lanborena, N., Pereda, C., Rodríguez, A. (2007). Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos inmigrantes del País Vasco
Ruiz Cantero, M. T., Papí Gálvez, N., Carbrera Ruiz, V., Ruiz Martínez, A., y Álvarez-Dardet Díaz, C. (2006). Los sistemas de género y/en la encuesta nacional de salud. Gaceta Sanitaria, 20(6), 427-434.
Sanz, B. (2008). Comentario. Variables sociodemográficas, estilos de vida y salud autopercibida en la población inmigrante. Gaceta Sanitaria, 22(8), 413-4
World Health Organization. (2010). Global recommendations on physical activity for health. Suiza.

POSTER 40

AUTORES/AUTHORS:
Ernestina Batoca Silva, Sónia Pinto

TÍTULO/TITLE:
CALIDAD Y SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE URGENCIA PEDIÁTRICA: LA VISIÓN DE LOS ACOMPAÑANTES DE LOS NIÑOS

La preocupación acerca de la calidad de los servicios de salud ha aumentado en los últimos años tanto para gestores como para los profesionales de la salud, siendo evidente que la satisfacción de los usuarios constituye un indicador legítimo de calidad.
1. ObjetivosConocer la opinión del usuario es indispensable para la monitorización de la calidad y reorganización de los servicios de salud. En este sentido, tenemos la intención de determinar el nivel de satisfacción y las expectativas de los acompañantes de niños que usan al servicio de Urgencia Pediátrico respecto a los servicios prestados.
2. Métodos
Fue realizado un estudio no experimental, cuantitativo, del tipo descriptivo-correlativo y transversal, en una muestra de 142 usuarios de HIP, EPE, Aveiro, Portugal. Para su concreción fue utilizado el “Cuestionario de calidad evaluación y la satisfacción de los usuarios” adaptado a partir de Silva et al. (2007).
3. Resultados
Los resultados obtenidos permiten verificar que los acompañantes de los niños están satisfechos con los servicios prestados: 43,7% se consideran satisfechos, 41,5% muy satisfechos y 14,8% totalmente satisfechos. Las características más positivas mencionadas se refieren a aspectos generales, admisión de pacientes, personal e instalaciones. En relación a las expectativas, 97,9% de los acompañantes de los niños volvería a este hospital y 95,8% lo recomendaría a un amigo, confirmando los datos obtenidos por Silva et al. (2007). La disminución del tiempo de espera fue la sugerencia más mencionada, reforzando lo que refiere Hespanhol, Vieira e Pereira (2008). En lo relativo a la satisfacción de los acompañantes de los niños en función del sexo, nivel de escolaridad y situación profesional, se verificó que no existe una relación estadísticamente significativa. Los resultados relativos a la variable edad indican que existe relación estadísticamente significativa entre las dos variables (a Wilk´s Lambda=0,026), siendo que los acompañantes de los niños se muestran más satisfechos a medida que la edad aumenta. Esto coincide con el estudio de Lobo (2008), quien encontró que la satisfacción de los usuarios tiene relación positiva significativa con la edad.
4. Discusión
Estamos entusiasmados con los resultados, pero creemos que es posible mejorar la calidad de los servicios prestados. Proponemos una reorganización del servicio para reducir el tiempo de espera para la atención médica y para la realización de los exámenes. Mejorar la decoración del servicio, introducir música ambiental e información a los padres sobre el sistema de clasificación de prioridades en el servicio puede ayudar a minimizar el estrés y fortalecer la humanización de la atención.
Palabras clave: gestión de calidad; pediatría; padres

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
HESPANHOL, A.; VIEIRA, A.; PEREIRA, AC. (2008) - Monitorização da satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2002 a 2006). Revista Portuguesa Clínica Geral. Vol. 24, nº 3, p. 363-372.
LOBO, Liliana (2008) - Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. [Em linha]. Vol. 26, nº 2, p. 367-371. [Consult. 27 Junho 2011]. Disponível em WWW: <URL:http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n2/v26n2a17.pdf>.
SILVA, Carlos Alberto [et al.] (2007) - Estudo da Satisfação dos Utentes do Hospital do Espírito Santo de Évora EPE – Relatório Final. Universidade de Évora – Departamento Sociologia/Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto da Silva”. [Em linha]. [Consult. 10 Março 2011]. Disponível em WWW: <URL:http://www.hevora.min-saude.pt/docs/qualidade/relatorio_final_hese_epe.pdf>.

POSTER 41

AUTORES/AUTHORS:
Marianela Bayón Cabeza, Francisco Javier Pérez Rivas, Dolores Martínez Patiño, María Dolores Esteban Vasallo, Dolores Barranco Ordóñez, José Luis Aréjula Torres

TÍTULO/TITLE:
Aplicación de un ciclo de mejora en los Servicios de Vacunación en Atención Primaria: avanzando en la fiabilidad de los

Objetivos

La actual Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid es el resultado del desarrollo de una de las líneas estratégicas del Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (CM) 2006-2009.

Tal y como se recoge en el documento técnico, la Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) es una herramienta de mejora continua de calidad de la práctica asistencial, y por tanto tiene un carácter dinámico que radica en una periódica revisión y su correspondiente actualización.

Durante los años 2010 y 2011 un amplio grupo de profesionales realizó un proyecto de mejora de la Cartera de Servicios Estandarizados definiendo propuestas de mejora en tres ámbitos de actuación:
1.- Contenidos científico-técnicos.
2.- Sistemas de registro (Historia Clínica informática)
3.- Proceso de evaluación de los indicadores.
El trabajo que se presenta forma parte de este amplio proyecto.

Objetivos

· Actualizar los contenidos científico-técnicos de los Servicios (Sº) de Vacunaciones de la Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) de Atención Primaria (AP) adaptándolos al Calendario Vacunal vigente en la Comunidad de Madrid (CM).
· Revisar y mejorar el proceso de evaluación de los indicadores de proceso de estos servicios, con el fin de obtener resultados más válidos y fiables.

Métodos

Para llevar a cabo este proyecto se plantea un estudio observacional descriptivo. El ámbito de aplicación son los 260 centros de salud de la CM.
Estrategia de Revisión: En junio de 2011 se forma un grupo constituido por técnicos expertos en prevención, cartera de servicios y evaluación, de la Gerencia de Planificación y Calidad y de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (Dirección General de AP), para revisar y valorar las propuestas de mejora de los Sº de vacunaciones. Las propuestas se clasificaron en:
- Cambios en los contenidos científico-técnicos: sustituir el concepto de evaluación de actividad en el último año, por el de evaluación de cobertura global según calendario vigente: infantil o adulto, afectando al Sº 103: vacunaciones en la infancia y 402: vacunaciones en el adulto. También adaptar el Criterio de Buena Atención (CBA2), a las recomendaciones de vacunación difteria–tétanos en adultos.
- Cambios en el proceso de evaluación: se revisan y depuran las órdenes informáticas para la obtención de numeradores y denominadores en la historia clínica, abarcando todos los posibles ámbitos de vacunación.
Las mejoras se incorporan en la evaluación 2011. Se elabora un Proceso Normalizado de Evaluación y se añaden en el documento técnico de CSE todas las modificaciones.
Procedimiento de Evaluación: Comparación de resultados (porcentajes de cumplimiento de los indicadores) de evaluación de CSE de los años 2010 y 2011.
Análisis estadístico: Programas SPSS.18 y EPIDAT3.1. Distribución de frecuencias relativas y comparación de proporciones para

muestras independientes.

Resultados

Los cambios introducidos mejoraron los resultados de la evaluación 2011 respecto a la de 2010. La cobertura del Sº 103 pasó del 72,8 al 89,2%, incrementándose la cobertura de todas las vacunas recogidas en cada uno de los CBA: DTP del 65,3 al 86,2%; Polio del 85,7 al 90,6%;Haemófilus del 85,7 al 90,7%; Hep.B del 91,4 al 93,5%; TV del 54,8 al 84,8%; Neumococo del 87,4 al 95%; Meningitis C del 75,7 al 93,1% y Varicela del 64,6 al 89,3%. Sólo se produjo un descenso en la del Papiloma humano: del 82 al 64,7%. La cobertura del Sº 402 pasó del 4 al 35,9%, incrementándose también todas las coberturas de las vacunas recogidas en los CBA: Neumococo del 8,5 al 15,5%; dTa del 3,2 al 23,4%; TV del 0,2 al 12,4% y Hep.B del 0,1 al 4,8%. Todas las diferencias fueron estadísticamente significativas.

Discusión

El cambio del enfoque de medición de actividad anual a cobertura de servicio y las mejoras introducidas en el proceso de evaluación conllevaron una mejor cuantificación de los indicadores de los procesos de vacunación en AP, produciendo notables mejoras en los resultados. Los datos obtenidos, acercan la medición de los indicadores a la realidad clínico-poblacional de los centros de salud, haciéndolos más válidos y fiables.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

· Servicio Madrileño de Salud. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria. Madrid: Servicio de Programas Asistenciales Subdirección General de Atención Primaria; 2009. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142521116585&idTema=1109265603988&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pid=1109181527641&segmento=1&sm=1
· Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Atención Primaria. Calendario de Vacunación para adultos. Madrid. Actualización 2010.

POSTER 45

AUTORES/AUTHORS:
Adela María Caballero Perea, María Pilar Heredia Reina, Tomás Sebastián Viana, Pablo Serrano Balazote, Pedro Gómez García

TÍTULO/TITLE:
Evaluación de la cultura de la seguridad de un Hospital de nivel 2

Introducción
En el año 2005 se publica, fruto del convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia, del Versión española del cuestionario Hospital Survey
on Patient Safety de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (1) que se la traduce y adapta para sea utilizada en nuestro entorno y que sirve para evaluar la cultura de las seguridad que tienen los hospitales. El fomento de la cultura de la seguridad es una recomendación de buena práctica recomendada por el Nacional Quality Forum y este cuestionario ha sido ya utilizado para evaluar la cultura de la seguridad en hospitales españoles(2).
Conocer cual es la situación basal de la cultura de la seguridad existente es algo imprescindible para establecer planes de mejora que conduzcan a mejoras clínicas en los pacientes, de ahí que se haya realizado este estudio con el siguiente
Objetivo
Evaluar la cultura de la seguridad del hospital
Métodos
Para la evaluación se utilizo la Versión Española del cuestionario de cultura de la seguridad de la Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ el cuestionario recoge variables sociodemográficas e incluye 42 preguntas con 5 opciones de respuesta 2 positivas 2 negativas y 2 neutras que se agrupan en 12 dimensiones. El análisis se realiza agrupando las respuestas en tres grupos, respuestas positivas, respuestas neutras y respuestas negativas. Siguiendo las indicaciones de la AHRQ se ha considerado como punto fuerte la dimensión con más del 75% de respuestas positivas y como área de mejora la dimensión con más de un 50% de respuestas negativas.
El cuestionario es autocumplimentado anónimo y voluntario. El muestreo fue de conveniencia, profesionales que trabajaban la semana de 10 al 14 de enero de 2011 Se repartieron 150 encuestas entre las diferentes unidades del hospital. . Los resultados se presentan en su distribución de frecuencias en el caso de variables cualitativas y con la media y desviación estándar si son cuantitativas. Para la comparación de los grupos y evaluar la asociación de variables se ha utilizado el test de la t de Student para variables cuantitativas y el test de Chi cuadrado para variables cualitativas En los contrastes de hipótesis se ha rechazado la hipótesis nula con un error de tipo I menor a 0,05
3. Resultados
Se recogieron 109 encuestas cumplimentadas (72,7%)
La distribución por categorías fue: Auxiliar de Enfermería 28 (26,42%), Enfermero 52 (49,06%), Medico 9 (8,49%), Técnico 8 (7,55%). Eran Fijos 73 (68,9%), interinos 7 (6,6%) y contratados 2 6 (24,5%). Mujeres 83(74,1%) y hombres 27 (24,1%). La edad media de los profesionales fue de 41,3 años con una desviación estándar de 6,8
La puntuación media de la percepción del grado de seguridad fue de 6,7 sobre 10 con una desviación estándar de 1.7
Aparecen como áreas de mejora la percepción de seguridad (50,7% de respuestas negativas), la dotación de personal (75,2% de respuestas negativas), el apoyo de la gerencia (56,3% de respuestas negativas). No hay ningún punto fuerte como tal y lo mejor valorado por los profesionales es la dimensión trabajo en equipo con un 64,7% de respuestas positivas. El 60% de los profesionales nunca ha notificado un incidente por escrito, notificando más los hombres y los profesionales fijos y por categorías las auxiliares de enfermería
Hay diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la seguridad entre hombres (Media 6 desviación 2.1) y mujeres (media 6.9 y desviación 1.5) p= 0,0163 En el resto de análisis por categorías, sexo y tipo de contrato no aparecen diferencias estadísticamente significativas, ni en las áreas de mejora, ni en los puntos fuertes.
4. Discusión.
En nuestro caso coinciden las áreas de mejora con las encontradas en los hospitales medianos del estudio que se hizo a nivel nacional (2) si bien parece que nuestros porcentajes de respuestas positivas son algo inferiores a las encontradas en el mismo. La encuesta de cultura de seguridad es una herramienta útil para evaluar la cultura de la seguridad del hospital e incidir en los aspectos más relevantes de está, así parecen que son áreas de mejora aspectos como la mejora de la comunicación, el papel de los

responsables y el clima de confianza entre los profesionales mostrando una actitud más proactiva por parte de los lideres formales de la organización.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cuestionario sobres seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
2. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009

POSTER 46

AUTORES/AUTHORS:
Elena María Cabrerizo de Escribano

TÍTULO/TITLE:
Intervención enfermera: seleccion, implantacion y evaluación de sistemas bioseguros en la reduccion de inoculaciones

Introducción
La OMS ha estimado que el 9% de trabajadores de la salud, (35 millones la población mundial), se ven afectados cada año debido a accidentes sobre todo de tipo inoculación accidental. En el Reino Unido esta cifra alcanza los 100000 accidentes anuales y en Madrid, según el estudio NOTAB recogido entre el segundo semestre de 2007 y primero del 2008 se produjeron 2415 accidentes, el estudio EPINETAC nos habla de 11.8 exposiciones por cada 100 camas.
Habiendo un riesgo total estimado del 84.5%.
Objetivos
Selección de equipos de bioseguridad en cumplimiento de la orden 827/2005
Evaluación de la eficacia para la reducción de accidentes biológicos.
Reducir el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sanguínea
Método
Estudio longitudinal, 2004-2010, realizado en un hospital de tercer nivel. Donde se analiza la incidencia de accidentes biológicos. La variable dependiente esta compuesta por los diferentes dispositivos de bioseguridad del material cortopunzante, disponibles en el mercado en dichas fechas.
Se realizan 3 medidas de evaluación de eficacia durante dicho periodo.
La selección de los dispositivos se realiza mediante dos cribados, uno técnico y otro práctico, donde las enfermeras recogen su valoración mediante encuesta mixta, con ítems tipo linker de tres opciones (mejor, peor, igual) y abiertos que permite anotaciones del profesional
Realizado exclusivamente por enfermeras, participación voluntaria, y experiencia laboral media de 10 años, 2 como responsables del proyecto, establecen los criterios técnicos para un primer cribaje y realizan análisis de los resultados. 100 enfermeras participan en la valoración realizada en la práctica diaria.
En cada medición se realiza la valoración de los dispositivos utilizados y se comparan con los existentes en ese momento en el mercado. Aquellos dispositivos que a los dos años no presentan una alta eficacia son sustituidos.
Resultados
Existen dos claros periodos, 2004-2005 donde los objetos cortopunzantes de la práctica hospitalaria no disponen de mecanismos de bioseguridad, y el segundo periodo en el cual éstos son implantados.
En la segunda medición, donde se incluyen por primera vez los dispositivos, se observa una reducción de accidentes muy importante, que alcanza del 50-100% según el producto.
Los resultados obtenidos llevan a sustituir aquellos productos cuyo impacto ha sido menos significativo.
En 2010 se realiza una nueva evaluación de los dispositivos para la valoración de su eficacia y se deciden mantener un año más.
Discusión
Se logra la reducción de accidentes mediante utilización dispositivos de bioseguridad
Se demuestra que la intervención enfermera es vital para una óptima selección de dispositivos de bioseguridad.
El método utilizado es eficaz para la valoración de los dispositivos de bioseguridad.
Relevancia para la práctica
La peculiaridad de estos accidentes no son las lesiones en si, sino las consecuencias para la salud a corto, medio y largo plazo. La reducción de éstos, disminuye el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sanguínea en los trabajadores de la salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
Vieira M, Padilha MI, Pinheiro Análisis de los accidentes con material biológico en trabajadores de la salud.RDC.Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar.-abr. 2011.

Albano de Azevedo Guimarães Eliete, Dias Araújo Gustavo, Bezerra Ricardo, Silveira Renata Cristina da, Conceição de Oliveira Valéria. PERCEPÇÃO DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM SOBRE O USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2012 Sep 16] ; 17(3): 113-123. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300010&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532011000300010.

POSTER 47

AUTORES/AUTHORS:
Juan Manuel Carmona Torres, José Alberto Laredo Aguilera, Ana Cristina Berral Jiménez, Antonio Ramón Martinez Moreno, Maria del Carmen Casas Moyano, Ana María Baena Serrano

TÍTULO/TITLE:
¿Poseen un grado de conocimiento suficiente los profesionales de urgencias de Córdoba sobre el manejo de desfibriladores

INTRODUCCIÓN: La taquicardia y la fibrilación ventricular son las arritmias más graves con las que nos podemos encontrar. El 60% de las PC se producen en presencia de testigos y el 40% no son presenciadas. La experiencia acumulada en estas décadas en las Unidades de Cuidados Intensivos demuestra la efectividad de la desfibrilación temprana en la recuperación de un ritmo cardíaco eficaz, efectividad que alcanza el 100% en los laboratorios de electrofisiología y el 90% en otras situaciones donde es posible efectuar la desfibrilación en el primer minuto de evolución de la fibrilación ventricular.
Es tal la importancia, que cada vez es mas común poder acceder a un desfibrilador externo automático (DEA) o semi-automático (DESA) en ciertos lugares públicos como aeropuertos, centros comerciales, recintos deportivos, etc. No solo es importante conseguir un fácil acceso a este dispositivo, sino que también es necesario una correcta formación sobre su uso.
OBJETIVOS: El objetivo principal del estudio es saber el grado de conocimientos sobre el uso de desfibriladores que poseen los profesionales de los Servicios de Urgencias y conocer si guarda relación entre la experiencia profesional o el puesto que desempeña.
MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo tamaño muestral se calculó usando el programa EPIDAT 3.0 para un nivel de confianza del 95%, una precisión del 10% y una proporción esperada del 50%, con un total de 70 casos. Para ello se distribuyó una encuesta durante el mes de Marzo de 2012 a un total de 70 profesionales sobre el uso de desfibriladores, en diversos servicios de urgencias de la provincia de Córdoba, mediante un muestreo aleatorio estratificado simple. Hemos usado como material una encuesta, compuesta por 12 ítems, para valorar el conocimiento sobre el uso de desfibriladores y como variables el sexo, edad, lugar de trabajo, categoría profesional, experiencia en el servicio y nº respuestas correctas sobre el uso de los desfibriladores. Para el análisis hemos utilizado el programa informático SPSS 19.0 para Windows.
RESULTADOS:
- El porcentaje de profesionales hombres encuestados es 48.6 % mientras que un 51.4 % son mujeres.
- La edad de los profesionales encuestados es 36.8 años con una desviación típica de 8.456.
- Con respecto a la categoría profesional de los encuestados un 70% han sido enfermeros, un 24.3% han sido médicos y 5.7% técnicos.
- Con respecto a la experiencia profesional un 17.1% tenían una experiencia en el servicio < 2 años y un 41.4 tenía > de 5 años.
- Con respecto al grado de conocimiento del uso de desfibriladores un 20% obtuvieron una puntuación por debajo de 9/12 items, por lo que se considera que poseen conocimientos insuficientes. Por el contrario, un 80% si poseen conocimientos adecuados sobre el uso de desfibriladores. Con respecto al ítems de a que intensidad realizar la primera descarga con un monitor bifásico, sólo el 44.1% ha considerado correcto a 200 KJ, mientras que 52.9% ha seleccionado la opción incorrecta de a 360 KJ.
- Destacar que existen diferencias significativas para un $p<0.05$ entre la categoría profesional y el grado de conocimiento sobre el uso de desfibriladores, siendo los médicos los que más grado de conocimiento poseen, seguido de los enfermeros y por últimos, los técnicos.
- Al analizar la experiencia profesional con el conocimiento sobre los desfibriladores, no se han encontrado diferencias significativas.
CONCLUSIONES: Tras la realización de este estudio, llegamos a la conclusión de que aunque la mayoría de los profesionales que trabajan en los servicios de urgencias sí tienen conocimiento sobre el uso de desfibriladores, un alto índice no poseen conocimientos suficientes sobre este dispositivo, teniendo en cuenta que el conocimiento sobre el uso de desfibriladores es fundamental en los Servicios de Urgencias. Consideramos muy útil una buena formación de los profesionales sanitarios de los diferentes servicios de urgencias sobre este dispositivo para que su uso sea el idóneo y esto lleve consigo una buena praxis.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1. Viskin S, Belhassen, B. Idiopatic ventricular fibrillation. Am Heart J 1990; 120: 661-671
2. Almendral J, Villacastin J, Arenal A, Medina O, Peinado R, Merino JL. Selección de opciones terapeúticas en pacientes con

taquiarritmias ventriculares sostenidas. Rev Esp Cardiol 1994; 47: 104-112.
3. Kuller L, Lilienfeld A, Fisher R. Epidemiological study of sudden and unexpected deaths due to arteriosclerotic heart disease. Circulation. 1966;34:1056-68.
4. Hong M F, Dorian P. Update on advanced life support and resuscitation techniques. Curr Open Cardiol. 2004,20:1-6.
5. Callans DJ. Out of hospital cardiac arrest.The solution is shocking. N Engl J Med. 2004,351:632-4.
6. Fletcher GF, Cantwell JD. Ventricular fibrillation in a medically supervised cardiac exercise program: clinical, angiographic and surgical correlations. JAMA. 1977;238:2627-9.
7. Van Camp SP, Peterson RA. Cardiovascular complications of outpatient cardiac rehabilitation programs. JAMA. 1986; 256:1160-3.
8. Larsen MP, Eisenberg MS, Cummins RO, Hallstron AP. Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model. Ann Emerg Med. 1993;22:1652-8.
9. Weaver WD, Hill D, Fahrenbruch CE, Copass MK, Martin JS, Cobb LA, et al. Use of the automatic external defibrillators in the management of out of hospital cardiac arrest. N Engl J Med. 1988;319:661-6.

POSTER 48

AUTORES/AUTHORS:
CARIDAD ELENA CASANOVA VELASCO, FRANCISCO VERA REPULLO

TÍTULO/TITLE:
Importancia de un plan de cuidados estandarizados de enfermería en artroplastia total de rodilla.

La aplicación diaria de un plan de cuidados estandarizado de enfermería en artroplastia total de rodilla, aumenta el balance articular, reduce la rigidez articular y disminuye el dolor al alta hospitalaria del paciente.
OBJETIVO: Aplicar un plan de cuidados estandarizados de enfermería con la finalidad de aumentar el balance articular, reducir la rigidez articular y disminuir el dolor, en pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla.
MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizan 20 pacientes (7 hombres y 13 mujeres), 10 pertenecientes al grupo experimental y 10 al grupo control. Media de edad de 69.8 años. Utilizamos la escala analógica visual (Visual Analogic Scale, VAS) de Scott-Huskinson y la escala numérica de Downie para la valoración del dolor. El balance articular se medirá con un goniómetro. RESULTADOS: Los pacientes intervenidos presentan un 7,1 de media en la escala analógica, frente a un 8,5 los no intervenidos. Igualmente el balance articular mejora en mas de 30 grados en el primer grupo respecto al segundo.
DISCUSIÓN: Podemos afirmar que nuestra hipótesis “La aplicación diaria de un plan de cuidados estandarizado de enfermería en artroplastia total de rodilla, aumenta el balance articular, reduce la rigidez articular y disminuye el dolor al alta hospitalaria del paciente” se cumple. Las implicaciones en la práctica clínica de la aplicación de un plan estandarizado de enfermería en artroplastia total de rodilla, suponen una mejor movilidad de la articulación al alta hospitalaria y menor incidencia de complicaciones como rigidez articular. En el ámbito de la enfermería supone la unificación de criterios de actuación para todo el staff de enfermería en la unidad de hospitalización, estableciendo de esta manera una única línea actuación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1. M. Ortega Andreu, R. Barco Laakso, E.C. Rodríguez Merchán. Artroplastia total de rodilla. Rev. Ortopedia y Traumatología 2002; 5:476-84.
2. R. Canosa Sevillano, L. Rodríguez Arboleya. Monografías medicoquirúrgicas del aparato locomotor. La rodilla. Masson, 2001. 5:53-73.
3. Enfermería fundamental. Masson, 2003.
4. A. Herrera Rodríguez, J. Cuenca, A. A. Martínez. Patología de la rodilla. Curso básico Fundación SECOT, 2006. 183-193.
5. J. Callaghan, E. C. Rodríguez-Merchán. Artroplastia total de rodilla. Panamericana. Madrid, 2006. 1:1-12.
6. I. Proubasta Renart, A. Rodríguez de la Serna. Artrosis de rodilla. Tratamiento medicoquirúrgico. Permanyer. Barcelona, 2007. 1:9-15.
7. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2005-2006. Elsevier. Madrid, 2006.
8. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de enfermería (CIE). Harcourt/Mosby. Madrid, 2002.
9. A. Oteo Álvaro. Guía para la evaluación y el tratamiento del dolor músculo-esquelético. Ars Médica. Barcelona, 2006. 3:27-41.
10. E. Mora Amérigo, R. de Rosa Pérez. Fisioterapia del aparato locomotor. Síntesis. Madrid, 1998. 23:329-338.
11. B. Fernández. Protocolo de cuidados de enfermería en la intervención quirúrgica de prótesis de rodilla. Enfertrauma 2003. Disponible en www.enfertrauma.com
12. M. R. Serra Gabriel, J. Díaz Petit, M. L. De Sande Carril. Fisioterapia en Traumatología, Ortopedia y Reumatología. Masson. Barcelona, 2003. 32:151-55.

POSTER 51

AUTORES/AUTHORS:
Baldomero De Maya Sanchez, Virginia Esperanza Fernández Ruiz, Jose Antonio Paniagua Urbano, Pedro Andreo Muñoz, Maria Jose Fernández Gomez, Pilar Soler Gomez, Maria Sole Agusti, Antonio Jose Gomez Navarro, Maria Montaña Lopez Santos

TÍTULO/TITLE:
SATISFACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN MURCIA: HOSPITALES PÚBLICOS FRENTE A HOSPITALES PRIVADOS

INTRODUCCION
Es importante que en las instituciones de salud se realicen evaluaciones de la satisfacción del usuario respecto de los servicios prestados a través de instrumentos de valoración (normalmente mediante cuestionarios) que permitan la identificación de los problemas o deficiencias del mismo servicio. Y es que la satisfacción del paciente constituye un elemento deseable del resultado de la asistencia sanitaria, de ahí la importancia de conocer las diferentes opiniones que se dan en relación a la asistencia recibida.

OBJETIVOS
El objetivo general del estudio consiste en comparar la satisfacción de los usuarios de hospitales públicos y hospitales privados de la ciudad de Murcia.
Los objetivos específicos son estimar el grado de satisfacción de los usuarios de ambas instituciones y analizar las opiniones de los pacientes.

METODOLOGIA
Estudio analítico, transversal comparativo en el que se ha elaborado una encuesta de 25 preguntas cerradas basada en las percepciones Servqual. Los usuarios, 25 de un hospital público y 25 de un hospital privado, tienen que seleccionar mediante un círculo la opción que mejor refleje sus convicciones de entre cinco posibles opciones.

RESULTADOS
De las 50 encuestas pasadas a los usuarios se respondieron el 100%. La satisfacción media de los usuarios del hospital público es de 81,4 (de entre una puntuación máxima de 125 y una mínima de 25) con una desviación estándar de 8,4. Por el lado contrario la satisfacción del hospital privado asciende a un 91,6 (de entre una puntuación máxima de 125 y una mínima de 25) con una desviación estándar de 9,5.

CONCLUSION
Tras un análisis detallado de los resultados obtenidos queda reflejado un mayor índice de satisfacción entre los pacientes que acuden a un hospital privado en relación a los pacientes que acuden a un hospital público.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
C. Salas, J. M. Tauelo, J. Cueto, J. Soto y M. Romero. Satisfacción de usuarios, opinión, calidad en proceso hipertrofia benigna próstata-cáncer de próstata. Revista de Calidad Asistencial. Octubre 2005; Vol. 20, Extraordinario 1, páginas 1-250.
Ruiz Martínez, A. La satisfacción de los usuarios con los servicios públicos en atención primaria. Revista de Administración sanitaria, S. XXI. 2005; 3 (1): 1-246.
Ibern P. La medida de la satisfacción de los servicios sanitarios. Gac Sanit 1992; 6: 176-185.
Negro Alvarez JM, Guerrero Fernandez M, Campuzano Lopez FJ, Bernal Fernandez T, Pellicer F, Murcia Vivancos MC, Ferrandiz Gomis R. Incumplimiento a citas concertadas en pacientes de una consulta de Alergologia. Alergol Inmunol Clin 2002; 17: 295-302.
Martín García, M. V. Ruiz Hervella. Satisfacción laboral en el personal de las fundaciones sanitarias. Revista de Administración sanitaria, S. XXI. 2002; 3 (2): 247-392.
Caligiore Corrales, I y Díaz Sosa, J. A. Satisfacción del usuario del área de hospitalización de un hospital del tercer nivel. Mérida. Venezuela. Enfermería Global. Mayo 2003.
Prieto Rodríguez, M. A, March Cerdá J. C, y López Fernández L. A. (Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada). Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas. Atención Primaria. Septiembre 1999; VOL. 24. Num. 5.

Nigel Hill y Jim Alexander. Manual de satisfacción del cliente y evaluación de la fidelidad: Aeonor; 2001.

POSTER 52

AUTORES/AUTHORS:
Baldomero De Maya Sanchez, Virginia Esperanza Fernandez Ruiz, Jose Antonio Paniagua Urbano, Antonio Jose Gomez Navarro, Maria Dolores Carrillo Izquierdo, Maria Sole Agusti, Maria Jose Fernandez Garcia, Pilar Soler Gomez, Maria Dolores Zaragoza Osete

TÍTULO/TITLE:
ESTADO DE ANSIEDAD ANTE PERMISO DOMICILIARIO EN PACIENTES CRÓNICOS EN SALUD MENTAL

INTRODUCCIÓN: La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. Este estado se ve modificado con la salida de la institución ante los permisos domiciliarios, por lo que nos planteamos; ¿Cambia el nivel de ansiedad en los pacientes esquizofrénicos con relación a los permisos a domicilio?
OBJETIVOS: Medir el nivel de ansiedad en pacientes esquizofrénicos ingresados en la Clínica de Salud Mental San Felipe del Mediterráneo tanto a la salida como a la entrada de los permisos domiciliarios, así como identificar el momento en el que el nivel de ansiedad es mayor.
METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, observacional transversal. La muestra está constituida por 25 pacientes psiquiátricos ingresados en la Clínica de Salud Mental San Felipe del Mediterráneo que se disponían a salir de permiso a su domicilio antes de Navidades. El diagnóstico de estos pacientes, según criterios DSM IV, es de trastorno esquizofrénico. La edad media de la muestra fue de 45,28 años, y en cuanto al sexo, la muestra estaba constituida por 17 hombres y 9 mujeres.
Los participantes del estudio respondieron al cuestionario de HAD: Hospital, ansiedad y depresión. Este es el instrumento principal del estudio, el cual se centra en medir el parámetro de ansiedad.
RESULTADOS: De los 50 pacientes ingresados, se administró el cuestionario HAD a 25 pacientes después de aplicar los criterios de exclusión. En 13 de los participantes, se observa que su nivel de ansiedad es bastante mayor antes del permiso domiciliario, mientras que tan sólo 2 es mayor después. En el resto, las diferencias son poco significativas. Con respecto a los casos de ansiedad antes del permiso, se ve que en 9 pacientes indica caso, 8 caso dudoso y 8 no indica caso; mientras que después, 19 pacientes no indica caso de ansiedad, 2 serían caso dudoso y 4 indica caso.
Conclusiones: El estado de ansiedad manifestado por los pacientes institucionalizados es mayor antes del permiso domiciliario que a su regreso a la institución.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale. A review of validation data and clinical results. J Psychosomatic Res 1997; 42: 17-41.
Tejero A, Guimerá EM, Farré JM, Peri JM. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depresión Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. Rev Depto Psiquiatría Fac Med Barna 1986; 13: 233-8.
Zisook S, Mcadams LA, Kuck J et al. Depressive symptoms in schizophrenia. Am J Psychiatry 1999;156:1736–1743
Buckley, P.F., Miller, B.J., Lehrer, D.S., Castle, D.J., 2008. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 35, 383–402
Braga RJ, Mendlowicz MV, Marrocos RP, Figueira IL. Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. J Psychiatr Res 2005;39:409-414
Bermanzohn PC, Porto L, Arlow PB, Pollack S, Stronger R, Siris SG. Hierarchical diagnosis in chronic schizophrenia: a clinical study of co-occurring syndromes. Schizophr Bull 2000;26:517-525
Bland RC, Newman SC, Orn H. Schizophrenia: lifetime comorbidity in a community sample. Acta Psychiatr Scand 1987;75:383-391
Tibbo P, Swainson J, Chue P, LeMelledo JM. Prevalence and relationship to delusions and hallucinations of anxiety disorders in schizophrenia. Depress Anxiety 2003;17:65-72
Cosoff SJ, Hafner RJ. The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. Aust NZ J Psychiatry 1998;32:67-72
Lysaker P, Ringer J, Davis L. Associations of Social Anxiety and Self-Esteem across Six Months for Persons Living with

Schizophrenia Spectrum Disorders. Psychiatric Rehabilitation Journal, 2008;32(2):132-134
Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, eds. Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment. New York: Guilford Press, 1995:41–68
Tremeau F. A review of emotion déficits in schizophrenia. Dialogues in Clinical Neuroscience, 2006;8:59-70
Bigelow NO, Paradiso S, Adolphs R, Moser DJ, Arndt S, Heberlein A, Nopoulos P, Andreasen NC. Perception of socially relevant stimuli in schizophrenia. Schizophrenia Research, 2006;83:257-267

POSTER 53

AUTORES/AUTHORS:
CARIDAD DIOS GUERRA, Mª AURORA RODRIGEZ BORREGO, ANTONIA ALBA DIOS, ROGER RUIZ MORAL, CELIA JIMENEZ GARCIA, LUIS ÁNGEL PÉRULA TORRES, CRISTINA CLAPES ROLDA, PEDRO HIDALGO LOPEZOSA

TÍTULO/TITLE:
Análisis de la satisfacción de los usuarios de las consultas de enfermería de Atención Primaria

Objetivo: Medir la satisfacción directa de los usuarios con la relación enfermera-paciente, con la información que el usuario recibe de la enfermera, con el tiempo empleado en la consulta de enfermería, y con el procedimiento empleado por la enfermera en sus intervenciones terapéuticas.
Método: Estudio descriptivo realizado con pacientes usuarios del Servicio de Enfermería de los Centros de Salud (CCSS) de Córdoba y provincia; en el año 2009. Los pacientes, reclutados de manera consecutiva en las consultas, fueron entrevistados utilizando dos tipos de preguntas, cerradas y abiertas que recogían sus opiniones y satisfacción en dominios comunicacionales como la relación enfermera-paciente, la información recibida, o el tiempo empleado; así como los procedimientos utilizados. Análisis descriptivo e inferencial (Test de Ji-cuadrado; $p<0,05$). Las preguntas abiertas se agruparon en categorías en un proceso de análisis cualitativo que implicó a dos investigadoras independientes.
Discusión: Desde el punto de vista cuantitativo llama la atención los altos niveles de satisfacción con respecto a las cuestiones planteadas, de forma cerrada, sobre alguno de lo dominios comunicativos, pero al preguntarle de manera abierta sobre el mismo dominio si tenían sugerencias para que la enfermera pudiera mejorar en el aspecto mencionado, un porcentaje significativo de ellos ofrecían propuestas concretas de deseos de cambio al respecto. Se han obtenido resultados análogos en otros estudios desarrollados con estrategias similares para ancianos residentes en instituciones (1-2) o en diferentes estrategias empleadas en el cuidado a pacientes crónicos (3). El análisis cualitativo del estudio nos revela que la mayor proporción de discrepancias de respuesta las encontramos en el dominio referente al procedimiento en sala de curas. Los pacientes sugerían en mayor proporción: la mejora de instalaciones e infraestructuras en la sala de curas que propicie más intimidad para el paciente; que se amplíe el espacio físico de la consulta y que se dote al profesional de material suficiente y adecuado para la cura, también sugieren más tiempo de cuidado y dedicación durante el proceso de la cura. Por otro lado en el dominio de información recibida los pacientes manifiestan la necesidad de ser más y mejor informados sobre todo de forma oral pero en algunos casos también por escrito. En cuanto al dominio tiempo, la necesidad del paciente de ser atendido más y mejor por los profesionales de enfermería, tanto en las consultas programadas como en la sala de curas, en menor grado hacen alusión a la demora en las consultas. En los dominios referentes a la relación enfermera-paciente y toma de decisiones en la consulta de enfermería, las categorías de respuestas agrupadas hacen referencia a la necesidad del paciente de no recibir un trato frío, de que los profesionales los atiendan de forma personalizada, con simpatía y profesionalidad, de que los escuchen, de que les dediquen mas tiempo y de que los profesionales sean siempre los mismos, resultados en consonancia con la literatura existente al respecto (4-5). En la Encuesta de Satisfacción realizada por el IES, en colaboración con el Servicio Andaluz de Salud sobre la satisfacción del usuario de AP del 2008 (6) valoran a los diferentes profesionales del SAS, con niveles de satisfacción por encima del 85%, siendo los mejor valorados los profesionales de enfermería con un 94,2%, seguido de los médicos/pediatras (93,2%), los celadores en un 87,4%, y los auxiliares de enfermería en último lugar con un 82,3%. Otros estudios de satisfacción y calidad percibida en diferentes ámbitos sanitarios, concluyen que los aspectos mejor valorados son el trato de respeto y la información recibida por los profesionales, así como los conocimientos técnicos (7). Por otra parte, un 94% de pacientes encuestados esperan recibir un trato aceptable, valorando esta amabilidad por encima de componentes científico-técnicos (8). Estos datos muestran al aspecto comunicacional como el más relevante, Boscart VM (2009) (9) en su estudio refleja los resultados positivos en la relación enfermera paciente posterior a un programa educacional con las enfermeras en aspectos relacionales; aspecto este corroborado en otros estudios como el de González Valentin, et al (2005) (10) en el que concluye sugiriendo actualizar a las enfermeras en habilidades de comunicación como medio de modificar factores que intervienen en la mejor satisfacción del paciente.
Resultados: Participaron 335 pacientes. Se obtuvo un 76,5% de satisfacción respecto a los procedimientos utilizados en la sala de curas, sin embargo el 26,1% de los pacientes planteó alguna sugerencia o propuesta de cambio. Al 89,1% de satisfacción en información recibida, el 16,1% hizo sugerencias de cambio. En cuanto a la relación enfermera paciente, un 94,2% de los usuarios mostraba sentirse satisfecho, frente a un 7,5% que planteó sugerencias. Con relación al tiempo empleado en la consulta, los pacientes se mostraron satisfechos en un 88,5%, frente al 16,8% que consideraron ser insuficiente.

Implicaciones para la práctica: los datos obtenidos instan a una intervención enfermera más integral donde el paciente pase a ser sujeto activo en el cuidado recibido.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.- Levy-Storms L, Simmons SF, Gutierrez VF, Miller-Martínez D, Hickey K, Schenelle JF. A refined protocol for coding nursing home residents comments during satisfaction interviews. J Gerontology Social Sciences 2005; 60B: S326-S330.
2. - Levy-Storms L, Schenelle JF, Simmons SF. A comparison of methods to assess nursing home residents unmet needs. The Gerontologist 2002; 42: 454-61.
3.- Wakefield BJ , Holman JE , Ray A , Scherubel M . Patient perceptions of a remote monitoring intervention for chronic disease management Journal of Gerontological Nursing 2011; 37(4):16-20. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21417194 (consultado el día 2/7/2012)
4.- Mahomed R, St John W, Patterson E. Understanding the process of patient satisfaction with nurse-led chronic disease management in general practice. Journal of Advanced Nursing. 2012; doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05953.x. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22384855 (consultado el día 2/7/2012)
5.- Hernández Meca M E, Ochando García A, Mora Canales J, Lorenzo Martínez S, López Revuelta K. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidadasistencial en enfermería. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [revista en Internet]. 2005 Jun [citado 2012 Jul 14]; 8(2): 90-96 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113913752005000200002&lng=es.
6.- Serrano del Moral R, Ranchal Romero J. La importancia e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de Salud. Index Enfermería 2010; 19 (1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000100002&script=sci_arttext
7.- Servicio Andaluz de Salud; 2006 [sede Web]. Sevilla: Junta de Andalucía [acceso 15 de septiembre de 2010]. Cuestionario de satisfacción Atención Primaria SAS.Consultado el día 14/07/12)
8 - Magro Perteguer R. Expectativas y satisfacción de los usuarios de Atención Primaria. Semergen. 1998; 24 (9): 711-718
9.- Boscart V. M. A communication intervention for nursing staff in chronic care. Journal of Advanced Nursing 2009; 65: 1823–1832. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19694845 (consultado el día 2/7/2012)
10.- González-Valentín MA, Padín López S, De Ramón Garrido E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. Enferm Clin. 2005; 15 (3): 147-55. Disponible en: http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v15n03a13075772pdf001.pdf (consultado el día 14/7/2012)

POSTER 55

AUTORES/AUTHORS:
Otília Maria da Silva Freitas

TÍTULO/TITLE:
EFFECTS OF MASSAGE ON NEWBORN PRE-TERM: EVALUATION OF AN INTERVENTION OF NURSING

This experimental study with quantitative paradigm it evaluated the effect of the massage in the daily pay-term interned in units of neonatais intermediate cares the level of the weight, stress, crises of apnea, security fisiológic. The sample was constituted by 32 preterm clinically steady interned in units of intermediate cares neonatais. Just-been born the daily pay-term had been distributed for the groups has randomly controlled and experimental.During the study the groups had the same received standard from neonatais cares to the exception of the experimental group that received the massage, during 5 days consecutive in three daily periods.
To evaluate the effect of the massage on the ponderal profit they had weighed bebés daily daily pay-term in the same massajados just-born conditions and demonstrated that the daily pay-term daily superior in 45% comparativily to the group of control had presented a ponderal profit on average. The evaluation of stress was made by the measurement of the neuroendocrina reply, becoming fullfilled in first and last the days of the study harvests of blood and piss of the 24 hours to determine the hormonias values of cortisol, norepinefrina and epinefrina. The gotten results had been the following ones:
How much to the levels of cortisol in piss, we evidence that significant differences between the groups or the moments do not exist and that the effect of the interacção between the group and the time also is not statistical significant. Relatively to the levels of cortisol in the blood, we verify that the effect of the time is statistical significant with $p < 0.001$. The levels of cortisol in the blood of bebés of both the groups were identical at the two moments and were registou, of the first one for as the moment, a similar reduction. It wants in the experimental group wants in the group of control the differences of the first one for as moment p is statistical significant with = 0,001 and p = 0,004, respectively. The effect of the group, the time and the interacção enter the two 0 variable are not statistical significant how much the urinária norepinefrina 0 variable. We verify the existence of significant effect (p = 0,044) of the group on the levels of norepinefrina in the blood but the effect of the time or the interacção are not significant. In any of the moments bebés of the experimental group had evidenced levels of norepinefrina in the blood inferior to the ones of bebés of the group of control and the increase of the first one for as the moment was significant with p = 0,002 in the experimental group and p = 0,004 in the group of control. The effect of the group, the time and the interacção enter these two variable had not been statistical significant in relation the urinária epinefrina.
Relatively to the levels of epinefrina in the blood, we verify that none of the effect was statistical significant. The variable apnea crises was monitorizada in both the groups verifying itself an average number of inferior crises in the experimental group in both the moments, comparativily to the group of control.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Browne, J. V., (2000). Considerations for touch and massage in the neonatal intensive care unit. Neonatal Network, Vol.19 (nº 1), p. 61-64.

Field, T. M. (1995). Massage therapy for infants and children. Developmental and Behavioral Pediatrics, vol 16 (nº 2), p. 105-1

Field, T. M. et al. (2001), Evidence based medicine and massage. Pediatrics, vol.108, (nº 4), p.1053

Field, T. M. et al. (2004), Massage therapy by parents improves early growth and development. Infant Behavior Development, vol 2, p. 435-442
Field, T. M., Hernandez-Reif, M. & Freedman, J. (2004). Stimulation programs for preterm infants. Social policy report, vol XVIII (nº 1), p.3-19.

Field, T. M., Diego, M. & Hernandez-Reif, M. (2005). Massage therapy research. Developmental Review, vol xxxp ,p 1-9

Field, T. M. et al. (2006). Moderate versus light pressure massage therapy leads to greater weight gain in preterm infants. Infant.

Behave. Dev., vol 29 (nº 4), p. 574-578

Ottenbacher, K. J. et al. (1987). The effectiveness of tactile stimulation as a form of early intervention: A quantitive evaluation. “ Journal of developmental and behavioral pediatrics”, vol.8,nº 2, p68-76

VICKERS A, OHLSSON A, LACY JB, HORSLEY A (2004). Massage therapyfor preterm and/or low birth weight infants.(Consulta: 29-11-2005).The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. VRL: http://www.nichd.nih.gov/cochrane/Vickers/Vickers.htm

POSTER 57

AUTORES/AUTHORS:
JESSICA GARCIA GONZALEZ, MARIA ISABEL VENTURA MIRANDA, JESUS VALDIVIESO PEREZ, YOLANDA GARCIA GONZALEZ, FELISA VILLANUEVA MILLAN, MARIA DEL MAR MAYOR CANOVAS, MARIA ISABEL GARCIA CHALUD, SOFIA HERNANDEZ VIVANCOS, SALVADOR SAURA LUCAS

TÍTULO/TITLE:
SEXUALIDAD DURANTE EL PROCESO DE ENFERMEDAD: "¿Cómo abordar la expresión de la sexualidad en personas enfermas?"

OBJETIVOS
• Identificar la perspectiva y el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la sexualidad (sexo, género, actividad sexual, sexualidad, deseo sexual, fantasías sexuales), durante todo el ciclo vital.
• Conocer los mitos y falsas creencias existentes de los profesionales sanitarios acerca de la sexualidad en los pacientes durante el proceso de enfermedad y durante todo el proceso vital.
• Analizar si la valoración de enfermería del Hospital Rafael Méndez es la adecuada para valorar la sexualidad del paciente.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, transversal, mediante cuestionario-CBE (descripción de seis conceptos relacionados con la sexualidad: sexo, género, sexualidad, actividad sexual, deseo sexual, fantasías sexuales). La muestra está compuesta de 12 profesionales de enfermería (auxiliares y enfermeros). El taller se llevo a cabo en el aula de docencia del Hospital Rafael Méndez, Lorca (Murcia), por el fácil acceso a la muestra de la investigación. En una segunda sesión, los datos se obtuvieron mediante la observación directa de los participantes: un caso práctico sobre una valoración de enfermería a cerca de un paciente con una enfermedad crónica y una disfunción sexual asociada, su resolución se llevo a cabo de forma oral y grupal.

RESULTADOS
En la primera sesión que trataba de definir una serie de conceptos, podemos destacar que la mayoría 95% de los participantes confundían sexo y género, sexo lo definían como la acción y género como masculino y femenino. En cuanto a la definición de actividad sexual, la totalidad de la muestra lo definió como relaciones sexuales o coito. Referente a la definición de sexualidad, la mayoría 83% lo relacionan con lo orgánico (órganos reproductores, coito, hormonas, etc.), y no le dan importancia a los aspectos emocionales y a la comunicación. Sin embargo, en cuanto al deseo sexual y fantasías, podemos destacar que todos lo expresaban correctamente.
En la segunda sesión, que consistía en la resolución de un caso práctico de forma oral y grupal, previo a la su realización se le dieron nociones a los participantes y el resultado fue una correcta realización del mismo. No tuvieron problemas en relacionar su trabajo diario y la sexualidad de los pacientes. Ausencia de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre los problemas sexuales (patrón sexual y disfunciones sexuales) de los pacientes durante el proceso de salud-enfermedad.

DISCUSION Y CONCLUSIONES
En general se observó en la mayoría de los profesionales de enfermería, una base pobre de conocimientos y la existencia de mitos y de falsas creencias muy arraigadas, sobre la sexualidad del paciente durante el proceso salud-enfermedad y durante todo el ciclo vital. Se analizó la ausencia en el Hospital Rafael Méndez de una Valoración de Enfermería que recoja el patrón sexualidad/reproducción de Gordon o la necesidad de Rol/Relaciones de Henderson.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

1. Caillois, R. (1988). El Mito y el Hombre: fondo de cultura económica. París: Gallimard Ed

2. Fernández, E. y Mústieles, D. (1997). Las mentiras de la sexualidad. Mitos y errores. Madrid. Olalla.

3. Gomez, J. (2009). Apego y Sexualidad. Madrid: Alianza Editorial.

4. Guerin, B. (1994). Attitudes and beliefs as verbal behavior. Bahavior Analuyst. 17(1): 155-163.

5. Kaplan, H. (1991). El sentido del sexo. Grijalbo.

6. Lucas, M., Cabello, F. (2007). Introducción a la Sexología Clínica. Madrid: Elsevier España, S.A.

7. McCloskey JC, Bulecheck GM. (2004). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed.Barcelona: Harcourt.

8. Moraleda, M. (1994). Estudio comparativo de las actitudes y conducta sexual de los adolescentes y jóvenes españoles 1977-1992. Revista complutense de educación. 5 (2): 199-207.

9. Moreno, E., Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa I: hacia un análisis funcional de las creencias en salud. Revista internacional de Psicología y terapia Psicológica. 3(1):91-109.

10. NANDA. (2005). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2005-2006. Madrid: Elsevier.España SA.

11. Organización Mundial para la Salud y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual: Recomendaciones para la acción, 2000.

12. Pérez, M. (2005). Sexualidad humana y causas de disfunciones sexuales. Med-ULA. 1 (3): 101-109.

13. Ramírez, C. (2002) Gestalt, sexualidad y erotismo. http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-32286005_ITM

14. Sanz, F. (2007).Psicoerotismo femenino y masculino. Kairós. Barcelona

POSTER 60

AUTORES/AUTHORS:
DRA. JOSEFA DOLORES GIL PÉREZ, MARIA JOSE BLANCO MARTINEZ, TOMÁS EUGENIO GONZALEZ GORDILLO, YARELY ALONSO GORDILLO, ARIADNA ACOSTA RODRIGUEZ, IDAIRA SOSA ALMEIDA, JAVIER OBLANCA GARCIA, TOMASA LUCIA GIL PÉREZ

TÍTULO/TITLE:
"DIETA, IMAGEN VIRTUAL ¿UN ESPEJO PARA LOS TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE ADOLESCENTES EN INTERNET?"

El objetivo principal de éste estudio fue conocer, en Google, como principal herramienta de consulta en la red, las imágenes sobre dieta, variable dentro de las más consultadas por la juventud española, según tesis doctoral Gil Pérez J (1) y objetivos específicos,1) analizar el nº de imágenes que contaban con cintas métricas y su relación con la circunferencia de la cintura, así como 2) conocer el impacto visual de las imágenes objeto de estudio en relación a los TCA analizado por experto.
Metodología: el diseño de estudio es observacional descriptivo transversal con análisis posterior de los resultados en imágenes por experto. La población a estudio son las imágenes que genera Google como buscador, resultantes de su acceso http://www.google.es/ imágenes. La fuente de obtención de datos, fue vía Internet, sobre la palabra clave "Dieta". Seleccionamos todas las imágenes para un total de 14.200.000 imágenes, teniendo en cuenta la falacia muestral de google (2), siendo una cantidad real de 828 imágenes sobre dieta. El tratamiento de la información se realizó almacenando datos, se formalizó la hoja de cálculo en Excell 2007, que facilitó el hipervínculo de las imágenes con la URL y su acceso permanente, así como los cálculos en porcentaje y la construcción de figuras, para ello se incluyeron las siguientes 7 variables: cinta métrica, manzana, tenedor, váscula, comida, mujer y hombre.
Resultados:
De acuerdo al tamaño muestral calculado, se estudiaron un total de 828 imágenes, de las cuales 321 no tenían nada que ver con dieta. Quedando disponibles 507 imágenes de las cuales 81 presentaban características objeto de estudio, destacando el resultado de la manzana/comida con la cinta métrica alrededor, un total de 32 imágenes y de 35 imágenes con la cinta métrica en la cintura de una mujer, sólo existió una imagen con la cinta métrica en la cintura de un hombre, lo que estas imágenes representaron un 90% de las imágenes seleccionadas, quedando un 10% con las imágenes de tenedor y báscula. 6 imágenes hacían referencia a tenedor/cinta métrica y tan sólo 3 báscula/cinta métrica, determinando la cinta métrica como imagen clara y numeral del dato que queremos demostrar
Tras la valoración de las imágenes por el experto, se determinó que la cifra que se obtenía de la cinta métrica estaba entre 20 y 40 cms de media, un dato realmente asombroso en relación con los percentiles existentes para adolescentes y según escala pediátrica validada. Lo que determina el mensaje subliminar de esas imágenes.
El impacto visual de la comida, concretamente la manzana (fruta, natural y sana), asociada a un dato numérico como son los cms, la influencia de la cintura de la mujer esbelta y muy delgada y con datos de tan relevantes como 40 cms, son claramente los mensajes subliminales que «viajan» por debajo de los límites normales de la percepción, los que se van grabando en el cerebro sin darnos cuenta, al menos en teoría, y que efectivamente influyen sobre la forma en que las personas toman sus decisiones, en los adolescentes esas decisiones son mas vulnerables de ser captadas e influir según la imagen que el joven hace de ellas. Las imagenes a las que cualquier adolescente tiene acceso, son claramente reflejo de nuestra investigación, sin dudar que "una Imagen vale más que mil palabras" y añadiendo en medida real, lo que consideran las mismas "una cintura perfecta"
Discusión: Es patente que los resultados obtenidos indican que pueden influir negativamente las imágenes sobre dieta en la salud de los adolescentes españoles. El escaso cumplimiento de las páginas Web relacionadas con dichas imágenes respecto a calidad y credibilidad, también lo avalan. El alto nº de imágenes de las seleccionadas y relacionadas con la salud pública, generan la pregunta de cómo asegurar y juzgar la calidad de sus mensajes. Un estudio de supervivencia de las imágenes, por consiguiente de las páginas Web, sería interesante, para ver el tiempo que se mantienen en la red y las complicaciones potenciales que pueden ocasionar a los adolescentes, imágenes que deberían ser censuradas desde el ámbito de la salud pública.
Las implicaciones respecto a las imágenes para la práctica clínica, sobretodo en Atención Primaria y Salud Mental, estarían encaminadas a iniciar acciones para incrementar la persecución y análisis de imágenes sobre dieta, que puedan influir negativamente en la salud de los adolescentes, demostrando mediante argumentos fidedignos la influencia sobre los mismos, previo estudio de imágenes y registro de cuestionarios a los adolescentes y presentar los datos (si son significativos) en los Centros de

Juventud del Ministerio, de cara a tomar medidas gubernamentales, esto se ha programado por el grupo de investigación de este póster para futuros estudios.

Concluimos:

Que existen imágenes que pueden influir en los TCA en adolescentes y que la vía Internet es propulsora de los mismos donde los adolescentes se conectan a diario. La medida entre 20 y 40 cms es la media calculada en las cintas métricas. Las imágenes pueden perjudicar la salud de los adolescentes. Concluimos que sería necesaria una encuesta de imágenes a grupos de adolescentes españoles para determinar el grado de impacto para futuros estudios

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.-Gil Pérez J, Internet como generador de opinión en la juventud española: valoración de la calidad y credibilidad de las páginas Web más consultadas por los jóvenes españoles (Tesis doctoral) Alicante: Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia; 2011

2.-Sanz-Valero J, Castiel LD, Veiga del cabo J. Investigación de la Investigación. En: Alemany M, Bernabeu-Mestre J. (editores). Bioética y nutrición. Alicante, España: Editorial AguaClara; 2010 p. 247-264

POSTER 62

AUTORES/AUTHORS:
Teresa Gómez García, Miguel Ángel Navas Martín, Cintia Escandell García, Laura Albornos Muñoz

TÍTULO/TITLE:
La utilidad de la minería de datos en el análisis de la investigación en cuidados

Objetivo: Comparar los resultados obtenidos con el algoritmo de detección de patrones MINE con los resultados obtenidos tras el proceso de análisis de datos con el programa SPSS en un proyecto de investigación en cuidados.
Introducción:
Método: Diseño descriptivo comparativo de resultados obtenidos a través de la herramienta MINE(1) y del software estadístico SPSS 18(2). Se seleccionaron datos de 5654 cuestionarios de un proyecto de investigación en cuidados que contenía 185 variables. En el caso del análisis con el MINE se seleccionaron las variables correlacionadas en el proyecto, además del resto de las variables. Se estableció una selección de las variables relacionadas a través de MINE utilizando un corte de coeficiente de Pearson de 0.3. A continuación, se analizaron en SPSS las relaciones resultantes de la selección de MINE. Se analizó el grado de acuerdo entre los resultados de ambas aplicaciones informáticas con el índice de correlación de Pearson y con los niveles de significación de las relaciones resultantes.
Resultados: De las 185 variables de la base de datos analizadas con MINE, se encontraron 1368 relaciones con coeficientes de correlación superiores a 0.3, reflejando los mismos coeficientes en el posterior análisis de las mismas 1368 relaciones con el SPSS. De este modo, el grado de acuerdo entre los resultados reflejados por las distintas herramientas es igual a 1 ($p<0.001$). La frecuencia de las relaciones significativas fue del 100% de ellas con p-valores inferiores a 0.01.Se localizaron nuevas líneas de análisis a través de la minería de datos que no se habían planteado en el estudio del proyecto de cuidados, obteniéndose relaciones significativas, entre otras, con índices $r = 0.503$ ($p<0.01$), $r=0.317$ ($p<0.01$), $r=0.306$ ($p<0.01$).
Discusión: Las relaciones resultantes del proyecto y MINE fueron estadísticamente significativas. La herramienta de minería de datos nos permitió analizar un conjunto amplio de información en un tiempo inferior que al requerido con una herramienta estadística. Este tipo de herramientas podría facilitar al investigador el proceso del análisis de una base de datos extensa. Si bien la herramienta de minería de datos muestra todas las relaciones posibles, debe tenerse en cuenta que, debido a la naturaleza de los datos, pueden obtenerse relaciones incoherentes o sin interés para el estudio, por lo que el criterio del investigador es esencial para la selección e interpretación de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1. Mine: Maximal Information-based Nonparametric Exploration http://www.exploredata.net/
2. SPSS: Statistical Package For Social Sciences http://www-01.ibm.com/software/es/analytics/spss/

POSTER 64

AUTORES/AUTHORS:
CARMEN MARIA HERNANDEZ CASTELLO, MARIA RAMON CARBONELL, JAVIER INIESTA SANCHEZ, SOLANGER HERNANDEZ MENDEZ, MARIA DOLORES FLORES BIENERT

TÍTULO/TITLE:
LA ENFERMERA COMO PRESCRIPTORA DE ACTIVIDAD FÍSICA AL PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: ESTUDIO EN EL ÁREA VII DEL SMS

INTRODUCCIÓN: Hay evidencias suficientes sobre la estrecha relación entre actividad física (AF), salud y esperanza de vida. Desde el punto de vista preventivo como terapéutico, la promoción de AF es potencialmente una de las formas más efectivas y eficientes y por tanto rentables de prevenir la enfermedad y promover la calidad de vida. La eficacia de la intervención enfermera para impulsar cambios de comportamiento positivos está documentada en el campo de la promoción de la AF como hábito. La formación es clave para la adquisición de competencias; el 78% de los profesionales carece de una guía sobre actividad física, aunque el 98% de los profesionales sanitarios cree conveniente recomendar la AF, el 78,2% ha de recurrir a su experiencia personal. OBJETIVOS GENERAL: Describir la Prescripción de Actividad Física dirigida al Paciente con Cardiopatía Isquémica según la percepción de los usuarios. ESPECÍFICOS: Describir las características demográficas de los usuarios con cardiopatía isquémica que acuden al ámbito de Atención Hospitalaria referido a edad, sexo, centro de referencia, fase de la enfermedad, número de ingresos. Determinar el porcentaje de usuarios que refieren haber recibido información sobre los beneficios de la actividad física. Identificar el Prescriptor de Actividad Física según la Percepción de los Usuarios. Definir donde han recibido los usuarios la información sobre actividad física según el ámbito de atención (Hospitalaria o Primaria). Identificar el porcentaje de usuarios que han recibido la prescripción de actividad física de forma escrita. Especificar los parámetros básicos de la prescripción de Actividad Física referidos a frecuencia, duración, modo, intensidad y progresión dirigida al paciente con cardiopatía isquémica. Identificar el porcentaje de pacientes que refieren tener seguimiento y evaluación de la prescripción de la actividad física. MATERIAL Y MÉTODO: Diseño del Estudio: Descriptivo Transversal. Población y Muestra: El total de la población a estudiar está constituida por 207 pacientes que ingresan en la Unidad de Hospitalización de Cardiología con diagnostico de CI en cualquiera de sus formas clínicas, durante el marco temporal mencionado, realizándose una entrevista en el momento del alta. La muestra obtenida fue de 118 pacientes lo cual significó el 57% de la tasa de respuesta. Recogida de datos: Como herramienta de recolección de los datos se construye ad hoc una entrevista estructurada en 4 partes, con un total de 9 preguntas. RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Mayor % de hombres con un 76.3%, mujeres 23,7%. La media de edad 59,61 años y DS 8,4. La fecha del primer evento coronario es indicativa de la fase de la enfermedad en la que se produjo el reingreso, se identifico el mayor % de ocurrencia del mismo de 2 a 12 meses con un 38,1%, lo cual orienta sobre la distribución de los pacientes se encuentran en este caso en la fase tardía de la enfermedad, mientras que el 35,6% están en la fase crónica. En cuanto a los reingresos por el mismo evento, el 54% no ha reingresado, sin embargo el 19,5% ha reingresado 1 vez, y el 13,6% 2 veces. Así mismo, el 0,8% ha reingresado 7 y 8 veces respectivamente. Realizan rehabilitación cardiaca el 1.69%. El 66,1 % refieren ser informados por un profesional sanitario sobre los beneficios que le reporta la práctica de actividad física. Sobre quien le proporciona esa información el mayor % refiere que son informados por ambos profesionales 30,5%, observándose un ligero aumento en la información proporcionada por Enfermería con un 19,5% frente al 16,1% procedente del médico. Se confirma que la prescripción de actividad física no se formaliza, un 93,5% el paciente refiere que no se le aporta ningún documento que refuerce la intervención transformándose en mera recomendación. La duración idónea referida a tiempo/sesión, para obtener los efectos a nivel cardiovascular es incluida en un 44,9% de los casos, tanto la duración como la frecuencia son los dos parámetros con más presencia en la prescripción. La intensidad de la sesión de actividad física no es fijada en el 94,8% de las prescripciones. Este alto porcentaje indica que el paciente no recibe orientación alguna sobre los límites de su entrenamiento; la inseguridad y el temor que puede suponer el iniciarse en la vida activa tras un evento coronario supera el convencimiento de que la practica de Actividad física constituye una practica recomendable, un factor a introducir en su vida cotidiana al igual que la medicación. En cuanto al modo, está presente en la prescripción en un 23,7%, aunque en ningún caso se incluyen todos los parámetros que lo definen de forma completa, son tomados en consideración las referencias que hacen alusión como mínimo al tipo de ejercicio más adecuado. En el 44,1% refieren haber recibido información de cómo deben iniciar la realización de ejercicio físico y su evolución de forma progresiva. Sólo el 39,8% refiere tener un seguimiento y control de la adherencia a la prescripción de Actividad Física en las sucesivas visitas a las Consultas, algo que está demostrado, no cumple con las pautas estratégicas que avalan la necesidad de reiterar y evaluar el grado de cumplimiento terapéutico con repetidas intervenciones sobre el cambio de

hábito.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. OMS.2010.
- Consultado el 2/4/2012 - Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/es/index.html

Best Practice Servicios Cardiológicos dirigidos por enfermeras para adultos con enfermedades coronarias. 2005; 9(1):1-6

Mora Pardo JA. Programas de Prevención y Rehabilitación Cardiaca. Cap.3.En: Manual de Enfermería Prevención y Rehabilitación Cardiaca. Madrid. Asociación Española de Enfermería en Cardiología.2009.Libro

García-Ortiz l. Grandes G., Sánchez-Perz A., Montoya I, et al. Efecto en el riesgo cardiovascular de una intervención para la promoción del ejercicio físico en sujetos sedentarios por el médico de familia. Rev. Esp. Cardiología.2010; 63:1244-52-Vol.63

Castro- Beiras A, coordinador. Evaluación de la Estrategia en Cardiopatía Isquémica, del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.2008.

Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud en Primaria. semFYC. 2009. - Consultado el 1 /12/ 2011 - Disponible en: http://www.papps.org

Douglas F et al. Promoting physical activity in primary care settings: Health visitors and practice nurses view and experiences. J Adv Nurs. 2006 Jul; 55(2):159-68.Articulo

Pinto BM et al. Randomized Controlled Trial of Physical Activity Counseling for older Primary Care Patiens. American Journal of Preventive Medicine. Nov. 2005; Vol. 29, Issue 4:247-255.Articulo

Astorga Sánchez, J .A. La prescripción enfermera desde la organización Colegial Enfermera. XI Congreso AEGRIS (Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios y Seguridad del Paciente).Ronda.2008. - Consultado el 20/1/ 2012
Disponible en: http://www.aegris.org/XIcongreso/descargas/ponencias/jaastorga.pdf

Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción.
(Documento Organización Mundial de la Salud traducido).Ginebra: OMS 2004.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A guideline developers' handbook [Monografía en Internet]. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network February 2001 (actualizado en mayo de 2004). Disponible en: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf

Antón Antón MV, Del Puerto Fernández I. La enfermera en el equipo multidisciplinar de rehabilitación cardiaca. Revista Enfermería UCLM [revista electrónica] nº 204 [consultado 19/08/2010]. Disponible en:
http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero204/rehabilitcardiaca4.htm

POSTER 65

AUTORES/AUTHORS:
ISABEL MARIA GARCIA RODRIGUEZ, NURIA DOLORES AYALA FERNANDEZ, VICTOR MANUEL PEREZ CORTIJOS, MARIO SALVESTRINI RODRIGUEZ, JOSE MANUEL ROBLES BRABEZO, SOLANGER HERNANDEZ MENDEZ, ALBERTO SALAS CAÑIZARES, ALEJANDRA GRIS JODAR, SALVADOR SAURA

TÍTULO/TITLE:
Evaluación de la información que reciben los pacientes ambulatorios al realizarse una prueba diagnostica en el servicio

INTRODUCCIÓN: PROBLEMA DETECTADO: Bajo nivel de información sobre la prueba diagnóstica que se le va a realizar a los pacientes ambulatorios que se encuentran en la sala de espera del servicio de radiodiagnóstico del Hospital Rafael Méndez de Lorca.

OBJETIVO: Analizar la calidad del nivel de información que reciben los pacientes que acuden al servicio de radiodiagnóstico

METODOLOGIA: Investigación Cuantitativa. Se realizo un estudio descriptivo y transversal. Se establecieron los siguientes criterios de evaluación: C1: Que todo paciente conozca el número de la puerta en la que debe realizarse la prueba. C2: Que el paciente conozca el tipo de estudio al que va a ser sometido. C3: Que todo paciente conozca en que zona del cuerpo se le realizará la exploración. C4: Que todo paciente conozca cual es el tiempo de espera aproximado antes de pasar a la sala de Rx. C5: Que todo paciente conozca la información antes de irse del servicio de donde puede recoger los resultados del estudio. C6: Que todo paciente conozca, antes de irse del servicio, cuando puede recoger los resultados del estudio. C7: Que todo paciente ambulatorio que acude a realizarse una prueba diagnóstica, valore la información que ha recibido en el servicio como buena o muy buena. Para ello se elaboro una encuesta ad hoc. Se excluyeron pacientes analfabetas, con barrera idiomática, y con deterioro cognitivo que no estuviese acompañado por familiar. La población estuvo conformada por Todos los pacientes que acudieron al servicio de radiodiagnóstico del Hospital, de forma ambulatoria, en horario de 08:00h a 15:00h durante un periodo de 2 semanas. Se obtuvieron 85 casos.

DIMENSIÓN ESTUDIADA: Calidad científico-técnica. Satisfacción de los Pacientes. TIPOS DE DATOS: Todos los criterios son de PROCESO.

FUENTES DE DATOS: Para la identificación de los casos o unidades de estudio: Listado de pacientes del sistema informático RIS, citados de forma ambulatoria para la realización de pruebas diagnosticas en el servicio de radiodiagnóstico del Hospital Rafael Méndez de Lorca. Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios: Encuesta.

IDENTIFICACIÓN Y MUESTREO DE LOS CASOS: Todos los pacientes que acuden al servicio de radiodiagnóstico del Hospital Rafael Méndez de Lorca, de forma ambulatoria, en horario de 08:00h a 15:00h durante un periodo de 2 semanas.

MÉTODO DE MUESTREO: Aleatorio estratificado. Se eligió el primer y ultimo paciente de ambulatorio de cada uno de los listados de RIS para las diferentes pruebas diagnosticas que se hacen en el servicio de Rx. Estos pacientes fueron seleccionados lunes y miércoles de la primera semana y martes y jueves de la segunda semana, así nos aseguramos la representación de todas la pruebas diagnosticas.

MECANISMO DE SUSTITUCIÓN DE CASOS: En caso de fallar el primer paciente lo iremos sustituyendo por el inmediatamente siguiente en el listado de RIS. En caso de fallar el último paciente, éste se ira sustituyendo por el inmediatamente anterior en el listado de RIS.

TIPOS DE EVALUACIÓN: En relación a la iniciativa para evaluar: Interna. En relación a la acción temporal con la acción evaluada: Concurrente. En relación a las personas responsables de extraer los datos: Autoevaluación

PRIMERA FASE: Evaluación del grado de cumplimiento de criterios de calidad sobre una muestra de 85 casos en un periodo de dos semanas. Identificación de criterios con mayor grado de incumplimiento. Establecimiento y aplicación de medidas correctoras con priorización de actuación sobre criterios con mayor grado de incumplimiento.

ACCIONES DE MEJORA: Reunión con el personal del control de Rx (auxiliares de Enfermería y administrativa) en la que se hará recordatorio de la información que es necesario dar a los pacientes a la llegada al servicio. Folletos informativos específicos para cada una de las salas de Rx. En los que se informara de: Sala en la que se realiza el estudio. Tiempo estimado de espera antes del estudio. Información básica del procedimiento. Duración del estudio. Recomendaciones a seguir tras el estudio. Donde y cuando puede recoger los resultados. Plano del servicio para colocar a la entrada del mismo, en el que aparezca la distribución de salas. Cartelería para colocar en las diferentes salas en las que aparezca: Imagen de la sala, descripción del procedimiento, Que ocurre con su estudio mientras usted espera

RESULTADOS: Se estudiaron las dimensiones científica técnicas y satisfacción de los pacientes. El nivel de cumplimiento de los criterios fue: C1: 62.35%, IC 0.10. C2: 85.35%, IC 0.08. C3: 71.76%, IC 0.09. C4: 45.88%, IC 0.10. C5: 70.58% IC 0.09. C6: 67.05%, IC 0.09. C7: 80%, 0.09

DISCUSIÓN: La calidad de la Información que se les ofrece a los usuarios es fundamental no solo para conseguir un alto nivel de satisfacción de los usuarios si no también un resultado adecuado del procedimiento que se realizará al paciente. Que el paciente este correctamente informado disminuye su ansiedad, aumenta su satisfacción, facilita el proceso, ahorra tiempo y por ende ahorra costes de tiempo y de personal. Deben realizarse acciones que permitan mejorar estos resultados y realizar otras investigaciones que amplíen los criterios utilizados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

XX

POSTER 69

AUTORES/AUTHORS:
Ana Imizcoz Villar, Ana Valles Purroy, Cristina Balaguer Gay, María Imizcoz Beunza, Olga Lopez de Dicastillo, Maider Belintxon Martin

TÍTULO/TITLE:
Autoeficacia de las madres y continuidad en la atención para fomentar la lactancia materna en mujeres primíparas

Objetivo: Identificar intervenciones realizadas con el objetivo de facilitar la instauración y el mantenimiento eficaz de la lactancia materna (LM) para obtener una amplia perspectiva sobre el tema y poder diseñar intervenciones que promuevan y favorezcan el mantenimiento y la duración de la LM.
Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed para identificar artículos en los que se hubiesen realizado intervenciones encaminadas a la promoción de la instauración y el mantenimiento de la LM en madres primíparas, para conocer los aspectos que influyen en la efectividad de dichas intervenciones. Limitando la búsqueda a aquellos artículos que estuviesen escritos en inglés o español, que estuvieran publicados en los últimos diez años y que la edad de la madre estuviera comprendida entre los 19 y los 44 años.
Resultados: Se identificaron un total de 143 artículos de los cuales se seleccionaron 10, por cumplir los criterios de inclusión. En los artículos seleccionados, la autoeficacia de la madre surge como un elemento esencial que se asocia tanto con el inicio como con la duración y la exclusividad de la LM. Además, cuando las intervenciones para promocionar la LM se llevan a cabo de forma combinada y durante los periodos prenatal, hospitalario y postnatal, resultan más eficaces aumentando las probabilidades de éxito en la LM. Se destaca también la necesidad de una formación integral de los profesionales de la salud que no solo posean y transmitan conocimientos acerca de la lactancia sino que sean competentes en el fomento de la autoeficacia de las madres, es decir, fomenten también las habilidades y la confianza de la madre en la LM.
Discusión: La formación de los profesionales de la salud es fundamental como soporte de las intervenciones en la LM, para que así puedan fomentar la autoeficacia, es decir la confianza de la madre en sus habilidades. Es esencial la mejora en el seguimiento de las madres primíparas que van a lactar desde el embarazo hasta el periodo postnatal. Esto requiere que los profesionales de salud involucrados en el seguimiento de la madre primípara en los distintos niveles asistenciales, planifiquen y aborden el fomento de la LM de manera conjunta y continuada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
Benton P., Bolton T.A., Chow T., Olson B. En Characteristics Associated With Longer Breastfeeding Duration: An Analysis of a Peer Counseling Support Program.2009: J. Hum Lact 25(I), Gargano R., Gemelli M., Mamì C., Manganaro R, Marseglia L., Mondello M., Paolata A, Puliafito A. En Effects of hospital policies and practices on initiation and duration of breastfeeding. Child Care Health Dev. 2009 Jan;35(1):106-11. Epub 2008 Nov 24.
Evans S. F., Faulkner S., Hagan R., Henderson J. J., McDonald S. J. En Effect of an extended midwifery postnatal support programme on the duration of breast feeding: A randomised controlled trial.:12 January 2008 Wiley Periodicals, Inc
Hannula L, Kaunonen M., Tarkka M-T. En Systematic review of professional support interventions for breastfeeding: 2008. Journal of Clinical Nursing 17, 1132-1143. ;1141.
Dennis C.L., McQueen K.A., Norman C.D., Stremler R. En A Pilot Randomized Controlled Trial Of a Breastfeeding Self-Efficacy Intervention With Primiparous Mothers. JOGNN, 40, 35-46: 2011.
Asprea T., Bonacci W., Calevo M.G., Caviglia M.R., Santini P., Serra G. En Breastfeeding in Nothern Italy. 2008 The autors/ Journal Compilation. 2008 Foundation Acta Paediatrica 2008.
12* Gottlieb L., Loiselle C., Semenic S. En Predictors of the Duration of Exclusive Breastfeeding Among First-TIme Mothers: 2008 Wiley Periodicals, Inc.

POSTER 72

AUTORES/AUTHORS:
ROCIO JIMENEZ COLL

TÍTULO/TITLE:
ESTUDIO DE LA PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES ANCIANOS DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE MURCIA

Objetivo:
Estudiar diversos parámetros de la prescripción médica como: la adherencia al tratamiento, la prescripción potencialmente inadecuada, las interacciones farmacológicas, la presencia de reacciones adversas (RAM), automedicación y el uso de medicamentos de origen natural, en un grupo de ancianos de la Comunidad Autónoma de Murcia.
Método:
El estudio se realizo en 2 residencias de la Comunidad Autónoma de Murcia a un total de 87 ancianos.Los criterios para incluirlos en la muestra fueron: Tener 65 o más años y tomar medicación a diario.Para medir la magnitud de la medicación inapropiada se utilizaron los criterios de Beers y cols (2003), Hamilton y cols 2009 y O´Mohiny D y Gallagher PF (2008).Para medir la adherencia al tratamiento terapéutico se ha utilizado el test de Morisky-Green.
Resultados:
Se estudiaron un total de 87 pacientes mayores de 65 años, de los cuales 32 eran hombres y 55 mujeres con una edad media total de 82.26 años.Se analizaron los 254 fármacos que tomaban este grupo de ancianos siendo, en general, el consumo medio de medicamentos de 7.46 fármacos/persona/día, situándose esta cifra en 7.31 fármacos/día en los hombres y 7.61 fármacos/día en las mujeres.Los fármacos más empleados son los diuréticos, sobre todo furosemida y diuréticos de asa, no muy recomendados para pacientes de estas edades, e inhibidores de la bomba de protones.Dentro del grupo de los AINEs el fármaco mas prescrito es el ácido acetilsalicílico seguido del paracetamol. En cuanto a los psicotropos, destaca el consumo de benzodiacepinas siendo la mas prescrita el loracepam (45%).La aplicación de los criterios de adecuación terapéutica de Beers et al (2003), Mc Leod 1997 y O`Mohíny D y Gallagher PF (2008) pone de manifiesto que un 52% de los ancianos toman algún fármaco inapropiado de los cuales algunos podrían causar problemas de gravedad. También encontramos:interacciones fármaco-fármaco, siendo la más frecuente el tratamiento de la hipertensión con IECAs o antagonistas ANGII con diuréticos ahorradores de potasio o suplemento de potasio e interacciones fármaco-enfermedad, encontrándose entre las mas frecuentes diabetes mellitus y beta bloqueadores (en pacientes con hipoglucemiantes orales), arritmias tratadas con amiodarona asociadas a atorvastatina, aminitriptilina o atenolol y EPOC con beta bloqueadores.
La adherencia al tratamiento de los encuestados es mala, solo 33 de los encuestados (34%) presenta una buena adherencia. Un 24% de los encuestados han olvidado alguna vez tomar algún medicamento.Un 28.7% refieren dificultad para tomar los comprimidos por problemas de tipo sensorial y referidos con el tamaño y forma de los comprimidos.Un 30% de los encuestados refiere haber sufrido alguna reacción adversa medicamentosa (RAM), habiendo precisado un 24% hospitalización. Mas de la mitad del total de los encuestados (55%) refieren tomar medicamentos que no han sido prescritos por el medico, siendo mas frecuentes en los hombres (66%) que en las mujeres (49%), los fármacos mas empleados a la hora de automedicarse son para el dolor y catarros.
El 24% de la población afirma tomar medicamentos de origen natural, sobre todo para problemas como ansiedad, insomnio, etc.El 43% los toma de manera habitual, situándose este porcentaje en el 60% en los hombres frente al 38% de las mujeres.El 84% de los encuestados considera que la información proporcionada por su médico es adecuada, aunque la mayoría de ellos no tienen claro para que son los medicamentos que toman.
Discusión:
Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto que la polifarmacia y el uso inadecuado de los medicamentos son habituales en el tratamiento de los mayores. Encontramos que hay casos en los que la medicación prescrita no se corresponde con ninguno de los diagnósticos médicos y que algunos de los participantes del estudio utilizan varios fármacos para tratar una misma patología.Aparece también un alto consumo de analgésicos-antiinflamatorios (37,9%), y en consecuencia de inhibidores de la bomba de protones (45,9%), además de fármacos diuréticos (43,6%) ansiolíticos (40,2%), antidepresivos (42,5%) y neurolépticos (31,2%), en este grupo de ancianos. Muchos de estos grupos terapéuticos contienen principios activos potencialmente relacionados con reacciones adversas de mayor incidencia y gravedad en los pacientes ancianos, por lo que se han incluido en varias listas de medicamentos que deben de ser evitados en los ancianos.

La prevalencia de de RAM en este estudio es elevada, un 51% de los ancianos presentaron RAM y de éstos, un 27% requirió hospitalización y posiblemente un tratamiento nuevo.Encontramos una tendencia a la automedicación,y el empleo de productos de origen natural que unido a la cantidad ingente de fármacos que, de forma habitual, toman los mayores pueden producir la aparición de efectos indeseables, así como el incremento o disminución de la acción de fármacos.Por tanto, sería aconsejable realizar estrategias en las consultas para comprobar que el cumplimiento del tratamiento es real, así como el uso de instrumentos que permitan detectar la automedicación y el uso de medicamentos de origen natural, concienciando a los mayores del riesgo que puede suponer para su salud tales practicas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1-Senen Rodriguez Fernandez, Sahilhy Garcia Ledo, Maritza Almeida Torregrosa. “Comportamiento de la polifarmacia: un aspecto a considerar” Revista electrónica de las ciencias medicas en Cienfuegos Medisur 2007;5(1).
2-Antoni Sicras-Mainar, Salome de Cambra- Florensa y Ruth Navarro- artieda. “Consumo de analgésicos de formulación oral y adecuación de las formas galénicas en pacientes mayores: estudio de base poblacional” Farmacia hospitalaria 2009;33(3):161-71.
3-Jose Mauricio Ocampo, José Arnoby Chacon, José Fernanado Gomez, Carmen Lucia Curcio, Fco Javier Tamayo.”Reacciones y eventos adversos por medicamentos en ancianos que consultan un servicio de urgencias”.Colombia Medica vol.39 nº2 2008 (Abril-Junio).

27.-M Messerer, S-E Johansson and A Wolk. “Sociodemographic and health behavior factors among dietary supplement and natural remedy users” European Journal of Clinical Nutrition (2001) 55,1104-1110.
4- Williams CM. Using medications appropriately in older adults. Am Fam Physician. 2002;66:1917-24.
5- .Shelton PS, Fritsch MA, Scout MA. Assessing medication appropriateness in the elderly: a review of available measures. Drugs Aging. 2000;16:437-50
6- Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, JónssonPV, Carpenter I, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. JAMA. 2005;293:1348-58
7- Oscanoa TJ. Uso inadecuado de medicamentos en adultos mayores. An Fac Med Lima. 2005; 66(1):43
8- Spinewine A, Swine C, Dhillon S, Lambert P, Nachega J B, Wilmotte L, et al. Effect of a collaborative approach on the quality of prescribing for geriatric inpatients: A randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc 2007; 55:658-665.
9- Hamilton HJ Gallagher P F ,1 and O'Mahony D. Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people BMC Geriatr. 2009; 9: 5.
10.- Fernandez Lison L.C.,Baron Franco B.,Vazquez Domínguez B., Martínez García T., Prendes Haro J.J.,Pujol de la Llave E. “Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados”.Farmacia hospitalaria. Vol. 30 nº 5, pp. 280-283, 2006.
11-Heather M. Young,PhD,GNP, Shelly L. Gray,PharmD,MS, Wayne C.McCormick,MD,MPH,Suzanne K. Sikma, PhD,RN,Susan Reinhard,Linda Jhonson Trippett, Carol Christlieb and Tiffany Allen. “Types, prevalence and potential clinical significance of medication administration errors in assisted living ” J Am Geriatr Soc. 2008 July; 56(7):1199-1205.

POSTER 76

AUTORES/AUTHORS:
Leonice Fumiko Sato Kurebayashi, Maria Júlia Paes da Silva

TÍTULO/TITLE:
ESTUDIO TRANSVERSAL: NIVELES DE ESTRÉS EN EQUIPO DE ENFERMERÍA Y CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA

OBJETIVOS: Estudio descriptivo transversal cuantitativo que tuvo como objetivo identificar los niveles de estrés del equipo de enfermería, los principales síntomas de estrés por la Lista de Síntomas de Stres (LSS) de Vasconcelos y describir el perfil sociodemográfico de los participantes.

MATERIAL Y MÉTODO: 484 profesionales de un Hospital General Privado de São Paulo respondieron la LSS y un cuestionario de los datos socio-demográficos, de noviembre de 2011 a enero de 2012. La investigación fue respaldada por el Comité de Ética del Hospital y de la Escuela de Enfermería de la Universidade de São Paulo.

RESULTADOS: Se logró un alto grado de fiabilidad del instrumento mediante el coeficiente alfa de Cronbach para los ítems de la LSS (0.960). De los 484 profesionales, 397(82%) eran mujeres y 87(18%) eran hombres. La edad media fue de 33.6 años, tiempo de trabajo en el sector fue de 51 meses y el promedio general de estrés fue de 45.92, que corresponde al nivel medio de estrés; 102 profesionales(21%) tenían enfermedad y 382(79%) no tenían enfermedades previas. En el test de Mann-Whitney entre las variables Sexo y Niveles de estrés, se encontró que las mujeres tienen mayores niveles de estrés (p = 0,000). Se constató que 162 (33,47%) eran enfermeras y 322 (66,52%) técnicos de enfermería. Al comparar las variables Posición profesional y Nivel de estrés, se encontró que las enfermeras tienen mayores niveles de estrés (p = 0,012). En el test Kruskal-Wallis para los Niveles de estrés y los Turnos de trabajo (mañana, tarde, noche y otros) se constató que los profesionales con mayores niveles de estrés (p = 0,022) son los que trabajan por la mañana y que son líderes (otros). Se encontró también que los sujetos con enfermedades tienen mayores niveles de estrés (p= 0,001). En cuanto a los síntomas físicos y psicológicos del estrés, 48,12% correspondieron a los síntomas psicológicos y 51,87% a los físicos. Los principales síntomas físicos fueron: me siento fatigado al final del día(3,78%); Estoy cansado (3,26 %); Tengo dolor de espalda (3,06%); Como em demasía (2,86%); Tengo dolor de cabeza (2,72%). Los principales síntomas psicológicos fueron: Tengo preocupaciones (30,3%); Tengo pensamientos que causan ansiedad (2,85%); Estoy emocionalmente agotado (2,73%).

CONCLUSIÓN: La profesión de Enfermería sigue siendo predominantemente femenina (82%), con el nivel de estrés general de 45,9(promedio) en este Hospital. Se concluyó que se debe prestar atención especial a las enfermeras, que tienden a sufrir de estrés más intenso en un hospital, especialmente las que trabajan por la mañana, que sufren de alguna enfermedad y que están en puestos de dirección.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Leonice Fumiko Sato Kurebayashi: Enfermera, acupunturista y estudiante de doctorado de la Escuela de Enfermería, Universidade de São Paulo. E-mail: fumie_ibez@yahoo.com.br (5511-9112/6023)

Maria Júlia Paes da Silva: Profesora Titular de la Escuela de Enfermería, Universidade de São Paulo. Líder del Grupo de Prácticas Integrativas y Complementarias. E-mail: juliaps@usp.br

POSTER 77

AUTORES/AUTHORS:
Mª Dolores Lara Lara, Carmen Segura Saint Gerons, Carmen Rodriguez Martinez, Jesus Belinchon Chiclana, Victor Mengibar Pareja

TÍTULO/TITLE:
DE TELEMEDICINA POR ENFERMERIA.SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DESFIBRILADORES QUE MIDEN ACUMULACION DE LIQUIDOS.

INTRODUCCION. La insuficiencia cardiaca es un síndrome complejo que afecta la capacidad de llenado y expulsión del ventrículo izquierdo, siendo causa frecuente de ingresos hospitalarios repetidos. Existen dispositivos implantables que preveen con antelación la acumulación de fluidos mediante el registro de impedancia intracardiaca, y cuando esta llega a un nivel predeterminado, hace que se dispare una alarma sonora o visual. La utilización de las nuevas tecnologías por Enfermería en el seguimiento de estos pacientes según los parámetros transmitidos a través de la monitorización domiciliaria ha supuesto un reto y una forma personalizada de cuidados enfermeros.
OBJETIVOS .Mostrar nuestra experiencia con la monitorización remota de estos dispositivos e integrar un programa eficaz de seguimiento telefónico de la monitorización en la consulta. Evaluar los datos recibidos para optimizar el tratamiento, sin que el paciente se desplace al hospital.
MATERIAL Y METODOS. Estudio descriptivo y prospectivo con 34 pacientes a los cuales se le había implantado un desfibrilador automático con el algoritmo Optivol TM, a los que a 32 se les facilito la monitorización domiciliaria (Care LinkTM) y a dos un control por medio de un Sentry Check (Control visual por medio de luces de acumulación de líquidos). A estos pacientes se les incluyó en un programa educativo para que ellos se controlasen el acumulo de líquidos en su organismo controlando : dieta, peso, medicación, sonido y horario de alarmas y como contactar telefónicamente con nuestra consulta.
RESULTADOS. El 100% de las consultas telefónicas fueron positivas, posteriormente confirmábamos con el programador o entrando en la aplicación Care LinkTM (vía internet) que los pacientes estaban presentando síntomas de insuficiencia cardiaca . En el ultimo año, de los 32 pacientes con dispositivo Optivol ha habido 17 eventos y 8 alertas visuales con Sentry Check. En la llamada telefónica se les aumentó el tratamiento domiciliario. En 3 pacientes tuvieron que ingresar para tratamiento intravenoso.
DISCUSION. Nuestros resultados concuerdan con los de Catanzariti D, Maines M, et al, respecto a la reducción de ingresos hospitalarios al utilizar el dispositivo optivol. Boyde M, Song S, Peters R, et al demostraron al igual que nosotros la eficacia de la intervención enfermera en la educación de autocuidado para pacientes con insuficiencia cardíaca. Domingo M, Lupón J, González B, Crespo E , y col, en el estudio CARME evaluaron un sistema de telemedicina para pacientes con insuficiencia cardíaca: viabilidad, tasa de aceptación,satisfacción y los cambios en el comportamiento del paciente con insuficiencia cardiaca en nuestro entorno con resultados similares a los nuestros.
CONCLUSIONES. La monitorización remota es una función eficaz en los pacientes con insuficiencia cardiaca. El programa educativo impartido en nuestra consulta por Enfermería ha sido efectivo en nuestros pacientes. El buen entrenamiento de enfermería con la monitorización de los dispositivos externos evitó ingresos hospitalarios innecesarios y redujo el número de consultas telefónicas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
Catanzariti D, Lunati M, Landolina M, Zanotto G, Lonardi G, Iacopino S, Oliva F, Perego GB, Varbaro A, Denaro A, Valsecchi S, Vergara G; Italian Clinical Service Optivol-CRT Group. Monitoring intrathoracic impedance with an implantable defibrillator reduces hospitalizations in patients with heart failure. Pacing Clin Electrophysiol. 2009 Mar; 32(3):363-70.
Maines M, Catanzariti D, Cemin C, Vaccarini C, Vergara G. Usefulness of intrathoracic fluids accumulation monitoring with an implantable biventricular defibrillator in reducing hospitalizations in patients with heart failure: a case-control study. . J Interv Card Electrophysiol. 2007 Sep;19(3):201-7. Epub 2007 Sep 6.
Boyde M, Song S, Peters R, Turner C, Thompson DR, Stewart S. Pilot testing of a self-care education intervention for patients with heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2012 Jan 11. [Epub ahead of print]
Domingo M, Lupón J, González B, Crespo E, López R, Ramos A, Urrutia A, Pera G, Verdú JM, Bayes-Genis A. Evaluation of a telemedicine system for heart failure patients: Feasibility, acceptance rate, satisfaction and changes in patient behavior Results from the CARME (CAtalan Remote Management Evaluation) study. Eur J Cardiovasc Nurs. 2011 Mar 12. [Epub ahead of print].

POSTER 80

AUTORES/AUTHORS:
MªEstrella Lerena Plaza, Montserrat Burgos López, María García García, María Morena López

TÍTULO/TITLE:
Cuidados al paciente encamado en el domicilio

Objetivo:

El objetivo principal del presente trabajo es identificar qué cuidados se asocian al paciente encamado en el domicilio y el secundario, conocer el empleo del diagnóstico de Riesgo de síndrome de desuso en estos pacientes.

Material y método:

Se realiza una revisión bibliográfica, utilizando las bases de datos: Cochrane Plus, IME ,PubMed, CUIDEN y BVS. Asimismo se han revisado revistas especializadas en atención primaria. Se incluyeron los artículos que hacían referencia a cuidados del paciente adulto encamado o inmovilizado en el domicilio y los referentes al cuidador principal, excluyéndose los referentes a pediatría y obstetricia. La búsqueda se ha realizado durante los meses de abril y mayo del 2012. Las palabras clave utilizadas fueron: síndrome de desuso, encamado, inmovilizado, planes de cuidados, domicilio, diagnósticos, enfermería.

Resultados

Se obtuvieron 50 artículos que cumplían los criterios de inclusión. De los cuales, 7 eran estudios observacionales (3 retrospectivos y 4 prospectivos), 19 descriptivos transversales, 1 tesis, 12 monografías, 3 estudios cualitativos, 6 guías de cuidados, 1 estudio de casos y 1 revisión bibliográfica. Tras el análisis de la literatura, se identificaron 3 categorías de cuidados: cuidados derivados de las complicaciones fisiológicas de la inmovilidad, cuidados a los cuidadores y cuidados estandarizados. Del total, 25 artículos hacen referencia a las categoría cuidados derivados de las complicaciones fisiológicas de la inmovilidad (complicaciones respiratorias, circulatorias, músculo-esqueléticas, de la piel, eliminación y nutricionales). En relación con los diagnósticos de enfermería, cabe destacar, que el más referenciado es el cansancio en el rol del cuidador, apareciendo en 11 de los artículos seleccionados, por ello se ha desarrollado la categoría cuidados a los cuidadores. Dentro de los cuidados estandarizados se incluyen 4 guías, 2 artículos que hacen referencia directa al síndrome de desuso y 8 sobre los diagnósticos más prevalentes en el paciente encamado y planes de cuidados estándar.

Discusión

Los cuidados derivados de los efectos fisiológicos de la inmovilidad son los principalmente abordados, los aspectos emocionales y sociales pasan a un segundo plano. Se considera de gran importancia la atención al cuidador principal como pilar fundamental del cuidado del paciente, pero no hemos encontrado artículos que contemplen la dualidad paciente- cuidador de forma integrada. El diagnóstico de Riesgo de síndrome de desuso, aparece referenciado por última vez en el año 2003, a pesar de que serviría para englobar los diagnósticos que hemos encontrado como más prevalentes y en algunos casos, prevenir su aparición. El desarrollo de un plan de cuidados estandarizado donde se contemplen, como diagnósticos principales, el síndrome de desuso y el riesgo de cansancio del rol del cuidador, puede favorecer la implementación de intervenciones enfermeras preventivas así como la disminución de la variabilidad en la práctica clínica, ofreciendo un cuidado integral al paciente y a la unidad familiar. Tras el desarrollo del plan vendría la implementación y evaluación de los resultados, pudiendo valorar la efectividad y eficiencia de la intervención.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1. Tejada FJ, Ruiz MR. Abordaje asistencial en el paciente en fase avanzada de enfermedad y familia. Enfermería Global[revista en internet] 2009 Feb [Acceso 8 Abril 2012]; 8(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/clinica2.pdf
2. Díz J, Casado A, Cantero P, Domínguez M, Sánchez C, Del Pino B, Et al. Diagnósticos enfermeros en atención domiciliaria.

Metas de enfermería. 2004; 7(3): 6-12
3. Seira MP, Aller A, Calvo A. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados en una zona de salud rural. Revista Española de salud pública. 2002 Nov-dic [Acceso 8 abril 2012]; 76(6). Disponible en : http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n6/original5.pdf
4. Distrito sanitario Costa del Sol. Planes de cuidados estandarizados en atención primaria. [Archivo en internet]1º Ed . Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2000 [Acceso 10 de Mayo 2012]. Disponible en: http://es.scribd.com/doc/73787156/Planes-de-Cuidados-Enfermer-s-estandarizados-en-Atencion-Primaria
5. Alfonso MI, Arrieta E, Gallel L, García AM, López M, Lordan G, et al. Manual de planes de cuidados estandarizados OMI-AP .[Archivo en internet]. Zaragoza: Servicio aragonés de salud; 2012. [Acceso 5 Mayo 2012]. Disponible en: http://www.ics-aragon.com/cursos/registro-omi/planes_cuidados_estandarizados_v2.pdf
6. Sánchez JI, Valencia P, Molina M, Gómez R, Sánchez FJ, Albert A. Utilidad práctica del genograma en la atención al paciente inmovilizado. Aten Primaria. 2000;25(4): 126-36
7. Puig M, Rodríguez N. Valoración enfermera y calidad de vida en los cuidados domiciliarios. Metas de enfermería. 2009; 12(6): 63-67
8. De la Revilla L, Espinosa JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. Aten Primaria. 2003; 31(9):587-91.
9. Segura N, Gómez R, López R, Gil E, Saiz C, Cordero J. El anciano dependiente y el cansancio físico y psíquico de su cuidador. Rev Esp Geriatr Geronto . 2006;41 (Supl 1):15-2 0
10. Frías A, Prieto M.A, Heierle C, Aceijas C, Calzada M.L, Alcalde A , et al. La práctica enfermera en atención domiciliaria: perfil socio demográfico y práctica profesional. Aten Primaria. 2002; 29 (8): 495-501.

POSTER 81

AUTORES/AUTHORS:

Zoila Lifante Pedrola, Pedro S. Cayuela Fuentes, M. Fuensanta Hellín Gil, Ana Mª Hurtado López, Gabriel Segura López, Jose Luis Merino Castillo, Juana Hernández Ivorra

TÍTULO/TITLE:

TALLER DE INSULINIZACIÓN PARA ENFERMERÍA Y SU APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

OBJETIVOS:

1. Determinar el grado de satisfacción de los participantes en una acción formativa teórico-práctica de postgrado orientada al manejo de la insulinización de pacientes diabéticos.
2. Determinar el incremento de los conocimientos de los participantes en la actividad formativa.
3. Evaluar el impacto de la acción formativa en el ámbito laboral de los participantes.

METODO

En 2011 se impartió en la Región de Murcia (Área de Salud I: Murcia Oeste) un Taller teórico-práctico, acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitaria, dirigido a personal de Enfermería de Atención Especializada y Primaria. El contenido del mismo fue impartido por personal sanitario multiprofesional (un médico y dos enfermeras), con una metodología docente basada en exposiciones teóricas y resolución interactiva de casos clínicos reales.

Al finalizar la actividad formativa se evaluó la satisfacción de los participantes (pertinencia, aprendizaje, temporalidad, materiales, metodología, condiciones ambientales, infraestructura y habilidades de comunicación y dominio de la materia por parte del profesorado), mediante una encuesta escala de Likert del 1 al 5. También, se evaluó el grado de aprovechamiento, mediante un cuestionario autocumplimentable, de creación propia, compuesto por 7 ítems. A los seis meses, se contactó con los participantes para determinar el grado de aplicación práctica de los contenidos adquiridos en la atención a personas diabéticas.

RESULTADOS

En los Talleres participaron 26 profesionales de enfermería (23 de A. Especializada y 3 de A. Primaria).

Respecto a la pertinencia del Taller, más del 96% de los participantes consideró que el contenido del taller había respondido a sus necesidades formativas, siendo aplicable a su puesto de trabajo. Con una valoración buena o muy buena de lo aprendido.

Más del 92% consideró que la duración del curso, la distribución del tiempo y el material utilizado había sido bueno o muy bueno. Así mismo, más del 92% consideró que la metodología utilizada le había permitido asimilar los contenidos y participar activamente.

Respecto al grado de aprovechamiento, se compararon entre si (test chi-cuadrado) los resultados inicial y final de conocimientos, obteniendo diferencias estadísticamente muy significativas ($p<0,001$) en el total de respuestas correctas.

En cuanto a la implementación práctica de los conocimientos adquiridos, el 85% manifestó haberlos aplicado “bastante” o “mucho” en su actividad asistencial.

DISCUSIÓN

La formación continuada es un elemento esencial para la motivación y para el desarrollo profesional y capacitación del personal de enfermería, debido al constante progreso científico y tecnológico, a los cambios epidemiológicos y sociales de la población, a los sistemas de información y a las nuevas exigencias en materia de salud de la sociedad/usuarios. Dicha formación redunda de forma directa en el grado de satisfacción de los participantes y en la aplicación de los conocimientos y habilidades adquiridos y, como consecuencia, en la calidad de los cuidados que se prestan a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Porcher V. [The health education nurse in a diabetology network]. Rev Infirm. 2012 Aug-Sep;(183):24-5. French. PubMed PMID: 22919799.

Pino C, Boutron I, Ravaud P. Outcomes in registered, ongoing randomized controlled trials of patient education. PLoS One. 2012;7(8):e42934. Epub 2012 Aug 16. PubMed PMID: 22916183; PubMed Central PMCID: PMC3420885.

POSTER 82

AUTORES/AUTHORS:
Manuel Lillo Crespo, Sonsoles Bernabeu Alcaraz, Isabel Robles Martínez, Rodrigo Santos Gómez, Asunción Elipe Núñez, Isabel Casabona Martínez, M. Dolores Mora Antón

TÍTULO/TITLE:
DESARROLLO DEL EQUIPO DE CUIDADOS MATERNO-INFANTILES DE CLÍNICA VISTAHERMOSA. Un procedimiento innovador de calidad.

Antecedentes: Uno de los retos más importantes para un Hospital de financiación privada desde la perspectiva de los Cuidados Materno-Infantiles se encuentra en su interés y capacidad para fomentar la lactancia materna, competencia transversal para Enfermería. De hecho la percepción que la población suele tener al respecto de las Unidades Materno-Infantiles en instituciones privadas se centra en aspectos de mejora en temas de hostelería o libre elección de especialista pero no en valores añadidos a nivel de práctica profesional u optimización de recursos sanitarios. Por otro lado, no olvidemos que la decisión en cuanto a la alimentación del neonato está íntimamente ligada al tipo de parto y al trabajo conjunto de los equipos profesionales, así como a la educación sanitaria y para la salud tanto a madre como a hijo que desde las unidades se lleva a cabo. La Dirección de Enfermería de Clínica Vistahermosa ha concentrado su atención y esfuerzo en la mejora de todos esos aspectos que casi podrían considerarse mitos. Además, en cuanto a cifras la Clínica Vistahermosa se encuentra a medio camino entre la tendencia de los hospitales privados y públicos que le rodean en el número de cesáreas, posicionándose como la institución hospitalaria de carácter privado con menor número de cesáreas hasta el momento en la zona de Alicante.

Objetivos: La Clínica Vistahermosa en la ciudad de Alicante ha sido un referente histórico como Clínica Materno-Infantil que en este momento clave para los sistemas sanitarios se propone como objetivo principal –así como estrategia competitiva de gestión- apostar por la creación y desarrollo de un Equipo de Cuidados Materno-Infantiles formado por Matrona-Enfermera-Auxiliar, que permita la profesionalización de dichas competencias, fomentando la interacción y participación entre grupos profesionales, desarrollando la especialización en esta materia, diseñando una estrategia común de trabajo para el beneficio de los nuevos padres, conservando sus valores de empresa: trato personalizado y atención individualizada, enfocando la gestión hacia una práctica basada en evidencias científicas, seguridad al paciente y atención de calidad acreditada.
De forma más específica se pretende mostrar con este trabajo las ventajas de un trabajo en equipo que ha ido consolidándose paulatinamente.

Material y Métodos: El Equipo de Cuidados Materno-Infantiles de Clínica Vistahermosa está formado siempre por las mismas personas lo que permite minimizar la rotación de personal y dispersión de información para los usuarios, así como la especialización y formación continuada de dichos profesionales; y una dinámica de cuidados continuos para los padres y su hijo. Su procedimiento de trabajo –que en el trabajo se desarrolla mediante un diagrama de flujos o árbol- ha sido acreditado por segundo año consecutivo por AENOR tras Auditoría al Área de Hospitalización (ISO:14OO1). Además también consta de protocolos, registros y demás documentación exclusiva de la unidad, fruto de un trabajo constante y continuo basado en una metodología de trabajo propia de procesos educativos como es la investigación-acción. Es importante recalcar que paralelamente al desarrollo de dicho procedimiento también se ha llevado a cabo una investigación con Beca FISS -Adaptación de herramientas para el desarrollo y evaluación de intervenciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna" (PI09/90899)- que da respaldo y soporte así como feed-back en cuanto a la satisfacción de los usuarios.

Resultados y Discusión de datos: Actualmente, podemos afirmar que a nivel de satisfacción y de los 50 casos de mujeres con las que hemos contactado desde 2011 para hacer un seguimiento cualitativo desde la creación del Equipo de Cuidados Materno-Infantiles, que el procedimiento y apoyo del equipo a lactancia materna ha sido adecuado y positivo. Puesto que ha existido demanda por parte de los padres para el seguimiento por parte de este equipo, se ha creado una consulta de seguimiento posterior entre el 7º y 10º día tras el alta donde se revisa a madre e hijo, se aclaran dudas, se continua con los consejos de salud, no sólo en cuanto a lactancia, sino también en puerperio y cuidados del bebé y la madre. Por tanto, actualmente se cuenta con una Consulta de Enfermería Pediátrica –tras el alta- y otra consulta de Matrona Post-parto –también al alta-. Ambas consultas de seguimiento refuerzan la información y consejos aportados durante su estancia, solucionan dudas y problemas y sobre todo eliminan temores y

mitos en un momento tan importante para las vidas de los padres y sus hijos.
El procedimiento ha permitido la creación de nuevos registros y documentos informativos como: (a) Checklist de Seguimiento de Lactancia materna, (b) Consentimiento Informado y Compromiso de los padres para Cribado Neonatal –pruebas metabólicas y detección de hipoacusias- así como Vacunación Infantil, (c) Registro de Cuidados Continuos al Neonato y (d) Díptico de Información a nuevos padres del Área de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

.

POSTER 85

AUTORES/AUTHORS:
Ermelinda Macedo, Carlos Fernandes Silva, Paulo Nossa

TÍTULO/TITLE:
Calidad de vida y trastornos del humor: relación para cumplir con el proceso de atención

Introducción: La calidad de vida (CDV) aplicada al área de la psiquiatría ha sido objeto de creciente interés en el ámbito de la investigación por su importancia, tanto en la medición de las intervenciones como en la evaluación de los resultados de salud. La CDV de las personas con enfermedad mental y/o sintomatología psiquiátrica, ha sido descrita como negativa al compararla con otras enfermedades (Alonso et al., 2004; Saarni, 2008). Los trastornos del humor y/o sintomatología depresiva provocan gran incapacidad en las personas, haciéndolas más propensas a relatar CDV inferior en relación a personas de la población general sin enfermedad mental (Gameiro et al., 2008; Gameiro, Carona, Silva, & Canavarro, 2010; Figueira, Leitão, & Gameiro, 2010). Aunque este hecho preocupe a la comunidad científica, la verdad es que la relación entre la especificidad de los trastornos del humor y la CDV aún no es muy evidente. Del mismo modo, cuando se estudian relaciones entre las variables sociodemográficas de personas con trastornos del humor y la CDV, los datos no son concluyentes.

Objetivos: 1) identificar relaciones significativas entre los dominios de la calidad de vida y variables sociodemográficas y de vigilancia en las personas con trastornos del humor; 2) identificar relaciones significativas entre la calidad de vida y el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), Distimia (D), Trastorno Bipolar (TB) y los Trastornos Depresivos No Especificados (TDNE).

Método: Participaron en este estudio 39 sujetos mayores de 18 años con diagnóstico médico de TDM, D, TB y TDNE que reciben tratamiento en la consulta externa de psiquiatría en un hospital del norte de Portugal. Los datos se recogieron en los domicilios de los sujetos. Todos los sujetos firmaron un consentimiento informado en el que se explicaban los objetivos del estudio, el papel de los investigadores y el cumplimiento de la confidencialidad. Para evaluar la CDV se utilizó la versión breve del World Health Organizationa of Life-Brief Form (WHOQOL-Bref) (Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004; Vaz Serra et al., 2006). Para clasificar la clase socioeconómica fue utilizada la Clasificación de Graffar, siendo también utilizado un Cuestionario de Datos Sociodemográficos y Clínicos. Para el análisis estadístico se utilizó el Statistical Package for Social Sciences IBM SPSS Statistics, versión 19.0. Se utilizaron pruebas paramétricas (Test T – t) y no paramétricas (Mann-Whitney – U). La p de Spearman se utilizó como una alternativa a la r de Pearson. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < .05$.

Resultados: Se puso de relieve la relación entre la edad, sexo, estado civil, escolaridad, clase social y condiciones de acompañamiento de las personas con trastornos del humor y la CDV. Los sujetos más jóvenes presentaron mejores índices de QDV en el Dominio Físico y en el Dominio Psicológico. Las mujeres evidenciaron peor CDV en el Dominio Físico. Los sujetos que no tenían pareja presentaron valores en la Faceta CDV General superiores a los casados/pareja de hecho y los que tienen menos años de escolarización revelaron peores valores en la Faceta de CDV General, Dominio Psicológico y en el Dominio Físico. Las correlaciones entre la clase social y la CDV evidenciaron diferencias positivas y significativamente asociadas al Dominio Psicológico. Cuando se analizaron las condiciones de acompañamiento sociales y clínicas, se encontró que los sujetos que utilizaban sólo un medio de transporte (1 conexión) presentaron resultados más altos de CDV en el Dominio Físico y en el Dominio Psicológico que los que necesitaban 2 conexiones. Las personas con Distimia revelaron en tres (Dominio Físico, Dominio Psicológico y Dominio Ambiente) de los cuatro dominios del WHOQOL-Bref los valores más bajos. Los sujetos con TDNE fueron los que presentaron índices superiores de CDV en todos los dominios, existiendo algunas relaciones significativas al ser comparadas con los otros trastornos.

Discusión: Aunque de forma general, los resultados de este estudio corroboren los anteriores, en la medida en que revelan que los dominios da CDV son afectados por los trastornos del humor, las comparaciones son difíciles debido a diferencias en la evaluación de la CDV, a saber, en las características de las muestras en estudio, contexto de colección de datos y instrumentos de evaluación utilizados. A través de este análisis, podemos afirmar que la relación entre la CDV y las enfermedades mentales es compleja y no siempre consensual. Este estudio apunta la existencia de algunas relaciones entre la CDV y variables sociodemográficas en personas con trastornos del humor y la presencia de diferencias en la CDV según la enfermedad que los sujetos presentan.

Implicaciones para la práctica: Los datos de este estudio permiten una reflexión seria sobre algunos aspectos más subjetivos de las respuestas humanas a la enfermedad y confirman la importancia de tenerlos en atención en el proceso de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Alonso, J., Angermeyer, M., Bernet, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., … Vollebergh, W. (2004). Project. Acta Psychiatrica Scandinavica, 109 (Suppl. 420), 38-46.

Figueira, M., Leitão, J., & Gameiro, S. (2010). Qualidade de vida em doentes bipolares. In M. C. Canavarro; A. Vaz Serra (Eds). Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde (pp. 283-298). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M.C., Simões, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Paredes, T., & Vaz Serra, A. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. Psicologia, Saúde & Doenças, 9 (1), 103-112.

Gameiro, S., Carona, C., Silva, S., & Canavarro, M. (2010). Qualidade de vida e depressão: um estudo comparativo com doentes com diagnóstico clínico de depressão major, utentes de centros de saúde e indivíduos da população geral. In M. C. Canavarro; A. Vaz Serra, Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde (pp. 299-323). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Saarni, S. (2008). Health-Related quality of life and mental disorders in Finland. Academic Dissertation, Department of Mental Health and Alcohol Research. National Public health Institute, Helsinki and Department of Psychiatry of Helsinki, Helsinki.

Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial - A Report from the WHOQOL Group. Quality of Life Research 13: 299–310.

Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., & Quartilho, M. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. Psiquiatria Clínica, 27 (1), 31-40.

POSTER 87

AUTORES/AUTHORS:
DAVID MARTÍNEZ MARÍN, SARA GUTIÉRREZ GARCÍA, SONIA GARCÍA GARCÍA, ANA DÍAZ IBÁÑEZ, BEGOÑA GARCÍA GUILLAMÓN, CRISTINA GARCÍA HERNÁNDEZ, ISABEL MERCADER BELMONTE, ANA PATRICIA NAVARRO EGEA, PILAR DE LA CERRA GUIRAO

TÍTULO/TITLE:
EVALUACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA AL ALTA TRAS QUIMIOTERAPIA: UNA HERRAMIENTA DE SEGURIDAD

INTRODUCCIÓN

En septiembre de 2010, el personal de Enfermería de la Unidad de Onco-Hematología y Trasplante de Médula, sito en la 5ª planta de Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), detecta la necesidad de proporcionar una serie de recomendaciones específicas tras la primera administración de tratamiento quimioterápico, como respuesta a la preocupación y ansiedad manifestada por los pacientes a causa del diagnóstico y tratamiento de una patología oncológica.

Para ello, se crea un grupo de trabajo formado por enfermeros de la propia unidad que decide basar las recomendaciones siguiendo los patrones de Marjory Gordon; se realiza una búsqueda bibliográfica por patrones de las recomendaciones asociadas a cada uno de ellos.

Posteriormente, se realiza un brainstorming basado en la lectura de bibliografía relacionada y en la experiencia clínica en el área de onco-hematología con el fin de enumerar aquellas recomendaciones más relacionadas con este tipo de pacientes.

Dichas recomendaciones son validadas por la comisión y se realiza su distribución por el hospital para su utilización.

Tras llevar unos meses facilitándoselas a los pacientes, decidimos evaluar dichas recomendaciones mediante una encuesta de evaluación.

OBJETIVOS
Aumentar la seguridad del paciente onco-hematológico tras su primer tratamiento con quimioterapia.

Evaluar la comprensión de las recomendaciones por parte del paciente/ familia.

Aumentar el conocimiento de los pacientes en relación a su tratamiento.

Disminuir la ansiedad del paciente ante los posibles efectos adversos del tratamiento quimioterápico.

MATERIAL Y MÉTODO

El material utilizado para realizar la evaluación es un cuestionario, creado por el servicio de Calidad del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

La encuesta de evaluación está formada por 5 preguntas y un apartado de “sugerencias u observaciones”. Estas preguntas se pueden englobar en dos tipos: aquellas que están relacionadas con el lenguaje y su comprensión, y las que están relacionadas con el contenido de las recomendaciones.

En las preguntas relacionadas con el contenido de las recomendaciones, se deja un espacio en blanco para que el paciente aporte su opinión.

Para la evaluación de cada una de las preguntas, se usa la escala de Likert, donde 'Totalmente en desacuerdo' tiene el valor de 1 puntos y 'Totalmente de acuerdo' tiene el valor de 5 puntos.

Se trata de un estudio prospectivo observacional a 34 pacientes tratados por primera vez con quimioterapia en nuestra unidad, a los que se les proporciona unas recomendaciones de Enfermería al alta enmarcadas en los patrones de M. Gordon y un cuestionario evaluativo de dichas recomendaciones.

El periodo de recogida de datos está comprendido entre el 1 de abril y el 30 de mayo, sin ningún criterio de exclusión.

RESULTADOS

Pregunta 1: ¿Es apropiado el lenguaje que se utiliza en estas recomendaciones?, el 47% de los pacientes afirman estar 'De acuerdo', y el 53% estar 'Totalmente de acuerdo'.

Pregunta 2: ¿Se explica cada recomendación con palabras que usted entiende?, el 41.18% de los pacientes manifiesta estar 'De acuerdo', y el 58.82% estar 'Totalmente de acuerdo'.

Pregunta 3: ¿Existe alguna recomendación con la que usted no está de acuerdo?, el 33% manifiesta estar 'Totalmente en desacuerdo' ó 'En desacuerdo'; el 56% indica estar 'Totalmente de acuerdo' ó 'De acuerdo' y el 11% no responde a la pregunta.

Pregunta 4: ¿Cree que es suficiente información de interés para el paciente o la familia?, el 38.24% de los pacientes afirman estar 'Totalmente en desacuerdo' ó 'En desacuerdo'; mientras que el 61.76% indica estar 'Totalmente de acuerdo' ó 'De acuerdo'.

Pregunta 5: ¿Le parece importante la entrega de estas recomendaciones de Enfermería antes de irse de alta?, el 5.88% se muestra 'Indiferente' ante las recomendaciones; mientras que el 23.53% refiere estar 'De acuerdo' con las mismas y el 70.59% indica estar 'Totalmente de acuerdo'.

Con respecto a las 'Sugerencias u Observaciones' sólo dos pacientes manifiestan inquietud sobre algún tema. Solicitan recomendaciones relacionadas con el cambio de humor que se produce, la elaboración de una dieta específica y el afrontamiento de los primeros días en el hogar tras el tratamiento quimioterápico.

DISCUSIÓN

Tras la interpretación de los datos, observamos que las recomendaciones son asimiladas correctamente por las personas que han participado, lo que nos hace disponer de una herramienta segura y útil.

Al disponer de esta información, los pacientes verbalizan tener más seguridad y sentir menos ansiedad ante los posibles efectos adversos del tratamiento.

Al mismo tiempo, detectamos que las preguntas 3 y 4, han sido malinterpretadas por algunos pacientes, ya que afirman no estar de acuerdo con alguna recomendación, pero no indican en cuál. Como mejora para sucesivas evaluaciones vamos a cambiar aquellas preguntas formuladas en negativo.

Como consecuencias inesperadas, detectamos un aumento de nuestra satisfacción profesional al comprobar la eficacia de las recomendaciones, y una disminución de la demanda de información por parte del paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Agencia de Calidad del SNS. 2006. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidad.

2. Programa EMCA. Consultado en: http://www.programaemca.org/.

3. Proyecto de Cuidados de Enfermería. Consultado en: http://www.programaemca.org/emca/index.html

4. Guía de apoyo metodológico para la evaluación de los indicadores de calidad de cuidados de Enfermería. Grupo GREEMCE. Actualizada en febrero de 2010.

5. Moorhead, Sue; Johnson, Marion; Maas, Meridean L.; Swanson, Elizabeth. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Ed. 2009

6. Casas Fernández de Tejerina A.M.; Corral Jaime J.; Pérez Valderrama B. Guía de Práctica Clínica en Cuidados Continuos. Capítulo 2: Agentes Antineoplásicos: Dosis, Indicaciones y Efectos Secundarios. Ed. 2006. Madrid.

7. González Barón M.; Gómez Raposo C.; Pinto Marín A. Guía de Práctica Clínica en Cuidados Continuos. Capítulo 3: Control de Síntomas. Ed. 2006. Madrid.

POSTER 88

AUTORES/AUTHORS:
ENCARNA MARTINEZ SANCHEZ, J.Patricia MORENO PINA, PEDRO CUADRADO RUIZ, PABLO BERNAL NUÑEZ

TÍTULO/TITLE:
La práctica clínica basada en la evidencia: un caso

Objetivo
Implementar los cuidados de salud basados en la evidencia en la práctica clínica.
Métodos
Sujeto: se trata de un varón de 69 años de edad, con Alzheimer y encamado cinco años. Presenta una úlcera por presión en trocánter izquierdo, de evolución tórpida y que no responde a las curas con tratamiento convencional (en ambiente húmedo). Nos planteamos hacer una búsqueda de evidencia científica para encontrar otras alternativas de tratamiento.
Se formuló la pregunta clínica: En personas adultas con heridas crónicas ¿Qué alternativas de tratamiento existen, en nuestro medio, frente a la cura convencional en ambiente húmedo. En enero de 2012, se consultan las Guías de Práctica Clínica (GPC) sobre cuidado de úlceras venosas, úlceras por presión y heridas crónicas en castellano, en: Guía Salud, Fisterra y el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), publicadas en los últimos diez años.
Resultados:
Se encuentra una GPC en donde aparecen tratamientos que están siendo objeto de estudio como la utilización de insulina y la sacarosa, con un grado de recomendación C, y factores de crecimiento con grado de recomendación A. Ante este resultado, nos parece que el método mas accesible, tanto en términos económicos como de seguridad para el paciente es usar la sacarosa. Se decide realizar una segunda búsqueda entre enero de 2002 y enero de 2012. Se utilizaron las siguientes palabras claves en español e inglés y sus términos [MesH] correspondientes: herida crónica, úlcera, sacarosa, (Chronic Surgical, Ulcer y Sucrose). Los limites fueron: paciente adulto (18 años o más); Ensayo Clínico Aleatorio y no aleatorio, Metaanálisis y Revisiones Sistemáticas. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Medline, Cinhal, Biblioteca Cochrane Plus, Instituto Joanna Brigghs, Tripdatabase, IME y Cuiden Plus.

Con el objetivo de ampliar la búsqueda de información, se realizó una búsqueda electrónica de revistas, documentos y resúmenes de congresos de organizaciones científicas dedicadas al estudio de las heridas crónicas como el GNEAUPP.
No se ha encontrado ningún documento que reúna los criterios de inclusión, si se han encontrado, sin embargo, casos clínicos y algunas experiencias sobre el uso de la sacarosa, azúcar y pasta de azúcar, alginato de miel, Maxi X4, así como cuatro revisiones no sistemáticas sobre el tratamiento de heridas crónicas. En todos ellos con buenos resultados.
A la familia del paciente se le plantea esta alternativa de tratamiento y tras el consentimiento informado, se planifican las curas usando sacarosa y manteniendo una continuidad de cuidados entre los profesionales y la familia.
Desde las primeras semanas de la aplicación de sacarosa pudimos observar un evidente cambio en la lesión, menor tamaño, desaparición del tejido necrótico y esfacelar, mejoría de la piel perilesional y disminución del dolor.
Discusión:

Hay un proceso biológico natural en la curación de las heridas, el papel de los cuidados enfermeros en este proceso, consiste en tratarlas correctamente para acelerar su cicatrización y disminuir así su morbilidad y molestias para el paciente.
La miel y el azúcar han sido utilizados desde la antigüedad; los primeros estudios se remontan a la década de los años 50: En 1958 Rostenberg, utilizó el azúcar en forma de pasta para tratar UPP y úlceras venosas con excelentes resultdos ; En 1973 Barnes et al trataron úlceras con azúcar con buenos resultados. En 1976 Herszage et al observan que heridas contaminadas y de evolución tórpida mejoraban sorprendentemente cuando se les aplicaba azúcar granulada, logrando un 100% de curación.
El azúcar tiene una acción desodorante, por lo que a partir de las primeras curas disminuye el mal olor típico de este tipo de heridas, esto llevo consigo una mejora en la calidad de vida de la paciente y una mejor colaboración por parte de sus cuidadores. Además es un método barato y seguro.
En toda la bibliografía consultada el azúcar o la sacarosa ha sido utilizada en heridas crónicas de evolución tórpida y que no han respondido a los tratamientos convencionales.
A pesar de no se ha encontrado ningún documento que reúna los criterios de inclusión, por lo que la evidencia sobre el uso de

sacarosa para el tratamiento y el cuidado de las úlceras y heridas crónicas es bastante limitado aún así a la vista de los buenos resultados encontrados en la bibliografía consultada

Implicaciones para la práctica:

• Efectividad demostrada de la incorporación de la evidencia científica a la práctica clínica de los cuidados enfermeros.
• Efectividad demostrada, en nuestro caso, de la sacarosa

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Icart MT. Enfermería basada en la evidencia: un instrumento para la práctica clínica. Enferm Clin. 2002;12:133-4.
-Cid González MC, García Viveros JA, Martínez Florindo J. Alcón Jiménez C. Una buena alternativa en el tratamiento de las úlceras por presión de larga duración. Utilización de sacarosa en 6 casos. Enferm Clin. 2003;13(3):177-9
-Van der Weyden EA. Treatment of a venous leg ulcer with a honey alginate dressing. Br J Community Nurs. 2005 Jun;Suppl:S21, S24, S26-7.

García Fernández FP, Montalvo Cabrerizo M, García Guerrero A, Pancorbo Hidalgo PL, García Pavón F, González Jiménez F, et al. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y el Tratamiento de las Úlceras por Presión. 2008 Guía salud. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../publicaciones/datos/283/pdf/Guiacuidados.pdf
García Ruiz-Rozas J, Martín Mateo A, Herrero Ballestar JV, Pomer Monferrer M, Masoliver Forés A, Lizán Tudela L. Guías Clínicas Fisterra. Úlceras por presión. 2007;7(38). Disponible en http://www.fisterra.com/guias2/upresion.asp
Lisle J. Use of sugar in the treatment of infected leg ulcers. Br J Community Nurs. Review 2002 Jun;7(6):40-46.
- Cid González MC, García Viveros JA, Martínez Florindo J, Sánchez de la Nieta Ogallar MJ, Alcón Jiménez C. Evidencia científica sobre el uso del azúcar en las heridas. HYGIA.2002;51(15):19-21
- Barnes James W, et al. Sugar Sweetens the lot of patients with bedsores. JAMA. 1973;223(2):122.

POSTER 89

AUTORES/AUTHORS:
Isabel Mascarenhas Rabiais, José Amendoeira

TÍTULO/TITLE:
Título: Teorización del proceso de aprendizaje del cuidado de los estudiantes de enfermeria

La enseñanza de enfermería celebrada con el tiempo, nos hizo reflexionar sobre los sentimientos y las necesidades de los estudiantes, lo que determina el aumento de la demanda para ambos actores. Por lo tanto, resulta útil reflexionar sobre la educación en enfermería para destacar aspectos que pueden anclar una concepción teórica y más sensible, adecuada a las necessidades atuales para poder contribuir a la construcción de una nueva matriz de significados para la atención de enfermería. Para Amendoeira (2000) la asimilación de conocimientos de enfermería pasa por una comprensión del significado y de la intención puesta durante el proceso del cuidado en enfermería. Es a través de la práctica que se puede teorizar sobre la naturaleza de la enfermería. Estos cuidados se desarrollan a través de procesos de atención y se constituyen como áreas de aprendizaje que afectan a una parte de los actores de este proceso: los estudiantes.
Una de las preocupaciones que existe actualmente en el nivel de educación de enfermería se centra en una enseñanza que promueva el desarrollo individual de los estudiantes, no sólo en áreas específicas del conocimiento, sino también a nivel de relación interpersonal, es decir, al graduarse como enfermeros no sólo lo harán con conocimientos técnicos, sino también con conocimientos en relaciones humanas.
Hemos examinado el particular y contextual, para alcanzar un nivel de universalización en los contextos estudiados, centrándose en las dimensiones que podrían interpretarse como teoría explicativa del proceso de cuidado y de aprendizaje.
Objetivos: Entender la naturaleza de la interacción entre el estudiante y el profesor, dentro del proceso de aprendizaje de cuidar; Analizar la experiencia emocional del estudiante en el proceso de adquisición de habilidades para cuidar; Identificar las intervenciones de atención por parte de profesores en el proceso de adquirir conocimientos para cuidar.
Métodos: Se trata de un caso de estudio con la participación de 60 estudiantes, 6 enfermeros orientadores y 6 profesores tutores. Suponemos parte del estudio, los estudiantes desde el comienzo de la primera formación clínica hasta el final del curso porque muchas de las competencias tomadas como indispensables en el proceso de aprendizaje de enfermería són establecidas muy precozmente en el primer entrenamiento clínico y luego gradualmente con un mayor nivel de exigencia.
Para el inicio de la investigación con una primera fase – fase exploratoria, hemos hecho un estudio que podemos clasificar como un paso preliminar, según Tuckman (2002) porque se compone de una colección de datos de la consulta e interpretación de documentos científicos pedagógicos que resultó importante para clarificar el marco conceptual y también sirvió esencialmente como punto de partida para comprender la dimensión social y contextual para la construcción de las secuencias de comandos de la entrevista realizada a 6 estudiantes, 6 enfermeros orientadores y 6 profesores tutores, permitiendo la triangulación de datos y, como telón de fondo para nuestras interpretaciones.
El análisis de los diarios de aprendizaje y las entrevistas se realizó mediante la técnica de análisis de contenido.
Resultados: Los estudiantes.demostraron habilidad para expresar una serie distinta de emociones de acuerdo con la particularidad de la situación que viven y la respuesta emocional a los cuidados a las personas ha asumido un importante resalte. Muchas situaciones de gran vulnerabilidad, dejan de ser simulados y llegó a la existencia de una relación efectiva con actores y los contextos y a veces mostran una disonancia entre el conocimiento que poseen y la aplicabilidad a situaciones reales que se producen. Esto se relaciona con la dimensión de la transferibilidad y la importancia de hacer la diferencia entre los conocimientos teóricos: qué debe saber: y los conocimientos prácticos: cómo saber.
Conclusión: Asumimos como piedra angular el papel de los profesores y tutores en la promoción de estas dimensiones, tomando como punto de partida la adquisición de comportamientos socialmente valiosos por el aprendizaje observacional de modelos, lo que nos lleva a asumir que el processo de aprendizaje de cuidar si construye a través de un proceso en el que estudiantes y profesores se implican y participan de manera crítica y reflexiva, segun el contexto y sus experiencias personales.
Los estudiantes asumen que los mentores y profesores les ayudan a integrar conocimientos teóricos, guiando la práctica clínica. Se les dio la oportunidad de expresar sus emociones y sentimientos, ayudándoles a enfrentarse a la realidad por lo que se pueden superar obstáculos, lo que les permite crecer con madurez intelectual y sentido de responsabilidad.
Incorporar este concepto en la formación de los estudiantes, en una perspectiva de integralidad implica tomar la importancia de estas dimensiones y estimular la capacitación directa para la producción del cuidado permitiendo la aparición de nuevas prácticas

educativas y diferentes estrategias de enseñanza-aprendizaje.
Palabras clave: Estudiantes, Caring, Competencia emocional, Profesor de enfermeria

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

AMENDOEIRA, J. – Cuidado de Enfermagem intenção ou acção – o que pensam os estudantes. Revista Nursing. ISSN 0871-6196. Nº 146 (Julho/Agosto 2000), p. 8-14.
ARTHUR, D.;RANDLE,J. 2007. – The professional self concept of nurses: a review of literature from 1992-2006. Australian Journal of Advanced Nursing .. Nº 24 (3), p. 60-64.
DE LA CUESTA, C. – Investigación cualitativa en el campo de la salud. Revista Rol de Enfermería. Barcelona. ISSN 0210-5020. Nº 232 (Diciembre 1997), p. 13-16.
FODDY, William. (1996). Como Perguntar – Teoria e prática da construção das Perguntas em Entrevistas e questionários. Oeiras: Celta Editora.
GOÑI ZABALA,J.M. – El espacio europeo de educación superior, un reto para la universidad. Competencias, tareas y evaluación, los ejes del currículo universitário. Barcelona, Octaedro/ICE-UB. 2007.
TUCKMAN, B.W. (2002). Manual de Investigação em Educação. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

POSTER 91

AUTORES/AUTHORS:
Carmen Mercado Begara

TÍTULO/TITLE:
El uso del E-Portafolio en la asignatura de Enfermería del Adulto en el Ámbito Comunitario

Introducción
El Portafolio electrónico es un método de enseñanza, aprendizaje y evaluación que consiste en la aportación de producciones de diferente índole por parte del estudiante a través de las cuáles se pueden juzgar sus capacidades en el marco de una disciplina o materia de estudio. Estas producciones informan del proceso personal seguido por el estudiante, permitiéndole a él y a los demás ver sus esfuerzos y logros, en relación a los objetivos de aprendizaje y criterios de evaluación establecidos previamente.

Objetivo
Desarrollar un portafolio electrónico o e-portafolio como instrumento para la adquisición de competencias como estudiante de Enfermería. Conocer la opinión de los profesores sobre el mismo.

Método
La experiencia se desarrolló en el curso académico 2011/12, en la asignatura “Enfermería del Adulto en el Ámbito Comunitario” perteneciente al tercer curso de Grado en Enfermería en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.
Elaboré un e-portafolio compuesto por dos bloques: el primero, integra las actividades y tareas comunes, recoge una colección de trabajos cuidadosamente seleccionados, y clasificados en orden cronológico, que representan esfuerzos, progresos, y logros a lo largo de la enseñanza en pequeño grupo; el segundo, incluye las actividades complementarias que realicé, y un “Diario de Campo” donde aporté mis reflexiones y opiniones sobre los contenidos, la dinámica del aula, la metodología didáctica, la regulación del aprendizaje, documentos trabajados en clase y conclusiones/reflexiones finales.
Para crearlo, utilicé el programa informático WimbaCreate®, facilitado por la universidad, para generar contenidos en formato HTML compatible con cualquier plataforma eLearning, que se integra como una barra de menú en Microsoft Word 2003 y 2007. Además conté con manuales de utilización, un modelo de e-portafolio creado por los profesores y asesoramiento en tutorías.
Por último, se realizó una encuesta de satisfacción sobre el e-portafolio a los ocho profesores de la asignatura.

Resultado
Se ha logrado el objetivo planteado al iniciar la experiencia ya que progresé en la construcción del e-portafolio. Aunque al inicio me generó cierta inseguridad, éste resultó de gran utilidad tanto para mi aprendizaje como para la adquisición de competencias genéricas. El e-portafolio permitió a los profesores ser más objetivos en la evaluación de mi trabajo pues en él quedaba claramente recogido mi aprendizaje.
Los profesores consideraron que el e-portafolio reflejaba el esfuerzo, el trabajo y los logros alcanzados por el estudiante, así, como su implicación en el desarrollo del mismo. Igualmente, consideraron que la falta de conocimiento, dificultó el manejo del programa Wimba Create y exigió mucho tiempo al alumno. También aludieron a la necesidad de formación previa a su uso.

Discusión
Se han encontrado muy pocos estudios relacionados con la utilización del e-portafolio en la formación de enfermeras en nuestro país, por lo que sería oportuno indagar sobre el grado de implantación del mismo en dicha formación.(1)
Al igual que otros autores(2,3,4), destaco la inseguridad inicial provocada por la libertad de creación en una situación de aprendizaje tan abierta

Implicaciones para la práctica: Coincido con otros autores(5,6) en que la utilización del e-portafolio permite saber aquello que el profesor espera del alumno, comprender mejor los conceptos fundamentales de la asignatura y su trascendencia en el contexto profesional; y desarrollar, con diferente grado de excelencia, competencias genéricas como análisis, síntesis, creatividad, gestión del tiempo, expresión escrita y ampliación del lenguaje profesional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Canalejas MC. El Portafolios como herramienta didáctica en la formación de enfermeras. IndexEnferm [periódico en Internet]. 2010 Set [citado 2012 Mayo 28] ;19(2-3):143-146.Disponíble en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200016&lng=pt. http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000200016.

2. Vera ML, Canalejas MC. El portafolio como recurso de aprendizaje e instrumento de evaluación de estudiantes repetidores de enfermería. Educ. méd. [revista en Internet]. 2007 Jun [citado 2012 Mayo 30] ; 10(2): 114-120. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132007000300008&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1575-18132007000300008.

3. Alexander J, Craft S, Baldwin S, Beers G, McDaniel G. The nursing portfolio: A reflection of a professional .The Journal of Continuing Education in Nursing 2002; 33 (2): 55-60.

4. Olive M. Implementación del portafolio del estudiante en la asignatura "fonaments d´infermeria" como instrumento para el aprendizaje reflexivo y crítico. Educare 21 2004; 13: 1-15.

5. Font A.Una experiencia de autoevaluación y evaluación negociada en un contexto de aprendizaje basado en problemas. Revista de la REDU; 3 (2): 100-112

6. Klenowxki V. Desarrollo de portafolios para el aprendizaje y la evaluación. Madrid: Narcea; 2004. p.45.

POSTER 93

AUTORES/AUTHORS:
María Polo Umbert, Silvana Serrano Montagud, Isabel Martínez San Andres, Amparo Muñoz Izquierdo

TÍTULO/TITLE:
RESULTADOS NOC EN PERSONAS CON DIABETES, INTRUMENTO BÁSICO DE EVALUACION EN EDUCACIÓN TERAPEÚTICA

INTRODUCCIÓN
La diabetes es un proceso crónico de gran incidencia en la población., en las últimas décadas ha alcanzado niveles de pandemia, 346 millones de personas con diabetes, que la convierte en un problema sanitario de gran magnitud por la repercusión social y económica que ello supone. La educación terapéutica (ET) es la herramienta de la prevención secundaria y terciaria, su objetivo es la eliminación de las manifestaciones clínicas, complicaciones y secuelas de la enfermedad. La ET forma parte del plan de cuidados de enfermería en la atención de personas con diabetes (DM).
Empleando la taxonomía NANDA, NIC, NOC, la ET en la DM, aborda los diagnósticos de enfermería “temor, disposición para mejorar la gestión de la propia salud y conocimientos deficientes”. Las intervenciones enfermeras que realizamos en esta ET son: “educación: proceso de enfermedad, medicación, alimentación, ejercicio prescrito y asesoramiento, modificación de conducta”. Los objetivos de resultados a alcanzar se pueden medir con “conocimientos control de la diabetes, autocontrol de la diabetes, nivel de glucemia y nivel de miedo”.
El plan de cuidados de la diabetes y la ET están en sintonía con los de los diferentes registros informatizados que se utilizan en la actualidad en nuestro sistema sanitario.

OBJETIVO
Nuestro objetivo es definir operativamente los indicadores de resultado NOC empleados en la ET a personas con diabetes, para unificar su significado y permitir el intercambio de información entre los diferentes niveles de asistencia sanitaria.

METODOLOGÍA
Procedimiento investigación-acción. El equipo de trabajo ha realizado lectura de textos. Teniendo como punto básico la factibilidad práctica, hemos elegido indicadores de las NOC mencionadas. Cada miembro ha definido el contenido de los niveles de 1 a 5, en 14 sesiones de trabajo realizadas, se discutió el contenido final de cada ítem.

RESULTADOS
El plan de cuidados se inicia con la valoración del paciente, para identificar los objetivos de trabajo, este proceso de recogida de datos se realiza con una entrevista abierta, que utiliza como guía, los aspectos contemplados en los resultados que se espera obtener en el paciente, es decir las NOC. La identificación de problemas con la NANDA: 00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud y 00126 Conocimientos deficientes. Presentamos un caso concreto de definiciones operativas de la NOC 1820 Conocimiento: control de la diabetes: 1820-02 Descripción del papel de la nutrición en el control de la glucemia, nivel 1 Ninguno: No sabe el papel de la nutrición¸ nivel 2 Escaso: Sabe que existen algunos alimentos que no puede tomar de forma habitual en su dieta; nivel 3 Moderado: Sabe identificar los grupos de alimentos: Hidrato de Carbono (HC), Grasas y Proteinas y cual es su función Sabe que existen dos tipos de HC: simples y complejos y cómo actúan. Sabe que son las calorías.Sabe lo que es una dieta/alimentación sana y equilibrada; nivel 4 Sustancial: Conoce la Dieta por Raciones y tiene claro el concepto Ración. Sabe el número de calorías que debe llevar su dieta, las raciones que le corresponden y su distribución a lo largo del día. Sabe ajustar su dieta al tipo de tratamiento , ejercicio que realiza y preferencias culinarias. Sabe interpretar la información de las etiquetas que llevan los alimentos; nivel 5 Extenso: Conoce el índice glucémico de los alimentos. Para conseguir estos objetivos realizaremos las intervenciones NIC: 5602 Enseñanza: Proceso de enfermedad NIC: 5614 Enseñanza: Dieta prescrita.

CONCLUSIÓN
La aplicación del plan de cuidados nos permite:
ante el diagnóstico de DM iniciar una secuencia de ET establecida, y cuando nos encontramos con personas con mal control es la herramienta de valoración para individualizar la secuencia de ET. Y además facilita utilizar el mismo lenguaje en los distintos niveles

de asistencia. y empezar a elaborar el informe de continuidad de cuidados.
En la actualidad se está realizando en nuestro Departamento de Salud, la validación de las definiciones operativas mediante técnica Delphi, que permitirá consensuar el plan de cuidados de la ET en DM

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA
1. Juvinyà D, Figuerola D. Educación terapéutica en personas con diabetes. En: Figerola D.Editor. Manual de Educación Terapéutica en Diabetes. Diaz de Santos [libro en Internet], 2011. [acceso 8 de junio 2012].Disponible en: www.diazdesantos.es/wwwdat/pdf/SP0410004113.pdf.
2. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud: Diabetes. [acceso 8 de junio 2012]. www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
Observaciones no publicadas
3. 1239d.com[sede Web]. Polo M, Montagud S, Martínez I, Muñoz A. Guía de Educación Terapéutica en personas con diabetes. Jornadas del Día Mundial de la Diabetes 2011, Consorcio Hospital General de Valencia. Disponible en: http://www.1239d.com/portfolio/consultad-la-guia-de-educacion-en-diabetes/

POSTER 95

AUTORES/AUTHORS:
Julia Navarro Mellén, Belén López Pertegal, Óscar Aguado Arroyo

TÍTULO/TITLE:
Musicoterapia como intervención enfermera en el manejo de pacientes hipertensos

INTRODUCCIÓN: Partiendo de la relevancia que está teniendo en nuestra sociedad la HTA y viendo la relación que tiene el nivel de estrés y de ansiedad en los pacientes de este tipo, con su grado de control, se plantea la realización de un grupo de intervención en un centro de salud donde se aplicarán sesiones de musicoterapia dedicadas a pacientes de este tipo, buscando la disminución de la ansiedad y así un mejor grado de control. Se realiza una búsqueda sistemática de artículos relacionados con musicoterapia, HTA y ansiedad-estrés para ver relaciones encontradas y terapias utilizadas en este tipo de pacientes.
A partir de las evidencias encontradas se plantea una hipótesis:
La intervención enfermera 4400- Musicoterapia es efectiva en el manejo de los pacientes hipertensos que tengan como factor de riesgo el estrés, como tratamiento coadyuvante de la HTA, demostrando que la ansiedad influye en el control de la hipertensión arterial y que la intervención grupal con técnicas de musicoterapia es efectiva.
1. OBJETIVO GENERAL: Mejorar el control de pacientes hipertensos mediante intervención grupal de musicoterapia: Demostrar que la musicoterapia es efectiva en hipertensos con estrés y que la ansiedad influye en el control de la hta
2. MÉTODOS: Estudio cuasiexperimental: se realiza intervención de musicoterapia pasiva grupal en hipertensos en un C.S. de Fuenlabrada. Participan 20 pacientes entre 14 y 85 años, consta de 8 sesiones de 1 hora, 2 veces/semana durante 1 mes. Variables: edad, sexo, estudios, años de evolución de HTA, fármacos, TA, uso de música en su vida diaria, calidad de vida, ansiedad rasgo y ansiedad estado, control del síntoma, control del riesgo, control de la ansiedad. Se recogen datos mediante historia clínica, test de calidad de vida(MINICHAL), test de ansiedad(STAI), planes de cuidados.
3. RESULTADOS: 15 mujeres y 5 varones. El 70% de 40 a 65 años, el 24% >65 años y el 6% <40 años. Uno con estudios universitarios, otro sin estudios, 58,9% primarios y 29%, secundarios. El 47% toma 2 ó más fármacos y el 52% toma 1. El 64,7% escucha música a diario, 17,6%1v/sem, 6% 1v/m y 11,7% nunca. El 82,3% lo hace en casa, 17,6 % en transporte, 11,7% en el trabajo y 5,9% en lugares de ocio. Tipo de música: rock el 52,3% , tradicional o folk 35,2%, clásica 29,4% y electrónica y new age 17,67 % cada una. Mientras escuchan música, el 47% trabaja y el 64,7% realiza otras actividades. La valoración de su calidad de vida se determina en tres áreas diferentes:a)Estado de ánimo, que mejora en el 17,6%.b) Manifestaciones somáticas, que mejoran de grave a moderado un 11,8 %. c) Percepción de la influencia de la HTA en la calidad de vida que mejora un 17,7%.La ansiedad se catalogó como ansiedad estado y ansiedad rasgo y los resultados fueron: ansiedad estado: 41,2% moderada, 23,5% leve y 35% no ansiedad. Postintervención: 5,9%grave, 17,6% moderada, 47,1%leve, 29% no ansiedad. Ansiedad rasgo: 23,55 grave, 23,55 moderada y 17,6 leve, y 35,3 sin ansiedad. Mejora el 29,4%. Las diferencias medias de TA postintervención son significativas:TAS mejora en 10,76 mmHG (desv.típica 7,83),TAD mejora en 6,35 mmHG(desv.típica 3,46).El grado de control de la HTA mejora un 35,34% llegando casi al 90% de buen control. Al evaluar en plan de cuidados, encontramos según NOC: Control del síntoma: 160811(Refiere control de los síntomas) mejora 1 punto en 29% de pacientes Control de la ansiedad: 140217 mejora el 47%,el 140215, mejora en el 29%. Calidad de vida: 2000001Satisfacción con el grado de salud y 200011 satisfacción con el estado de ánimo general, mejoran 1 punto en el 23,5 %.
4. DISCUSIÓN
Encontramos un grupo de hipertensos,en su mayoría mujeres de 40 a65 años con un marcado grado de ansiedad. La TA mejora un 35%, consiguiendo un buen control en casi el 90% del grupo. No se ha podido establecer una relación estadísticamente significativa entre ansiedad y control de TA, pero se aprecia un mayor control de la ansiedad en pacientes sometidos a esta terapia, por lo que el efecto de la musicoterapia sobre la ansiedad ha sido efectiva, reflejándose en la evaluación de los NOC, que nos indican mejoría, sobretodo en el control de la respuesta de ansiedad que mejora casi en el 50% y en los diferentes test de ansiedad. Podemos afirmar que la musicoterapia ha sido efectiva en este grupo como tratamiento complementario de la HTA en pacientes con un grado de ansiedad superior al de la media.
A pesar de la imposibilidad de relacionar ansiedad y TA por el tamaño de la muestra, es evidente que tanto una como otra mejoran después de intervenir con musicoterapia, lo que hace pensar en esta intervención como un buen aliado en el cuidado de los pacientes hipertensos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.Coca A, De la Sierra A. Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso. Barcelona: Editorial Médica JIMS, SL; 2002.
2. Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The 1984 Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Arch Int Med 1988;148:1023-38.
3. Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-V). Arch Int Med 1993;153:154-83.
4. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. 2ªEdición. Assumpta rigol Cuadra, Mercedes Ugalde Apalategui. Ed. Elsevier Doymar, SL, 2001
5. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). McCloskey Joanne C. Ed. Elsevier. 2004
6. Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial Rev cubana med v.43 n.2-3 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2004
7. Crespo, N; Rubio, V.J.; Casado, M.I. y Campo, C. (2005). Influencia sobre los niveles de presión arterial de una intervención conductual y educativa dirigida al control de estrés y la modificación de hábitos de una muestra de hipertensos. Ansiedad y Estrés, 11 (1), 27- 36
8.Influencia sobre los niveles de presión arterial de una intervención conductual y educativa dirigida al control del estrés y la modificación de hábitos de una muestra de hipertensos
9. Roca-Cusachs A, Badia X, Dalfó A, Gascón G, Abellán J, Lahoz R et al. en nombre del grupo MINICHAL. Relación entre variables clínicas y terapéuticas y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial. Estudio MINICHAL Med Clin
10. Revista cubana de psicología versión impresa ISSN 0257-4322.Rev. cuba. psicol. v.20 n.1 La Habana 2003. La musicoterapia: un nuevo enfrentamiento al estrés y la hipertensión arterial. Lic. Eridel Peraza Chil; Dr. Dionisio F. Zaldívar Pérez
11. Estrés mental como factor de desarrollo de hipertensión arterial. P. Armario, R. Hernández del Rey y M. C. Almendros Rivas. Unidad de HTA y Riesgo Cardiovascular. C. S. de la Cruz Roja en Cataluña. H de la Cruz Roja L'Hospitalet.Barcelona
12. Música para la reducción de la ansiedad y del estrés en pacientes con cardiopatías coronarias Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com

POSTER 97

AUTORES/AUTHORS:
Jesús David Pastor Rodríguez, Fátima Cervilla Acha, Francisco José Robles Madrid, Carmen Carrión Cervantes, Encarnación Serrano Matás, M. Pilar Aparicio Laparra, Consuelo Ros Guardiola, Mª del Mar Pastor Bravo, Guadalupe Ruiz Merino

TÍTULO/TITLE:
NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PADRES DE NEONATOS INGRESADOS

INTRODUCCIÓN
Son necesarios 9 meses de gestación para que el neonato se desarrolle, así como para que los padres realicen la adaptación psicológica a la nueva situación. Por tanto, el nacimiento prematuro interrumpe el proceso de "anidación psicobiológica" de los padres y el neonato. El recién nacido también necesita ese tiempo para madurar biológicamente y encontrarse en condiciones de poder sobrevivir fuera del útero. Por lo tanto, el nacer antes de este período, encuentra tanto a los padres como al bebé no preparados y se crea un estado de vulnerabilidad somática y psíquica en el niño, la madre y el padre. Ésta puede agravarse por la situación de ingreso del niño en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) (1).
Además de los recién nacidos prematuros, en la unidad de Neonatología también ingresan neonatos nacidos a término desde el servicio de Maternidad, Urgencias y hospitales comarcales. Se trata de neonatos que desarrollan procesos infecciosos, convulsivos o quirúrgicos que dan la cara pasado un tiempo después del nacimiento.
Los padres que esperaban tener un hijo sano se deben enfrentar de repente a una situación de crisis para la que no están preparados. Por un lado deben asumir la posibilidad real del fallecimiento de su hijo o las posibles secuelas secundarias y, por otro lado, deben hacer frente al ingreso hospitalario, donde se les va a privar del vínculo deseado durante largo tiempo al tener a sus hijos rodeados de alta tecnología que va a posibilitar la recuperación de los mismos, pero que, a su vez, va a impedir el contacto deseado.
OBJETIVOS
Explorar los síntomas de ansiedad y depresión que pueden aparecer en los padres de neonatos ingresados y analizar su relación con características de los padres y del recién nacido.
MÉTODO
Estudio descriptivo sobre una muestra de 47 padres de niños ingresados en la unidad de Neonatología del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia. La recogida de datos tuvo lugar durante la primera semana de ingreso. Se confeccionó una encuesta autoaplicada de elaboración propia compuesta por tres partes: variables sociodemográficas de los progenitores, variables clínicas del bebé y síntomas de ansiedad y depresión medidos con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Para el análisis de datos se utilizó el paquete informático SPSS 15.
El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), consta de 2 escalas con 20 ítems cada una y evalúa el nivel de ansiedad habitual (Rasgo) y en el momento (Estado) (2). El Inventario de Depresión de Beck (BDI) consta de 21 ítems que evalúan aspectos motores, fisiológicos y cognitivos de la depresión (3, 4).
RESULTADOS
Se analizaron los síntomas de ansiedad y depresión de los padres en relación a factores como sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral, nivel de ingresos, número de hijos, tipo de concepción y parto, abortos previos, motivo de ingreso del bebé y conocimiento previo del servicio, con el fin de conocer el estado anímico de los padres, definir un perfil orientativo de las personas más vulnerables y detectar personas susceptibles de una intervención psicológica para atenuar dichos síntomas. Todo ello con el fin de elaborar un plan de intervención para reducir el malestar de los padres.
Sin embargo, los resultados no expresaron diferencias significativas para dichas variables, salvo en el caso de progenitores con trabajo fijo e ingresos mensuales superiores a 2000 euros que mostraron una tendencia a un menor aumento de la puntuación Ansiedad Estado(A/E) en comparación al resto de padres; y en los casos de nacimiento por cesárea programada, con menor A/E que en los partos instrumentalizados y las cesáreas urgentes. Se ha excluido la variable nacionalidad dada la escasa participación del colectivo de inmigrantes. A pesar de estar disponible, apenas se ha ofertado el servicio de psicología clínica a los padres.
DISCUSIÓN
Aunque las puntuaciones medias en las escalas de ansiedad y depresión obtenidas en nuestro estudio no reflejan la presencia de sintomatología "grave" en nuestra muestra, un análisis de las puntuaciones caso por caso revela que algunos sujetos obtienen puntuaciones elevadas.

No aparecen diferencias significativas en función del género, aunque los resultados de otros estudios sugieren que las mujeres tienen niveles más altos de ansiedad y depresión que los hombres. Es posible que el reducido tamaño muestral limite los resultados obtenidos; por tanto, deben ser analizados con cautela a la hora de generalizar los resultados para otras muestras de padres. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: La valoración de los padres debe formar parte del plan de cuidados. En Neonatología nuestro cliente no es sólo el recién nacido, sino la diada padres-bebé. Es necesario detectar la sintomatología ansiosa y depresiva en los mismos, promoviendo intervenciones (Ej. Grupos de padres, técnicas de relajación…) que permitan reducir la intensidad de dichas reacciones o derivar a los padres al servicio de psicología clínica en los casos con sintomatología más grave.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ruiz AL. El bebé prematuro y sus padres. [Tesis doctoral]. Universidad del Salvador. Buenos Aires. Miño y Dávila Editores; 2004.
2. Saavedra Suarez G. “Ansiedad”. Monografias.com [serie en internet]. [acceso 20 de Mayo de 2012]. Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos59/la-ansiedad/la-ansiedad2.shtml
3. González M, Herrero M, Viña CM, Ibáñez I y Peñate W. “El modelo tripartito: relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo”. Rev. latinoam. psicol. 2004; 36(2):289-304.
4. Beck A, Brown G, Epstein N y Steer, RA. “Beck Anxiety Inventory”. [acceso 3 de Febrero de 2012]. Disponible en: http://www.unavarra.es/personal/egarrido/documentos/docencia/test/beck2.pdf

POSTER 100

AUTORES/AUTHORS:
Francisco Javier Pérez Rivas, Ana Vos Arenillas

TÍTULO/TITLE:
"Cuidate-Cuidale": Seminario que integra la metodología del aprendizaje basado en la experiencia y el proceso enfermero

OBJETIVOS
Las enfermedades crónicas no transmisibles causan la mayor carga de enfermedad (morbilidad, mortalidad…) a nivel nacional. En este tipo de enfermedades se identifican una serie de factores de riesgo cuya eliminación, modificación o mantenimiento hacen variar la frecuencia de aparición de estas enfermedades
Objetivo: Identificar y modificar en los alumnos de la Escuela de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid factores de riesgo (FR) de enfermedades crónicas (EC), aplicando una metodología del aprendizaje basado en la experiencia y sustentado en la utilización del proceso enfermero.
MÉTODO
Ámbito: Escuela Universitaria de Enfermería
Diseño: Estudio descriptivo
Sujetos: Alumnos matriculados en la asignatura de Enfermería Comunitaria I (2º de grado): 233
Variables: Peso, Talla, IMC, Cooximetría (Monóxido de Carbono en aire exhalado), Tensión Arterial sistólica y diastólica
Instrumentalización:
1.-Realización en Enero/2012 de los seminarios "Cuidate-Cuidale":
- Identificación de FR de EC: consumo de tabaco (cooximetria > 6 ppm); exceso de peso (IMC>25) o TA elevada (TA > 140/90)
- Los alumnos que presentan alguno de los FR señalados seleccionan 1 o 2 compañeros que ejercen como 'enfermeros de referencia' y son los responsables de realizar el plan de cuidados (PC).
- Objetivos propuestos: Los alumnos fumadores dejarán de fumar y los que presentan sobrepeso u obesidad disminuirán 3 kg de peso. Aquellos grupos que logran cumplir los objetivos incrementan su nota un 15 %.
2.- En Mayo/2012 los alumnos presentan su PC ejecutado y se realiza la evaluación del cumplimento de objetivos, realizando una medición del peso y otra cooximetría.
Análisis de datos: Para variables cuantitativas se calcularon las medias y las desviaciones típicas; en las cualitativas los porcentajes y su intervalo de confianza (IC). Para la comparación de medias se utilizó la T de Student y para la de proporciones la X2. La significación fue del 0,05. Cálculos realizados con EPIDAT 3.1.
RESULTADOS
El 19,3 % de los alumnos (45) fumaba; 6 alumnos (2,57%) presentaban obesidad y 22 sobrepeso (9,44%). Se identificaron 11 alumnos (4,7%) con cifras de TA > 140/90 y 2 alumnas con bajo peso (IMC < de 17) que fueron derivados a su centro de salud para valoración y seguimiento por su médico y enfermera de familia.
De los 63 alumnos que presentaban un FR de EC, 15 (23.8%) decidieron iniciar un PC para modificar su estilo de vida: 6 para intentar dejar de fumar (13,3% del total de fumadores) y 9 de los que presentaban sobrepeso/obesidad (32.1%). Estos 15 alumnos contaron con la ayuda de otros 32 alumnos que ejercieron como "enfermeros de referencia".
De los 6 alumnos fumadores, 4 consiguieron el objetivo de dejar de fumar a los 4 meses (66,7 %).
El 100% de los alumnos que realizaron el PC para disminuir de peso (9), alcanzaron el objetivo planteado, alcanzando un promedio de disminución de 5,4 kg ($p<0,05$).
DISCUSIÓN
La utilización de la metodología de 'aprender haciendo' ha resultado efectiva, produciendo un doble beneficio: modificación de estilos de vida de los alumnos con factores de riesgo de patologías crónicas y aprendizaje 'probablemente inolvidable' de todos los alumnos que han participado en el seminario de como a través de la aplicación del proceso enfermero se pueden modificar hábitos de vida inadecuados.
Esta experiencia de aprendizaje probablemente haya incrementado las competencias de todos los alumnos para poder abordar estos problemas de cuidados en su futura práctica asistencial como enfermeros profesionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- CARBALLO, R. (2005). Guia para profesores: aprender haciendo. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: http://www.aldebaran8.com/gie/ice.pdf

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia para la nutrición, actividad física, prevención de la obesidad (NAOS). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: http://www.aesa.msc.es/aesa/web/AESA.jsp

- Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Guía de actuación en situación de sobrepeso.2ª ed. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo. SERMAS; 2009.

- Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Guía práctica para dejar de fumar. Dejar e fumar es ganar vida. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo. SERMAS; 2009.

- Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) y Comité Nacional para la prevención del tabaquismo. Se puede dejar de fumar. Claves para conseguirlo. Madrid: MSC; 2005.

- Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Guía de apoyo para el abordaje del tabaquismo. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo. SERMAS; 2005.

POSTER 102

AUTORES/AUTHORS:
ANTONIO JESÚS RAMOS MORCILLO, SERAFÍN FERNÁNDEZ SALAZAR, ASCENSIÓN ESTEPA TORRES, JOSÉ CARLOS BELLIDO VALLEJO, JUANA MARÍA GRANERO MOYA, BENITO LUIS PÉREZ PÉREZ, JOSÉ CERDÁN ZORRILLA, FRANCISCO JIMENA PÉREZ, EVA MARÍA CARRANZA MIRANDA

TÍTULO/TITLE:
Análisis de una iniciativa colaborativa a través de Internet para visibilizar los Cuidados de Enfermería: 24h24p.

Objetivos
Conocer la opinión de profesionales de la salud, pacientes y cuidadores acerca de los cuidados de enfermería.

Método

Estudio cualitativo de tipo fenomenológico en el que se analizaron los contenidos publicados en el Blog “Cuidando.es” (1) el día 20 de febrero de 2011, dentro de una iniciativa colaborativa para visibilizar los cuidados de enfermería.

Los contenidos fueron publicados por 24 personas con diferentes perfiles profesionales: enfermeras (con diferentes roles, clínicos, gestores, investigadores y docentes) otros profesionales de la salud (psicóloga, economista, celador), dos cuidadores, y un paciente. Cinco de estas personas, también era autores de un blog y tenían presencia activa en redes sociales.

Se realizó un análisis de contenido de todas las publicaciones con apoyo del Software NVivo 8. Se partió de 3 categorías básicas: percepción de los cuidados, imagen de las enfermeras y estrategias contra la invisibilidad. En el proceso de análisis se asignaron fragmentos de texto a las categorías. Posteriormente, se trianguló la codificación. En aquellos párrafos donde se encontró codificaciones distintas, 3 miembros del equipo de investigación buscaron el consenso.

Resultados

Las opiniones de las personas que participaron en esta iniciativa giran en torno a dos cuestiones: la imagen que tienen las enfermeras de si mismas y ante la sociedad y por otro, las estrategias a seguir para luchar contra la visibilidad de los cuidados.

Existen aspectos de la imagen que se perciben desde un punto de vista negativo, asociados a la falta de autonomía, autoridad, falta de líderes dentro de la profesión y conductas asociadas al servilismo dentro del equipo de salud.

Respecto de las estrategias para conseguir visibilizar los cuidados, los discursos se enfocan a la personalización y humanización del cuidado, desarrollo profesional, investigación, uso de las nuevas tecnologías y adecuada comunicación de las intervenciones que realizan las enfermeras.

Discusión

La dualidad entre el pasado y el futuro de la profesión está presente en todos los discursos. Podemos decir lo mismo acerca de la dualidad de las amenazas y oportunidades de la profesión.

La imagen que las enfermeras tienen de sí mismas y la que perciben el resto de personas que participaron en esta iniciativa coincide con la que se presenta en la literatura (2)

Se reconoce como un valor esencial los aspectos humanos, sin embargo dicho aspecto no se traduce como un valor científico-técnico por parte de las personas cuidadas.

Conclusiones e Implicaciones para la práctica.

La potencia de Internet y las herramientas que nos ofrece debe ser aprovechada por las enfermeras, no solo como fuente de acceso y difusión del conocimiento, sino como un medio para visibilizar los cuidados de enfermería ante la sociedad y la comunidad científica (3).

De igual manera, en el futuro se debería continuar investigando el impacto de las iniciativas colaborativas a través de Internet, de tal manera que pueda ser evaluado el alcance de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo AJ. Cuidando.es [Internet] España 2010. 24h-24p. [Consultado el 18 de Mayo de 2011] Disponible en: http://www.cuidando.es/24h24p-2012
2. Calvo Calvo, Manuel Ángel. Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. Index de Enfermería [Internet]. 2011; 20(3) [citado 8 Sep 2012]. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/v20n3/0184.php

3. Ramos Morcillo, Antonio Jesús; Fernández Salazar, Serafín. El blog: una herramienta para visibilizar y mejorar los Cuidados de Enfermería. Evidentia [Internet]. 2011 abr-jun [citado 8 Sep 2012]; [8(34). Disponible en: http://www.indexf.com/evidentia/n34/ev3400.php

POSTER 103

AUTORES/AUTHORS:
Francisco José Robles Madrid, Jesús David Pastor Rodríguez, Fátima Cervilla Acha, Carmen Carrión Cervantes, Pilar Aparicio Laparra, Encarni Serrano Matás, Mª del Mar Pastor Bravo, Guadalupe Ruiz Merino

TÍTULO/TITLE:
TRASLADO INTERHOSPITALARIO DEL NEONATO CRÍTICO

INTRODUCCIÓN
La Región de Murcia cuenta con un total de 6 hospitales públicos y 2 privados con maternidad (1). El hospital de referencia regional en lo referido a cuidados intensivos neonatales es el Hospital Virgen de la Arrixaca, que dispone de una UCI Neonatal de nivel III C (2) con 16 puestos, ampliables a 19, con lo que puede tratar a todo tipo de neonatos. Actualmente, el límite de viabilidad se encuentra en 23 semanas de gestación. Por tanto, cuando se produce un parto prematuro o a término con problemas en los hospitales comarcales o privados, éstos deben poner en marcha el protocolo regional de traslado neonatal.

Es importante tener en cuenta, que el mejor traslado neonatal es aquel que se realiza intraútero (3), es decir, antes de que se produzca el nacimiento, ya que se ha visto que la morbi-mortalidad es mayor en los neonatos trasladados extraútero (4).

El hospital comarcal debe ponerse en contacto con el hospital de referencia con el fin de conocer si hay disponibilidad de camas en la UCI, ya que si no se dispone de ellas, deben contactar con los hospitales de las provincias limítrofes que cuenten con UCI. Una vez aceptado el traslado, se procede a la activación de la UME especializada en transporte neonatal, que viene al hospital de referencia a recoger la incubadora de transporte, que la UCI Neonatal debe tener preparada en todo momento, y se dirigen al hospital comarcal a recoger al neonato. Actualmente, la Región de Murcia cuenta con 2 UMES para transporte neonatal situadas en puntos estratégicos para optimizar el tiempo de traslado.

OBJETIVOS
1. Evaluar el estado en el que llegan los neonatos trasladados por el equipo regional de transporte neonatal de Murcia dependiente de la gerencia del 061 al hospital de referencia (H. Virgen de la Arrixaca)
2. Promover la estabilidad del neonato desde la salida del hospital hasta la recepción del mismo.

MÉTODO
Estudio descriptivo en el que se han revisado un total de 110 historias clínicas de los niños recepcionados en nuestro hospital durante los años 2010 (64) y 2011 (46), centrándonos en la hoja de traslado del 061. Para los datos sociodemográficos y gestacionales hemos utilizado el informe de ingreso del pediatra. Para el análisis de datos se utilizó el paquete informático SPSS 15.

RESULTADOS
El principal hospital emisor ha sido el H. Rafael Méndez de Lorca (36.4%), siendo la patología (21.8%) y el motivo de traslado (23.6%) más frecuente el distrés respiratorio, seguido de la prematuridad (13.6%). Por sexos, los varones (60.9%) son los que más se trasladan. Por origen, el 76.4% son españoles, el 12.7% sudamericanos y árabes un 6.4%. A nivel respiratorio, un 43.6% vienen intubados, un 23.6% con CPAP y un 12.7 % con O2 ambiente. Respecto al acceso vascular, un 57.27% eran portadores de vía central, el 7.2% vía central venosa de acceso periférico y en ambos casos junto con vías periféricas. Necesitaban drogas vasoactivas un 24.5% y el 30% estaban sedados. Respecto a los drenajes, el 39.1% llevaban sonda gástrica y el 2.7% sonda vesical. El 50.9% de los niños fueron trasladados en las primeras 24 horas de vida, el 10.9% durante el segundo día de vida y el 11.8% el tercer día de vida.

DISCUSIÓN
El equipo de transporte sanitario (constituido por un médico generalista, un enfermero, un técnico de trasporte sanitario y un conductor), formado en traslado neonatal, se debe encontrar al neonato en el hospital emisor en situación de estabilidad respiratoria, hemodinámica, térmica, metabólica, hidroelectrolítica y neurológica, siendo imprescindible un acceso venoso central o periférico según la gravedad del niño. En este sentido es de destacar que se han recibido traslados sin acceso venoso, con el riesgo de sufrir alguna complicación durante el traslado. Se aconseja para el transporte ampliar los criterios de intubación, asegurar una correcta fijación del tubo endotraqueal y mantener la permeabilidad de la vía aérea en todo momento, junto a una monitorización adecuada.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA
La valoración del neonato crítico desde la salida del hospital comarcal es básica para que el traslado se realice de manera

adecuada, siendo éste el responsable de su estabilidad. El equipo de traslado debe mantenerla hasta llegar al hospital de referencia, siendo capaces de actuar en caso de complicaciones que puedan surgir. Para ello es básica una formación multidisciplinar de este equipo, que les dote de los conocimientos y habilidades necesarios para identificar y manejar las posibles complicaciones, de modo que llegue a su destino en las mejores condiciones de estabilidad posibles. Por ello, se ha creado el curso de “Transporte neonatal crítico”, impartido por pediatras y enfermeros de la UCI Neonatal del Hospital universitario Virgen de la Arrixaca, donde se hace hincapié en el manejo respiratorio, monitorización, estabilidad hemodinámica, patologías, el gran prematuro, etc., de modo que sean capaces de actuar de forma autónoma ante cualquier cambio en la situación del niño. Este curso se organiza a través de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS) y consta de 25 horas teórico-prácticas (5).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Atención al parto y nacimiento. Consejería de sanidad y política social de la Región de Murcia. [acceso 22 de Julio de 2012]. Disponible en: www.murciasalud.es/recursos/ficheros/242134-atencionparto.pdf
2. Blanco Bravo A, Alomar Ribes MT, Esqué Ruiz JR, Fernández Lorenzo J, Figueras Aloy J y García-Alix A. Niveles asistencial y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. An Pediatr (Barc). 2004; 60(1): 56-64.Morillo A, Thió M, Alarcón A, Esqué MT. Transporte neonatal. Protocolos AEPED. [acceso 22 de Julio de 2012. Actualizado en 2008]. Disponible en: www.aeped.es/sites/default/files/documentos/1_1.pdf
3. Chien L, Whyte R, Aziz K, Thiessen P, Matthew D, Lee SK. Improved outcome of preterm infants when delivered in tertiary care centers. Ostetrics & Gynecology 2001; vol.98, Nº 2;247-252
4. Transporte neonatal crítico. Fundación para la formación e investigación sanitarias de la Región de Murcia (FFIS). [acceso el 23 de julio de 2012]. Disponible en: www.ffis.es/formación_061/mostrarcurso.php?id=31&of=1

POSTER 104

AUTORES/AUTHORS:

Mª Aurora Rodríguez Borrego, Cristina Clapes Roldan, Dolores Guerra Martín, Mercedes Jaén Toro, Dolores Roldan Prieto, Caridad Dios Guerra, Felipe Lopez Hurtado

TÍTULO/TITLE:

Dificultades en la adquisición de la competencia CT3 de la titulación Graduado en Enfermería.

OBJETIVOS: Identificar las principales dificultades en la adquisición de la competencia CT3 de la titulación Graduado en Enfermería. METODOLOGÍA: Estudio de evaluación. Ámbito: Facultad de Enfermería y Hospital de tercer nivel. Sujetos de estudio: alumnos de 2º Curso de Grado en Enfermería. C/A 2011/2012, distribuidos en Grupo 1 y Grupo 2. Variables: conocimiento del Proceso Enfermero y Aplicación del cuidado. Intervenciones: Casos clínicos, Talleres e Interacciones personales en ámbito clínico. Instrumentos de recogida de datos: Cuestionario de Incidencias Críticas, portafolio, planilla de evaluación del alumno de su período de prácticas clínicas. Procedimiento: 4 valoraciones realizadas al alumnado durante el curso académico, a partir de dos asignaturas Cuidados Básicos y Practicum I. Análisis descriptivo y de contenido; la tabla de análisis consistió en cuestionario autoelaborado que recogía de manera detallada definición y componentes de las variables indicadas. Medidas: likert de 5 ítems (muy deficiente, deficiente, suficiente, bien y muy bien) RESULTADOS: Los datos van referidos al periodo de desarrollo de la asignatura Practicum I, que permitió a los alumnos poner en práctica sus competencias. Participaron 118 (95.9%) alumnos frente al 89.5% y 79.7% de diciembre y enero. Valoración: Disminuye el nº de participantes que sólo menciona la recogida de datos (Deficiente: 81.36%), y un claro aumento en aquellos que además hacen referencia a un Modelo o al de V. Henderson (Suficiente: 7,63%; Bien: 6,78%). Diagnóstico: El 53.39% se sitúa en la medida “Deficiente”. Se mantiene el nº de alumnos con dificultad para la asimilación del concepto Diagnóstico (Muy deficiente: 29.66%), aunque existe un aumento del 6.25% en el Grupo 2 que define la taxonomía NANDA plasmando la etiqueta, factores y manifestaciones frente al 0% de los cuestionarios anteriores. Planificación: La mayoría (83.90%) menciona algo parecido a un plan (Deficiente). Todos tienen un concepto acertado. A diferencia de los meses anteriores existe un aumento del nº de alumnos que hablan sobre los resultados esperados, intervenciones, actividades y la priorización (Bien: 1.85%). Ejecución: El 96.61% de los participantes hablan sólo sobre la realización de las intervenciones programadas (Deficiente). El resto se encuentra repartido en los ítems “Suficiente” y “Bien” (2,54% y 0,85% respectivamente). Evaluación: Existe un reparto casi equitativo entre las medidas Deficiente (consecución de los objetivos) y Suficiente (valoración de la situación y comparación con los objetivos propuestos) (47,46% y 46,61%). Sólo 3,39% de los alumnos no contestan o el concepto es erróneo. DISCUSIÓN: Se observa una clara progresión en la asimilación de las fases que integran el Proceso Enfermero y por lo tanto en la adquisición y desarrollo de las competencias; pero también se aprecia cierta dificultad para definir el concepto Diagnóstico. IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA: es evidente que un plan de cuidados eficaz y eficiente ha de basarse en juicios certeros; por lo que los datos obtenidos impelen a introducir acciones en la formación de los futuros enfermeros que fortalezcan la capacidad de emitir juicios. Formación que luego repercutirá en su futura actuación como profesional enfermero.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- GONZALEZ, J y WAGENARR, R. (coordinadores). (2003). Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final. Fase Uno. Bilbao: Universidad de Deusto.
- GERMAN, B. (2004). Tuning. Sintonía enfermera para el espacio europeo de educación superior. Revista ROL de Enfermería, 27(10), 49-56.

POSTER 105

AUTORES/AUTHORS:
Laura Rodríguez Olalla, José Antonio Muela Martínez, María José Campos Pinel, Antonio García Mancera, Ana Contreras Rodríguez, Juan Torres Martí

TÍTULO/TITLE:
Aspectos emocionales, en obesas, que controlan o reducen ansiedad postparto tras un programa de educación nutricional

OBJETIVOS

Identificar si existen diferencias emocionales entre las pacientes que han controlado o reducido su ansiedad después del parto y aquellas que la han incrementado.

METODOLOGÍA

Participan 28 mujeres con IMC superior a 35(1), que asistieron en 2011 a un programa de educación nutricional (2) ,impartido en 6 sesiones (las 4 primeras quincenales y las dos restantes mensuales), de una hora de duración, de forma grupal y durante el embarazo. Con este programa, las mujeres, adquieren conocimientos, habilidades y actitudes para controlar su peso (3) y pudiendo así disminuir las complicaciones que puedan derivar de su sobrepeso, tanto maternas como fetales (4,). Las pacientes solicitaron a los 2 meses del parto derivación al Servicio de Nutrición.
Se evaluaron variables emocionales: depresión (Inventario de Depresión de Beck(5) (6) o BDI ansiedad durante el embarazo y tras el parto (Escala de Ansiedad en Gestantes de Alto Riesgo o EDAEGAR (7)), manejo de estrés y número de situaciones estresantes (8) (Inventario de Situaciones Potencialmente Estresantes (9), o ISPE), apoyo social (Escala de Apoyo Social (10)o SSA-R), además de otras variables clínicas y sociodemográficas evaluadas por una entrevista y otros controles clínicos: mantenimiento de hábitos sanos (control de peso, ejercicio físico, continuación plan de alimentación, peso antes, durante y después del parto, edad, nivel de estudios, etc.). Se formaron dos grupos: mujeres que mantienen o mejoran su ansiedad (puntuación de la diferencia de la EDAEGAR pre y post parto) con (N=17, y las que empeoran su ansiedad tras parto (N=11)
Los datos se analizan mediante el programa estadístico SPSS15.0 por medio de t de Student para muestras independientes (en el caso de comparaciones entre grupos de variables continuas) y de la razón de verosimilitud para relacionar variables categoriales entre sí.

RESULTADOS

No existen diferencias entre los dos grupos en: Edad, nivel cultural, actividad laboral, IMC pregestacional, ni en el momento de la evaluación. Existen diferencias estadísticamente significativas en aumento del IMC al finalizar la gestación (las que aumentan su ansiedad, tienen IMC superior a las que la disminuyen). Sin embargo, esas diferencias desparecen cuando se compara el IMC dos meses tras el parto.
Hay diferencias en las variables emocionales: depresión, manejo del estrés y número de situaciones estresantes, siendo el grupo de mujeres las que empeoran su ansiedad el que peor puntuaciones obtiene en estas variables. No se han encontrado diferencias entre los grupos en Apoyo social.
No existen diferencias entre los grupos en la práctica de ejercicio, control de peso o cuidados de alimentación.

DISCUSIÓN

Siendo grupos homogéneos en variables relevantes sociodemográficas como edad, nivel educativo, o actividad laboral, puede considerarse que las diferencias encontradas sólo pueden deberse a la única variable en la que difieren: su capacidad para controlar o no la ansiedad que sufren tras el parto. Las mujeres que no han podido hacerlo presentan mayor depresión, manejan peor el estrés y se enfrentan a más situaciones estresantes.
Aunque las mujeres que controlan su ansiedad tras el parto mostraron menor IMC post parto que las mujeres que aumentan su ansiedad, esta mejora fue de corta duración, pues, dos meses después, esas diferencias entre los grupos en IMC habían

desaparecido. Es decir, parece que el control de la ansiedad se relaciona con una menor depresión y un mejor manejo del estrés, sin embargo, no con un cambio ponderal a largo plazo. Al no haber diferencias entre los grupos en apoyo social, se desconoce si este factor hubiese sido decisivo a la hora de conseguir un mayor control del peso en estas mujeres. En el futuro, los programas de educación nutricional, deberían tener todo esto en cuenta e incluir entre sus componentes habilidades para manejar la ansiedad en estas mujeres así como estrategias para que disminuyan su depresión y aumenten su manejo de ansiedad. Como línea de investigación futura propondríamos estudiar si, un mayor apoyo social puede favorecer el control del peso en esta población.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

1 Quiles Izquierdo J, Pérez Rodrigo C, Serra Majón LL, Román B, Aranceta J. Situación de la obesidad en España y estrategias de intervención. Rev Española de Nutrición Comunitaria 2008,; 14 (3): 142-149

2 Rodriguez Olalla L. Programa de Educación Nutricional en gestantes obesas realizado en la consulta de embarazos de alto riesgo obstétrico del hospital materno infantil de Jaén. Revista Inquietudes del Complejo Hospitalario de Jaén.Volumen, nº42. Enero-Junio 2010

3 Bimbela Piedrota J.L; Gorrotxategi Larrea M. Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente. El caso de la diabetes. Escuela andaluza de salud pública. 2001.

4 Gómez M, Maroto G, Lujan M, Rodriguez MJ y Zamarriego Crespo J. Macrosomia fetal: Diagnóstico prenatal, factores de riesgo y patología asociada. Toco-Gine. Practica, 1997, 56, 4 (159-162).

5 Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of general psychiatry, 4, 461-571

6 Conde, V. y Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. Revista de psiquiatría y psicología médica, 12(4), 217-236.

7 Muela Martínez JA, García-León A, Rodríguez Olalla L .Construcción y validación de un instrumento para evaluar la ansiedad en gestantes de alto riesgo. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica 2003, 15, 93-105

8 Davis Martha, Matthew Mckay, Elezabeth R. Eshelman. Técnicas de autocontrol emocional. Martínez Roca 1982

9 Muela, J.A, Torres,C.J. y Peláez, E. (2002). Nuevo instrumento de evaluación de situaciones potencialmente estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer. Analse de Psicología, 18, 319-331.

10 Sherer, M. y Adams, C.H. (1983). Construct validation of tne self-efficacy scale. Psychological Reports, 53, 899-902.

POSTER 106

AUTORES/AUTHORS:
Javier Rodríguez Tello, Joaquín Moya Biosca, Ana Conesa Ros, Gregorio Tomás Forné, Josefina Chica Arellano, María del Mar García López, María Dolores Meroño Rivera

TÍTULO/TITLE:
Evaluación del impacto de una intervención en el tiempo de diagnóstico anatomopatológico de muestras quirúrgicas

1. Objetivo
Reducir el tiempo entre la extracción de las muestras quirúrgicas y su diagnóstico anatomopatológico definitivo en el Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena (HGUSL), actuando sobre los eventos adversos que pueden retrasar el diagnóstico.

2. Método
Estudio descriptivo transversal pre y post realización de una intervención para reducir los eventos adversos que pueden retrasar el diagnóstico en el Servicio de Anatomía Patológica (APA).
En ambas mediciones se evaluaron las siguientes 10 variables cuyo incumplimiento las caracterizaba como efectos adversos que retrasaban el diagnóstico:
1. Identificación de la muestra
2. Petición de estudio
3. Envío de biopsias no frescas en formol
4. Envío de biopsias intraoperatorias sin formol
5. Envío de piezas quirúrgicas sin formol
6. Envío de muestras fijadas en el mismo turno en que se extrae
7. Envío inmediato de muestras sin fijar
8. Depósito de las muestras con fijador en el lugar asignado
9. Entrega en mano de las muestras en fresco al personal del APA
10. Procesado de la muestra en APA.

Del total de muestras quirúrgicas que precisan estudio anatomopatológico en el HGUSL se seleccionaron, por conveniencia todas las muestras, según orden de recepción, hasta alcanzar el tamaño que permitiera recoger datos de 60 muestras por cada variable estudiada.
Los datos fueron registrados y clasificados en un formulario creado ad hoc, mediante criterios de cumplimiento e incumplimiento de las variables, por una única persona, trabajador del APA, no requiriéndose evaluación de concordancia interobservador.
El análisis cuantitativo se realizó mediante frecuencias y porcentajes con un intervalo de confianza del 95% y comparando proporciones pre y post intervención con la prueba Z.

A partir de los resultados de la 1ª evaluación se elaboraron estrategias para mejorar los resultados, consistentes en el refuerzo de la correcta realización de las actividades necesarias para enviar, de forma segura, las muestras al APA, mediante reuniones y carteles informativos y consiguiendo la plena implicación de las direcciones médica y enfermera del HGUSL.

3. Resultados
La primera evaluación reveló que el 83’33% de los eventos adversos que podían retrasar el diagnóstico se repartían en 5 variables, siendo las más prioritarias la cumplimentación de la petición electrónica del estudio anatomopatológico y la correcta identificación de la muestra por su importancia en el proceso de diagnóstico y emisión de resultados.
Observándolos de forma general, los datos arrojados por la primera evaluación podían considerarse como aceptables, ya que sólo 3 de las variables se cumplían en menos del 80%, registrando mayor incumplimiento el envío de las muestras fijadas al Servicio de Anatomía Patológica en el mismo turno en que habían sido recogidas (61’66 ± 12’03%).
Tras la intervención se observa un importante incremento de los cumplimientos de las variables, alcanzando el 100% en 5 de ellas. En otras 3 no se alcanzó significación estadística y, se registró un ligero descenso del cumplimiento en el envío correcto de biopsias intraoperatorias (100% en la evaluación preintervención).

Destaca la reducción de efectos adversos, con cumplimientos del 100% en la identificación de la muestra, el envío de piezas quirúrgicas y muestras fijadas en el turno de la extracción, todas con significación estadística p<0'001 y con cumplimientos del 95% ±5,51 en la petición de estudio, el 93,33% ±6'31 en el procesado de muestras y el 100% en el depósito de las muestras fijadas en el lugar asignado, todas con p<0'05.

La intervención consiguió una reducción de los eventos adversos en un 86'67%.
El tiempo de diagnóstico, en el total de muestras quirúrgicas procesadas por el APA del HGUSL en los periodos estudiados, se redujo de una media de 7'414 días a 5'285 días tras la intervención según datos del programa PADWin utilizado en APA.

4. Discusión
La intervención específica, diseñada para reducir los efectos adversos que retrasan el diagnóstico quirúrgico (evitables en un 90% según el estudio ENEAS del Ministerio de Sanidad) es efectiva y aumenta la seguridad del paciente quirúrgico en la práctica. El pequeño tamaño de la muestra no permite extrapolar los resultados a otros ámbitos, sin embargo sí pueden considerarse fiables en relación a nuestro marco muestral, como refleja la reducción del tiempo de diagnóstico anatomopatológico post intervención.
La simplicidad y el bajo coste de las intervenciones realizadas permiten la replicación en otros centros siempre y cuando se adecue a las características propias de cada servicio.
Los resultados abren nuevas líneas de investigación sobre una posible reducción de la estancia hospitalaria y sus costes y el tiempo hasta la instauración del tratamiento adecuado en relación con la reducción del tiempo de diagnóstico anatomopatológico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización: ENEAS 2005. Madrid. Centro de Publicaciones de la Secretaría General Técnica; 2006

GUTIÉRREZ-FERNÁNDEZ R, FERNÁNDEZ-MARTÍN J. Seguridad quirúrgica en el sistema de salud Español. Revista CONAMED. 2010; 15(4): 188-194

ZOHAR E, NOGA Y, DAVIDSON E, KANTOR M, FREDMAN B. Perioperative Patient Safety: Correct Patient, Correct Surgery, Correct Side – A Multifaceted Cross Organizational, Interventional Study. Anesthesia & Analgesia. 2007; 105(2): 443-447

MICHEL P, ARANAZ JM, LIMÓN R, REQUENA J. Siguiendo la pista de los efectos adversos: cómo detectarlos. Rev Calidad Asistencial. 2005; 20:204-210.

COOPER K. Error and error rates in surgical pathology: an Association of Directors of Anatomic and Surgical Pathology survey. Arch Pathol Lab Med. 2006; 130(5): 607–609

SMITH M, RAAB S. Assessment of Latent Factors contributing to error. Addressing surgical Pathology error wisely. Arch Pathol Lab Med. 2011; 135: 1436-1440

RENSHAW A. Measuring and reporting errors in surgical pathology: Lessons from ginecologyc cytology. Am J Clin Pathol. 2001; 115: 338-341

TROXEL D. Medicolegal aspects of error in pathology. Arch Pathol Lab Med. 2006; 130: 617-619

TAYLOR S, RIDGELY MS, GREENBERG M, SORBERO M, TELEKI S, DAMBERG CH, et al. Experiences of Agency for Healthcare Research and Quality-Funded Projects that implemented practices for safer patient care. Health Services Research. 2009; 44(2.2): 665-683

POSTER 108

AUTORES/AUTHORS:
Luisa Ruano Casado, Carmen Martos Jiménez, Mª Luisa Ballestar Tarín

TÍTULO/TITLE:
La co-evaluación como estrategia de aprendizaje en el grado de enfermería

Introducción:
Actualmente se están produciendo importantes trasformaciones sociales y por tanto, cambios en la Educación Superior, de hecho en los últimos años estamos asistiendo a numerosos transformaciones en la docencia, tal y como se observa en el aumento de publicaciones que hacen referencia a las experiencias en las aulas universitarias. Los docentes hemos de apostar por un aprendizaje centrado en el alumnado, ya no nos sirven las clásicas clases magistrales, tenemos que ser creativos, innovadores. Dentro de la innovación el profesorado de Enfermería Comunitaria nos planteamos como una estrategia, importante y necesaria, de innovación "La evaluación", (Ruano, L. y Ballestar, M.L. (2009). Considerando que no sólo podemos utilizar el criterio de las pruebas más tradicionales, pruebas objetivas y /o escritas para evaluar al estudiantado, debemos de involucrar a estos en los procedimientos de evaluación del aprendizaje, convirtiéndose estos en juez y parte del proceso de evaluación (Gessa, A. 2011). Estas estrategias nos van a permitir valorar la adquisición por parte del alumnado de las competencias establecidas en el grado de Enfermería, han de desarrollarse con un marcado carácter pedagógico, que ofrezca la respuesta adecuada a una educación centrada en la adquisición de competencias profesionales (Navarro, I.J. y González, C. 2010)
Diseñando tareas que deben de ser ante todo una práctica reflexiva propia del docente, un control de calidad sobre lo que se hace para tomar decisiones que facilite la mejora del aprendizaje. La coevaluación puede facilitar el desarrollo de competencias como el pensamiento crítico, la formulación de preguntas y la búsqueda de información.

La evaluación entre iguales, autoevaluación, evaluación por pares y coevaluación (Gessa, A. 2011), puede entenderse como una forma específica de aprendizaje colaborativo en el que los aprendices realizan una valoración sobre el proceso o producto de aprendizaje de todos o algún estudiante o grupo de estudiantes (Ibarra, M.S., Rodríguez, G y Gómez, M.A., 2012).

El llevar a la práctica esta modalidad de evaluación supone ciertas dificultades de organización, de conceptualización, institucional, (Ruano, L. y Ballestar, M. L., 2011; Ibarra, M.S, Rodríguez, G. y Gómez, M.A., 2012) y un aspecto importante la fiabilidad y validez de la evaluación entre iguales, siendo uno de los grandes focos de interés (Ibarra, M.S., Rodríguez, G. y Gómez, M.A., 2012; Marín, 2009).
Por tanto, nuestra pretensión, siguiendo a Sánchez (2011) es diseñar una actividad y una estrategia evaluadora que garantice que las puntuaciones de alumnado y profesorado sean lo suficientemente similares como para tenerlas en cuenta en la evaluación de la asignatura.

Objetivos: El objetivo es presentar una propuesta de aprendizaje basada en la co-evaluación en la asignatura de Enfermería Comunitaria en la Universidad de Valencia, así como analizar si hay diferencias significativas en las calificaciones dadas por el alumnado y las asignadas por el profesorado, utilizando para ello criterios de evaluación normalizados.
Metodología: Se diseñó un estudio transversal que se realizó en la Facultad de Enfermería (Universidad de Valencia) en la asignatura de Enfermería Comunitaria (curso 2011-2012). Los 240 estudiantes matriculados se dividieron en 8 subgrupos de 30 alumnos, seleccionándose al azar 6 equipos de cada uno. El trabajo consistía en la planificación de un proyecto de promoción-educación para la salud que se elaboró después de 5 sesiones prácticas presenciales. Cada trabajo fue evaluado anónimamente por uno de los grupos del alumnado y por el profesorado. Previamente se elaboró un cuestionario con los criterios cualitativos de evaluación.
Resultados: En el proyecto participaron 230 alumnos (95,8% de los matriculados). La puntuación media asignada a cada trabajo por el alumnado fue de 1,5 sobre un máximo de 2 puntos, siendo la media igual a la otorgada por el profesorado. Sin embargo, la variabilidad de las puntuaciones fue mayor entre el alumnado (error estándar de 0,18) que entre los profesores (0,14). En el 80% de los casos las diferencias en las puntuaciones medias fue menor de 0,2 y sólo en tres casos la diferencia fue mayor de 0,4.
Discusión: De la comparación entre sus puntuaciones y las del profesorado se puede concluir que existe una alta relación entre ambas. No se aprecian diferencias significativas, por lo que se podrían tener en cuenta en la evaluación final (Sánchez, J. 2011).

No se ha encontrado diferencias significativas en las puntuaciones medias asignadas por el alumnado y el profesorado. La elaboración previa de un cuestionario con criterios claros ha facilitado la evaluación y ha contribuido, al menos en parte, a disminuir la variabilidad en la asignación de calificaciones. Desde el punto de vista educativo, esta estrategia de evaluación favorece la comunicación y colaboración entre el alumnado y docentes.

Agradecimientos:
Esta investigación surge del proyecto ACETICE “Aprendizaje cooperativo y evaluación entre iguales en entornos virtuales de Enfermería (29/FO11/10)”. Obtenido en Resolución convocatoria proyectos innovación educativa 2011/2012. Vicerrectorado de cultura, igualdad y Planificación de la Universidad de Valencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía
- Gessa Perera, A. (2011). La coevaluación como metodología complementaria de la evaluación del aprendizaje. Análisis y reflexión en las aulas universitarias. Revista de Educación, 354, 749-764.

- Ibarra Saiz, M. S., Rodríguez Gómez, G. y Gómez Ruiz, M. A. (2012). La evaluación entre iguales: beneficios y estrategias para su práctica en La universidad Revista de Educación, 359, 184-204.
- Marín Garcia, J.A. (2009). Los alumnos y los profesores como evaluadores. Aplicación a la calificación de presentaciones orales. Revista Española de Pedagogía, 242, 79-98.

- Navarro Soria, I.J. y González Gómez, C. (2010). La autoevaluación y la evaluación entre iguales como estrategia para el desarrollo de competencias profesionales: una experiencia docente en el grado de maestro. Revista de Docencia Universitaria, 8 (1) 187-200.
- Ruano Casado, L. y Ballestar Tarín, M.L. (2009). Guía didáctica de Enfermería Comunitaria. Departamento de Enfermería. Universidad de Valencia.
- Ruano Casado, L y Ballestar Tarín, M. L. (2011). Desarrollo de competencias transversales en enfermería comunitaria a través de la evaluación entre iguales. III Congreso Internacional. La autogestión del Aprendizaje, UNIVEST. Girona, Juny de 2011. España.
- Sánchez Rodríguez, J.; Ruiz Palmero, J. y Sánchez Rivas, E. (2011). Análisis comparativo de evaluación entre pares con la del profesorado. Un caso práctico. Revista Docencia e Investigación, 21, 11-24.

POSTER 112

AUTORES/AUTHORS:
Daniel Silva, Ana Gomes, Ana Nóbrega, Carla Caprichoso, Catarina Ramos, Cláudia Fernandes, Cristiana Pina, Fabiana Saraiva, Mónica Vidal

TÍTULO/TITLE:
INTELIGENCIA EMOCIONAL Y LOGRO EDUCATIVO DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN CLÍNICA

Introducción: - Durante la enseñanza clínica, los estudiantes de enfermería enfrentan a múltiples y variadas situaciones que ponen a prueba su rendimiento y su capacidad para gestionar y superar los sentimientos, a menudo contradictorios. En la práctica, los requisitos de los servicios y asesoramiento, el miedo al fracaso y la necesidad de lidiar con la muerte y la enfermedad son algunos de los aspectos que preocupan a los estudiantes de enfermería. El éxito en la educación clínica es un tema de gran interés para los estudiantes y profesores, por lo tanto es importante entender los factores que pueden influir en el rendimiento y éxito de los estudiantes en este contexto.

Objetivos: Este estudio trata de identificar cómo la inteligencia emocional se relaciona con el éxito en la enseñanza clínica de los estudiantes de enfermería de la Escuela Superior de Salud de Viseu - Portugal.

Metodología: La recolección de datos se hizo en Septiembre de 2011, en una muestra de 287 estudiantes y el tipo de estudio se caracteriza como un análisis cuantitativo, no experimental, descriptivo y de correlación, de corte transversal. Se utilizó un cuestionario de caracterización socio-demográfica y una escala de calificación de la Inteligencia Emocional escrito por Rego y Fernandes (2005)

Resultados: El género, estado civil, tiempo de viaje a la universidad y el hecho de tener beca, no influyen en el éxito de los alumnos. Hemos encontrado que la edad y el semestre que los estudiantes asisten, influye en los resultados escolares. En relación a la inteligencia emocional con la media de clasificaciones en la asignatura de formación clínica, se observa que existen correlaciones positivas y significativas en los factores de "empatía y contagio emocional" (p = 0,027), "comprensión de las causas de sus propias emociones" (p = 0,003), "estímulo a sí mismo "(p = 0,000), y en "la comprensión de las emociones de los demás "(p = 0,006), es decir, con el aumento en estos factores de Inteligencia Emocional, las clasificaciones de los estudiantes en enseñanza clínica también han aumentado.

Conclusión: Los resultados de este estudio plantea la cuestión acerca de la implementación de estrategias que permitan a los estudiantes a desarrollar la inteligencia emocional de modo a mejorar el éxito académico en general, y en particular la enseñanza clínica.

Palabras clave: Educación clínica, éxito escolar, inteligencia emocional, estudiantes de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ângelo, I. (2007). Medição da Inteligência emocional e a sua relação com o sucesso escolar. Lisboa: Dissertação de Mestrado em educação, Universidade de Lisboa, Faculdade Ciências do Departamento de Educação. Consultado a 30/12/2011 em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1288/1/19243_ulfcC091279_tm_tesefinal.pdf.
Costa, A. (2009). Inteligência emocional e assertividade nos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Escola Superior de Educação de Beja. Beja, Portugal.
Ferreira, S. (2008). Primeiro Ensino Clínico na perspetiva do estudante: das expectativas à prática. Dissertação de Mestrado, Departamento de Didática e Tecnologia Educativa, Universidade de Aveiro (UA), Aveiro, Portugal.
Gardner, H. (1995). Inteligências múltiplas. A teoria na prática. Porto Alegre:Artes Médicas
Goleman, D. (2001). Inteligência Emocional. 10ª ed., Lisboa: Atividades Editoriais, Ldª. Temas e Debates.
Macedo, Ana (2004). Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto atividade formativa em contexto hospitalar. In Atas do V Congresse Português de Sociologia – Sociedades contemporâneas: Reflexividade e ação. Universidade do Minho, Braga.

Machado, P. et al. (2008). Relações entre o conhecimento das emoções, as competências académicas, as competências sociais e a aceitação entre pares. Análise Psicológica. Série XXVI, n.º 3, 463-478.
Parker, J. et al. (2006). Emotional Intelligence and student retention: Predicting the successful transition from high school to university. Personality and Individual Differences 41 (7), 1329-1336. Consultado a 30 dezembro 2011 de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019188690600208X>.
Rego, A. & Fernandes, C. (2005). Inteligência emocional: Contributos adicionais para a validação de um instrumento de medida. Psicologia, vol. 19, n.º 1-2, 139-167.
Silva, M. (2010). A inteligência emocional como fator determinante nas relações interpessoais - Emoções, Expressões Corporais e Tomadas de Decisão. Dissertação de mestrado em gestão / MBA, Universidade Aberta. Lisboa, Portugal.
Silva, D. & Silva, E. (2004). O ensino clínico na formação em enfermagem. Millenium 30. Consultado 30 dezembro de 2011, em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/8.pdf>.

POSTER 113

AUTORES/AUTHORS:
Daniel Silva, Aurélie Figueiredo, Carla Almeida, Marta Oliveira, Patrícia Aguiar, Paula Carvalho, Sérgio Oliveira, Silvia Santos, Telma Reis

TÍTULO/TITLE:
VULNERABILIDAD AL ESTRÉS Y EL ÉXITO DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN - Lo éxito en la universidad supone una gran variedad de factores, algunos relacionados con el alumno y su entorno, otros relacionadas con la escuela y el sistema educativo. Más allá del desafío de la afirmación y el desarrollo de las tareas propias, inherentes a la etapa de su ciclo de vida, la entrada en la educación superior implica una transición al cual se enfrenta el estudiante, con un nuevo espacio institucional, nuevos retos y exigencias, tanto académicas como de carácter personal, relacional y/o social. Estos hechos pueden llevar al desarrollo de altos niveles de ansiedad y el estrés que interfieren con el aprendizaje de los estudiantes.

OBJETIVO – Comprender si la vulnerabilidad al estrés influye en el éxito/fracaso de los estudiantes de enfermería.

MÉTODOS - Se realizó un estudio de observación cuantitativa (no experimental) de carácter transversal, con análisis descriptivo y correlacional, en una muestra de 287 estudiantes de la carrera de enfermería. Hemos utilizado un cuestionario que incluyó la caracterización socio-demográficas, académica y una escala de la vulnerabilidad al estrés (Serra, 2000) con 23 puntos y siete factores.

RESULTADOS – Las edades de los estudiantes se situaban entre los 18 y 39 años, donde 14,3% son hombres y los restantes 85,7% eran mujeres. Hemos encontrado que la edad es estadísticamente significativa con el éxito en la carrera. Hemos encontrado que las variables sexo, estado civil, becas, residencia en tiempo de las clases y el tiempo de viaje a la universidad, no influyen en el éxito/fracaso de los estudiantes. En relación con el rendimiento académico (nota final de la teoría), la vulnerabilidad al estrés a mostrado una correlación positiva y significativa en el factor de "Dramatización de la existencia" ($p = 0,04$) y una correlación negativa y significativa en el factor de "Sometimiento" ($p = 0,01$). La clasificación en la enseñanza clínica también presentan una correlación negativa y significativa en el factor de la "Inhibición y dependencia funcional" ($p = 0,05$), es decir, cuanto mayor sea la inhibición y dependencia funcional, menor es el clasificación en enseñanza clínica.

CONCLUSIÓN - El estrés cuando sentido de forma intensa interfiere con los procesos cognitivos y emocionales, dificultando al estudiante la comprensión de las relaciones de causa-efecto y la posibilidad de seleccionar la alternativa más adecuada para una determinada decisión. En este estudio se a verificado que son diferentes los factores de escala de vulnerabilidad al estrés que interfieren con el éxito de los estudiantes durante la enseñanza teórica y los que interfieren con el aprendizaje en la enseñanza de la práctica clínica.

PALABRAS CLAVE: Éxito y fracaso en la universidad, vulnerabilidad al estrés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Amaral, A.,& Silva, C. (2008). Estado de saúde, stress e desempenho académico numa amostra de estudantes do ensino superior. Revista Portuguesa de pedagogia, 42(1), 112-113.
Claudino, J. & Cordeiro, R. (2006). Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem: o caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre. Millenium, 32, 197-210. Consultado a 17 Outubro 2011, em http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/15.pdf>.
Custódio, S., & Pereira A. (2009). Stress e estratégias de cooping dos estudantes de enfermagem em ensino clínico. In Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia (pp. 4670-4683). Braga: Universidade do Minho,
Figueira, C. & Pinto, A. (2005). Stress e coping nos estudantes do ensino superior. Lisboa: [n.d]. Mestrado em Psicologia Social, apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: A 23 QVS. Psiquiatria Clínica, 279-308.
Smedley. A. (2007). The self-directed learning readiness of first year bachelor of nursing students. Journal of Research in Nursing, 12373-12385.

POSTER 115

AUTORES/AUTHORS:
JUAN JOSÉ SUÁREZ SÁNCHEZ, JESÚS MANUEL QUINTERO FEBLES, CANDELARIA DE LA MERCED DÍAZ GONZÁLEZ, JUAN PABLO SAMPER MÉNDEZ, CRISTINA MORALES CABRERA, DANIEL MARTÍN SARMIENTO GÓMEZ

TÍTULO/TITLE:
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS ALTERACIONES RESPIRATORIAS EN FUMADORES ADULTOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

2. OBJETIVOS GENERALES:

2.1.- Diagnosticar la existencia del Patrón Disfuncional mediante una Espirometría Forzada en pacientes adultos que consumen tabaco desde Atención Primaria.

2.2.-Verificar la eficacia de un Patrón Disfuncional respiratorio en pacientes fumadores aplicando el Test COPD-PS y la prueba de Espirometría Forzada desde Atención Primaria.

3.- MÉTODO:
3.1 ÁMBITO: Fumadores adscrito a la Zona Básica de Salud de Ingenio (Gran Canaria).
3.2.- DISEÑO: Estudio Epidemiológico Ecológico, clasificado con el tipo de Estudio Ecológico Descriptivo de carácter Retrospectiva (1 año) y según el momento es Transversal.
3.3.- SUJETOS / PARTICIPANTES 76 usuarios con Diagnóstico de Fumador y con valor en la Encuesta de COPD-PS de 4 puntos o superior, se les derivó para realizarse la prueba funcional respiratoria de Espirometría Forzada desde Febrero de 2011 a Febrero 2012.
3.4.- LAS VARIABLES DEL ESTUDIO:
Entorno: Temperatura de la Habitación. Presión Ambiental. Humedad.
Fumadores:: Edad.Sexo.Talla y Peso.Í (IMC).Fase del Fumador. Cigarros/día.Años de Consumo.
Prueba Funcional: Espirometría Forzada, (FEV1),(FVC) y FEV1/FVC.
Patrones: Normal, Patrón Obstructivo, Patrón No Obstructivo, Patrón Mixto.
Referente a la Gravedad (FEV1).Gravedad: Leve.Moderada.Grave.Muy Grave. (escala GOLD).
Test: Prueba Broncodilatadora Positiva y Negativa.
3.5.- RECOPILACIÓN DE LOS DATOS.
El enfoque metodológico que hemos utilizado en el diseño del estudio de Investigación se ha realizado con una perspectiva donde se integren el método de Aprendizaje: Ver, Juzgar y Actuar (VJA), de este manera, en el estudio se dividirá en tres fases de actuación:
1a Fase (VER): En esta fase se valorará la Historia Clínica (HC) del paciente seleccionado, observando los datos que aporta su H.C. en relación a la encuesta realizada COPD-6, excluyendo aquellos pacientes fumadores que no lleguen a 4 puntos, y por otro lado, observar las causas por las cuales se solicita la interconsulta de espirometría forzada.
2a Fase (ACTUAR): En esta fase se programan a los pacientes para realizarle la prueba funcional de espirometría, test broncodilatador. Inicialmente se les dará información y conocimientos tanto en el manejo del espirómetro como en sus resultados posteriores, por otro lado, en el periodo de broncodilatación (15 – 20 minutos).
3a Fase (Juzgar): Aquí revisaremos la información obtenida tanto de la Historia Clínica, como de la prueba funcional de la espirometría y de los cuestionarios individualizados para luego, compararlos y analizar los resultados para conseguir propuestas de mejoras y líneas de acción.
3.6.- ANÁLISIS DE DATOS. Se trata de un Estudio con alto componente analítico porcentual, intentando estudiar la existencia de asociaciones entre las diferentes variables.

4.- RESULTADOS DE LA MUESTRA.
EL 75% de los Fumadores presentó un patrón Respiratorio Disfuncional, siendo el Patrón Obstructivo con un 44% el mayor porcentaje. El Patrón mixto sólo se presentó en aquellos fumadores que llevaban más de 20 años fumando.

La Prueba Boncodilatadora obtuvo un 16% de los fumadores y el estado de Gravedad Moderada con un 56%, estados Grave y Muy Grave obtuvimos en grupos de 20 años en adelante. La Fase de Contemplación Crónica fue la más observada en un 46%.

Las Pruebas Funcionales como Espirometrías, hace que el perfil de la Enfermería progrese y proyecta avance en la Especialidad Comunitaria. La Viabilidad del Trabajo propone nuevos recursos, tecnologías y formación a la Atención Primaria.

6.- DISCUSIÓN.
Hipótesis. H1.- “La utilización de la Encuesta COPD-PS con un resultado de 4 puntos o mayor y asociado a una Espirometría Forzada en Fumadores con más de 5 años de consumo diagnostica en un 75% una probable alteración del Patrón Respiratorio”. H2.- “En Atención Primaria sólo se emplea la prueba Funcional de Espirometría para verificar el diagnóstico de Asma - EPOC y actualizar tratamientos con adultos fumadores en un 10%”. H3. “La Alteración más probable en los Fumadores con más de 5 años de consumo es el Patrón Obstructivo con Respuesta Negativa a la Broncodilatación”.

Destacamos. D1.- Alteración en el Patrón Respiratorio ocasionada por el consumo de tabaco con un 75%.
D2.- La Alteración Respiratoria más frecuente ha sido el Patrón Obstructivo 44% y
D3.- Existe una relación entre el consumo de tabaco y el diagnóstico diferencial del Patrón Mixto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.- Burgos, F. (2011). La espirometría forzada de calidad en atención primaria, impacto en el tratamiento de la EPOC. Archivos De Bronconeumología: Organo Oficial De La Sociedad Española De Neumología y Cirugía Torácica SEPAR y La Asociación Latinoamericana De Tórax (ALAT), 47(5), 224-225.

2.- Burgos, F. (2011). La espirometría forzada de calidad en atención primaria, impacto en el tratamiento de la EPOC. Archivos De Bronconeumología: Organo Oficial De La Sociedad Española De Neumología y Cirugía Torácica SEPAR y La Asociación Latinoamericana De Tórax (ALAT), 47(5), 224-225.

3.- Ciria Mallada, C., Clotet Solsona, J., Gómez, X., & Albalad, J. M. (2004). La espirometría es un buen método para la detección y el seguimiento de la EPOC en fumadores de alto riesgo en atención primaria. Archivos De Bronconeumología: Organo Oficial De La Sociedad Española De Neumología y Cirugía Torácica SEPAR y La Asociación Latinoamericana De Tórax (ALAT), 40(4), 155-159.

4.- Ciria Mallada, C., Clotet Solsona, J., Gómez, X., & Albalad, J. M. (2004). La espirometría es un buen método para la detección y el seguimiento de la EPOC en fumadores de alto riesgo en atención primaria. Archivos De Bronconeumología: Organo Oficial De La Sociedad Española De Neumología y Cirugía Torácica SEPAR y La Asociación Latinoamericana De Tórax (ALAT), 40(4), 155-159.

5.- Granell, J., Granell, J., Ruiz, D., & Tapias del Pozo, J. A. (2011). El estudio de instrumentos de viento se ascocia con un patrón obstructivo en la espirometría de adolescentes con buena capacidad de resistencia aeróbica. Atención Primaria: Publicación Oficial De La Sociedad Española De Familia y Comunitaria, 43(3), 134-139.

6.- Hueto Pérez de Heredia, J. (2006). La espirometría en atención primaria en navarra. Archivos De Bronconeumología: Organo Oficial De La Sociedad Española De Neumología y Cirugía Torácica SEPAR y La Asociación Latinoamericana De Tórax (ALAT),

42(7), 326-331.
6.- Hueto Pérez de Heredia, J. (2006). La espirometría en atención primaria en navarra. Archivos De Bronconeumología: Organo Oficial De La Sociedad Española De Neumología y Cirugía Torácica SEPAR y La Asociación Latinoamericana De Tórax (ALAT), 42(7), 326-331.

POSTER 116

AUTORES/AUTHORS:
Joana Rodrigo, Rosa Suñer, Mercè Salvat, Ferran Díaz, Martha Kazimierczak, Verónica Cruz, Mercedes Cepeda, Marta Bagot, Joaquín Serena

TÍTULO/TITLE:
Aplicación de la evidencia en la práctica enfermera: Evaluación y evolución de la disfagia en los pacientes con ictus

Objetivos-. Estudiar la evaluación y evolución de la disfagia en pacientes diagnosticados de ictus agudo y su evolución durante el ingreso.
Material y métodos-. Estudio descriptivo y prospectivo de una muestra de 596 pacientes con ictus agudo, ingresados consecutivamente en la Unidad de Ictus del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona desde enero de 2010 hasta diciembre de 2011. Se han estudiado variables sociodemográficas, deterioro neurológico, evaluación inicial de la disfagia, tipo de alimentación y evolución de los pacientes.
Resultados-. Los pacientes presentaban una edad media de 67,5 años (DE 13,2), el 61,9 % eran hombres. Las mujeres tenían mayor edad de forma significativa (69,2 versus 66,4) (p=0,01) y mayor déficit neurológico y funcional al ingreso y al alta, pero sin llegar a ser significativo. Se evaluó la deglución en el 97% de los pacientes, detectando disfagia en el 20,2% de los pacientes al ingreso. 65 pacientes presentaban disfagia total (12,6%) y 39 (7,6%) disfagia parcial en la primera valoración de enfermería.
Los pacientes con disfagia presentaron mayor deterioro funcional previo al ictus y mayor deterioro neurológico durante el ingreso de forma significativa. El 65,4% de los pacientes con disfagia total recibieron nutrición enteral en las primeras 48 horas de ingreso. Se observó que los pacientes con disfagia presentaban una temperatura máxima a las 72 horas superior en relación a los pacientes sin disfagia (37.5ºC versus 37º)(p=0.000).
Respecto a las complicaciones relacionadas, el 8,2% de la muestra total presentaron complicaciones respiratorias e infecciosas (broncoaspiración y/o neumonías), que fueron presentes en cinco de cada diez pacientes con disfagia total (p=0,000). La mortalidad de la muestra total fue del 9,1%, siendo mayor en los pacientes con disfagia total al ingreso, respecto a los que no mostraron alteraciones en la deglución al ingresar (75% versus 25%) (p=0,000).
Discusión-. La disfagia afecta a una elevada proporción de pacientes con ictus agudo y se asocia a peor pronóstico y aumento de la mortalidad. La disfagia incrementa como mínimo tres veces el riesgo de neumonía en el ictus, aumentando aún más este riesgo en los pacientes más dependientes y con presencia de broncoaspiración (1,2). De acuerdo con los hallazgos de la literatura, los resultados del presente estudio también indican que los pacientes con disfagia presentaron elevada morbilidad y mortalidad (1,3,4). En el presente estudio se confirma que la implementación de un programa sistemático de diagnostico reduce el riesgo de neumonía, ya que se ha observado una incidencia de neumonía menor a las publicadas recientemente en la literatura (5).
Implicaciones para la práctica clínica-.La evidencia de más de veinte años ha señalado que cuidar a las personas con ictus agudo en unidades de ictus con equipos multidisciplinares que trabajan con guías de práctica clínica y protocolos de cuidados con la mejor evidencia disponible son efectivas y eficientes (6,7,8). En este sentido, las recomendaciones consisten sobre todo en evaluar precozmente la función deglutoria, en las primeras 24h de ingreso y previamente a la ingesta oral del paciente, monitorizar esta función durante toda la fase aguda, y adecuar la alimentación y nutrición del paciente considerando su estado general, su estado neurológico y las características de la disfagia (8,9,10).
En nuestra unidad de ictus, la incorporación de la mejor evidencia disponible en los cuidados de enfermería al paciente con disfagia ha reducido considerablemente la incidencia de broncoaspiración y neumonía en los pacientes con ictus agudo, aunque siguen siendo complicaciones hospitalarias frecuentes y graves. Los resultados descritos ahondan por continuar con la mejora de la calidad de los cuidados del paciente con ictus que presentan alteraciones de la deglución, considerando que la vigilancia debe ser no sólo en los primeros días e incorporando la rehabilitación de este trastorno lo antes posible.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. Stroke 2005; 36 (12):2756-63.
2. Ramsey DJ, Smithard DG, Kalra L. Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. Stroke. 2003 May;34(5):1252-7.

3. Gordon C, Hewer RL, Wade DT. Dysphagia in acute stroke. BMJ 1987;295(6595):411-4.
4. Foley NC, Martin RE, Salter KL, Teasell RW. A review of the relationship between dysphagia and malnutrition following stroke. J Rehabil Med. 2009;41(9):707-13.
5. Westendorp WF, Nederkoorn PJ, Vermeij JD, Dijkgraaf MG, van de Beek D. Post-stroke infection: a systematic review and meta-analysis. BMC Neurol. 2011;11:110.
6. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4): CD000197.
7. Fuentes B, Díez-Tejedor E. Stroke units: many questions, some answers. Int J Stroke. 2009;4(1):28-37.
8. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke. Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. Edinburgh: SIGN; 2010. (SIGN publication no. 118).
9. RNAO. Nursing Best Practice Guidelines Program. Stroke Assessment Across the Continuum of Care. [consultado el 10 de diciembre de 2011]. Disponible en: http://rnao.ca/bpg
10. Westergren A. Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. Int Nurs Rev. 2006;53(2):143-9.

POSTER 117

AUTORES/AUTHORS:
Jose Antonio Zafra Agea, Montserrat Carrascós Gómez, Concepció Coma Colom, Angeles Flores Imbernon, Cristina Suarez Valenzuela

TÍTULO/TITLE:
El género como factor determinante en temas de salud en los adolescentes.

Objetivo :
Determinar los temas de salud según genero que más preocupa a los adolescentes y los posibles talleres a realizar según sus necesidades y demandas de salud.

Métodos:

Estudio Descriptivo Multicéntrico de los temas que más preocupan a los adolescentes de segundo ciclo de la ESO, en el curso escolar 2011-12 dentro de un área territorial sanitaria.

El estudio comprende un total de 5 institutos de secundaria distribuidos en 2 municipios.

El Programa “Salut i Escola” nace en octubre de 2004, es un proyecto de los departamentos de Salud y de Educación de la Generalitat de Catalunya; con el objetivo de informar, educar en salud y detectar situaciones de riesgo de los adolescentes.

Recogida de los temas que más preocupan a los alumnos y su propuesta sobre temas de salud según sus inquietudes, para tratar los futuros talleres según sus necesidades de salud.

Las variables recogidas son: sexo, edad, tema que más preocupa y propuesta de talleres por los propios adolescentes.

La recogida de datos se ha realizado a través de un cuestionario autoadministrado y anónimo a un total de 528 alumnos. Análisis estadístico de proporción.

Resultados:

El 48% de los adolescentes son mujeres. Las edades están comprendidas entre 14 y 18 años.

Los temas que más preocupan a los adolescentes según género son los siguientes:

• Hombres: en un 23% la sexualidad, 17% maltrato, 15% alimentación, 13% salud mental, 12% enfermedades comunes, 11% drogas y 9% salud social.

• Mujeres: un 19% maltrato, 17% sexualidad, 16% salud social 13% alimentación, 13% drogas, 12% enfermedades comunes y en un 10% salud mental.

Los talleres propuestos por los propios alumnos según sus inquietudes a realizar en un futuro son:

• Hombres: en un 22% la sexualidad, 17% drogas, 12% maltrato, 10% orientación en los estudios-laboral, 8% salud mental, 8% ordenador- video juegos, 7% alimentación, 6% salud social, 5% enfermedades comunes, y en un 5% economía (crisis).

• Mujeres: un 25% sexualidad, 16% drogas, 10% maltrato, 10% enfermedades comunes, 10% orientación en los estudios-laboral, 9%

alimentación, 8% salud social, 7% salud mental, 4% economía (crisis) y en un 1% ordenador- video juegos.

Discusión:

Observamos que las demandas de talleres que solicitan los adolescentes son incoherentes según su grado de preocupación. La demanda de talleres propuestos coinciden chicos y chicas, en sexualidad, drogas y maltrato como primeras opciones.

Los temas que más preocupan son la sexualidad y el maltrato, y destaca la prioridad de preocupación en salud social en mujeres en contra de la última prioridad de salud social del Hombre. Posiblemente podría estar determinado por la diferencia de concepto sobre la sexualidad según el género.

Se han detectado inquietudes en los adolescentes que nos ayudan a decidir con más precisión los futuros talleres a tratar en cada instituto y la coordinación con otros profesionales para su realización.

Proponemos la participación de forma activa de los propios adolescentes en la elaboración de los futuros talleres, convirtiéndose, ellos mismos, en agentes activos de su propia salud, con el fin de mejorar los conocimientos y disminuir conductas de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Anón, Enfermeria en el programa «Salut i Escola» - Dialnet. Available at: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2753815 [Accedido junio 15, 2012a].
2. Anón, Gaceta Sanitaria - Desigualdades en salud en Cataluña: ¿realmente en la agenda política? Available at: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000100017&script=sci_arttext [Accedido junio 15, 2012b].
3. Anón, spa9.pdf. Available at: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfspa/spa9.pdf [Accedido junio 15, 2012c].
4. Borgatti, S. & Collage, B., 2003. Conceptos básicos de redes sociales. En Ponencia presentada en las XXIII Conferencia Internacional de Redes Sociales.
5. Borrell, C. & Benach, J., 2006. La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. Gaceta Sanitaria, 20(5), pp.396–406.
6. Bouché Peris, J.H. et al., 2009. La Antropología de la Educación como disciplinas: proyecto de diseño.
7. Buitrago-Echeverri, M.T. & Santacruz-González, M.L., 2010. Evaluación de efectividad del proyecto 'Cuidando a cuidadores de personas en situación de discapacidad'. Bogotá-segundo semestre de 2007. Revista Ciencias de la Salud, 8(2).
8. Esteban, M.L. & SARE, 2003. Cuidado y salud: costes para la salud de las mujeres y beneficios sociales. Género y cuidados: algunas ideas para la

visibilización, el reconocimiento y la redistribución. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado.
9. Gilligan, C., 1985. La teoría y la moral. Psicología del desarrollo femenino, México: Fondo de Cultura Económica.
10. Gilligan, C. & Utrilla, J.J., 1985. La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino, Fondo de Cultura Económica México.
11. Jimeno, M., 2005. La vocación crítica de la antropología en Latinoamérica. Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología, (001), pp.43–65.
12. Knipper, M., 2009. Antropología y «crisis de la medicina»: el patólog o M. Kuczynski-Godard (1890-1967) y las poblaciones nativa s en Asia Central y Per ú. DyNAMIS, 29, pp.97–121.
13. Lafaurie, M.M. et al., SIGNIFICADOS DE 'LA PAREJA'EN PROYECTOS DE VIDA DE JÓVENES AFECTADOS (AS) POR EL DESPLAZAMIENTO 2007.
14. López de la Vieja de la Torre, M. & others, 2006. Bioética: del cuidado al género. En Bioética y feminismo: estudios multidisciplinares de género. pp. 107–130.
15. Montero, P. & others, 2005. Reflexiones sobre una antropología de las sociedades complejas

POSTER 118

AUTORES/AUTHORS:
Encarnacion M· Zambrano-Dominguez, M· Dolores Guerra-Martin

TÍTULO/TITLE:
Revisiones bibliográficas sobre la formación de los/as cuidadores/as informales.

OBJETIVO
Analizar, describir y caracterizar la formación de los/as cuidadores/as informales de personas mayores dependientes.
MÉTODO
Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura sobre la formación de los/as cuidadores/as informales, extrayendo y recopilando la información relevante y necesaria relacionada con la temática de este estudio, para lo cual, se han buscado los datos en fuentes de información primarias, secundarias y terciarias. Se han manejado tanto las bases de datos nacionales (IME, ISOC y CUIDEN) como internacionales (MEDLINE, SCOPUS y CINHAL). Para las estrategias de búsqueda hemos utilizados los distintos términos relacionados con el tema de estudio, en las bases de datos nacionales han sido los siguientes: enfermer* Y (forma* O educa* O aprend*) Y cuidad* Y (adult* O mayor* O ancian*) Y depend*, limitado desde el año 2005. En las bases de datos internacionales, (caregiv* OR caretak*) AND (educat* OR form* OR learn*) AND dependen*, limitado desde el año 2005 y por la edad a mayores de 65 años.
RESULTADOS
Se ha encontrado 100 artículos que son concordantes con la temática de estudio. En ellos, se exponen que generalmente los/as cuidadores/as informales no disponen de suficientes conocimientos sobre la enfermedad de las personas mayores dependientes a las que cuidan y sobre cómo conservar la autonomía de los mismos. También que las/as cuidadores/as expresan que para cuidar es necesario una buena formación e información. Son los/as mismos/as cuidadores/as los/as que demandan actividades formativas y consejos sobre sus prácticas acerca de cómo proporcionar cuidados más complejos, ya que consideran que el desarrollo de programas de formación es escaso, y que por lo general, satisfacen distintas actividades de la persona cuidada con insuficiente competencia técnica. Además, se detecta que los programas dirigidos a los/as cuidadores/as informales, son beneficiosos para disminuir la sobrecarga mediante la formación e información sobre la enfermedad, los cuidados básicos requeridos por parte de la persona mayor dependiente, consejos y prácticas en relación a la satisfacción de las necesidades.
A continuación se detallan los resultados obtenidos tras la búsqueda bibliográfica en las bases de datos nacionales e internacionales, se presenta tanto la estrategia de búsqueda como los artículos en general (AG) y los artículos concordantes (AC) encontrados que están relacionados con la temática de estudio:
BASES DE DATOS NACIONALES:
• IME: “forma* OR educa* OR aprend*‘‘ AND “adul* OR mayor* OR ancian* OR depend*‘‘ AND "cuidador* ", AC gt "2005“. AG: 32. AC:5.
• ISOC: “forma* OR educa* OR aprend*‘‘ AND “adul* OR mayor* OR ancian* OR depend*‘‘ AND "cuidador* ", AC gt "2005“. AG: 35. AC: 14.
• CUIDEN: "formacion“ AND "cuidador“ AND "informal” Filtros activos: 2005 < fecha > 2012. AG: 62. AC: 20.
BASES DE DATOS INTERNACIONALES:
• MEDLINE: Search (caregiv* OR caretak*) AND (educat* OR form* OR learn*) AND dependen* Filters: Abstract available; published in the last 5 years; Aged: 65+ years. AG: 81. AC: 23.
• SCOPUS: caregiv* OR caretak* AND educat* OR form* OR learn* AND dependen* AND aged PUBYEAR > 2004. AG: 51. AC: 18.
• CINHAL: caregiv* OR caretak* AND educat* OR form* OR learn* AND dependen* Fecha en que se publicó desde: 2005 Aged: 65+ years. AG: 45. AC: 20

DISCUSIÓN
De la revisión de la literatura científica en base a la temática de estudio, se desprende la falta de formación por parte de los/as cuidadores/as informales, estos cuidadores/as refieren no tener ninguna formación en cuidados de personas dependientes.
Por ello, es importante señalar que en la mayoría de la literatura obtenida en la revisión bibliográfica, se destaca la importancia de la formación continuada de los/as cuidadores/as relacionada con conocimientos teórico-prácticos sobre estrategias, habilidades, valores, aptitudes y actitudes para poder aumentar la calidad de vida de ellos/as mismos/as y de las personas mayores

dependientes, por lo que es necesario el desarrollo de programas formativos y guías prácticas, así como una mayor educación sanitaria para estos/as cuidadores/as informales.
El colectivo de enfermería juega un papel muy importante en la mejora de la formación de los/as cuidadores/as informales de personas mayores en situación de dependencia, no solo desde la práctica clínica y comunitaria, sino desde los roles en educación, investigación y política pública.

Implicaciones para la práctica clínica: Este estudio aporta información novedosa sobre la formación de la que disponen los/as cuidadores/as informales, de esta forma, podemos conocer la importancia que tiene el desarrollo de programas de formación con los que se pretende dar respuesta a las necesidades de los/as cuidadores/as informales, y contribuir así, a mejorar la calidad de vida tanto de la persona dependiente cuidada como de los/as cuidadores/as. Esto puede entenderse como una oportunidad de mejora para todos los profesionales de la salud, pero especialmente para el personal de enfermería por ser este colectivo el que está más en contacto, tanto con el/la cuidador/a informal como con la persona mayor en situación de dependencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Huang H, Shyu YL, Chen S, Hsu W. Caregiver self-efficacy for managing behavioural problems of older people with dementia in Taiwan correlates with care receivers' behavioural problems. Journal of Clinical Nursing. 2009; 18(18): 2588-2595
2. Casado-Mejía R, Ruiz-Arias E, Solano-Paré A. Características de la producción científica sobre cuidados familiares prestados por mujeres inmigrantes. Gaceta Sanitaria. 2009; 23(4):335–341.
3. 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. Gaceta Sanitaria. 2008; 22(5):443-450.
4. Regueiro AA, Gómara SM; Ferreiro MC, Pérez-Vázquez, A. El Cuidador Principal de nuestros ancianos dependientes. Salud Rural. 2006; 23 (11): 39-46.
5. Torres MP, Ballesteros E, Sánchez PD. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. Gerokomos. 2008; 19(1).
6. Zabalegui A, Rodríguez E, Ramírez AM, Pulpón, A, López L, Izquierdo MD, Gual P, González-Valentín A, Gallart A, Díaz M, Corrales E, Cabrera E, Bover A. Revisión de evidencias. Cuidados y Cuidadores. Evidentia. 2007; 4(13). Disponible en: http://0-www.index-f.com.fama.us.es/evidentia/n13/291articulo.php
7. Zem-Mascarenhas SH, Barros AC. The domicile care: The vision of the dependent person and the caregiver. Revista electrônica de Enfermagem. 2009;11(1):45-54. Disponible en: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/sumario.htm
8. Bódalo-Lozano E. Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. Portularia. 2010; 10(1): 85-97.
9. Delicado, MV; Alfaro, A; Candel, E;Barnés, A. Family Caregivers: Nurses' Perceptions and Attitudes. Social Medicine.2012; 6(3).
10. Carretero S, Garcés J, Ródenas F, Sanjose V. The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2009; 49(1): 74-79.
11. Mackenzie C.S., Wiprzycka V.J., Hasher L. y Goldstein D. Does expressive writting reduce stress and improve health for family caregivers of older adults? The Gerontologist. 2007, 47 (3), 296-306.
12. Fernande M, Garcia T. Conceptual structure of the Family caregivers of the dependent elderly's tension. Revista Electrônica de Enfermagen. 2009; 11(3):469-76.

POSTER 119

AUTORES/AUTHORS:
Maria Clara Giorio Dutra Kreling, Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta

TÍTULO/TITLE:
Does the suspicion of drugs use influence the administration of opioid analgesic?

1. Objectives:
Compare the conduct of nursing professionals in administering analgesics when there is the suspicion that the patient is a drug user; identify the prevalence of patients with the suspicious of drugs use and knowing the characteristics of patients that nursing professionals consider as indicators of drug use.
2. Method:
Transversal study with patients and nursing professionals (aides and technicians). The study included 507 patients with orthopedics trauma to whom opiod analgesics were prescribed. They were admitted to four hospitals in Londrina, Paraná, Brazil, between February 2011 and 2012. Patients were seen by 199 professionals responsible for administering the medications. Each patient was evaluated by three professionals regarding drug use suspicion. The patient was classified as “suspect” when indicated by at least one of these professionals. The evaluation included 1) amount of opioid analgesics prescribed under the “if necessary” regime and at fixed times; 2) prevalence of patients being suspected of drug use and 3) professionals conduct when dealing with opioid prescriptions in the last 24 hours. The analysis used Chi-square and Mann- White tests at 5% of level of significance.
3.Results:
The prevalence of suspect patients was 6.86%, greater in men ($p<0.036$) and young people ($p<0,001$). When comparing the “group of suspects” with the “group of non-suspects”, the “suspect patients” received more opioids under the “if needed” regime ($p=0.054$) and up to 30% of the possible maximum dosage against 20% for the “non suspects”. There was no difference between “suspects” and “non suspects” regarding the administration of opioid analgesics prescribed as “if necessary”; however, 10% of the dosage was not administered to both groups. Among the interviewed nursing aides and technicians, 75,6% reported that they maintain analgesia with opioid even when there was a suspicion that the patient is a drug user; however, 28,9% said they tried to reduce the dosage in these cases. The patients characteristics most often considered by professionals as suggestive of drug use belonged to the “emotional/physical/social consequences and withdrawal signs” category (70,6%) and insistence by the opioid (55,9%), more than personal appearance (0,0%).
4. Discussion:
The prevalence of suspects was similar to studies performed in emergency departments, suggesting that nursing aides and technicians were careful in estimating suspicion. The results contradict those mentioned in the literature, since they indicate that drug users “suspects” received more opioid analgesics. By accepting the assumption that nursing aides and technicians have identified illicit drug users correctly, the greater number of opioid administration by the “suspects” can be explained based on the behavioral and emotional characteristics of this group: greater restlessness, verbal insistence and perhaps less pain relief, since drug users may develop tolerance to certain drugs.
Whether or not to administer analgesics, especially those with the “if necessary” regime, is an important decision for the nursing staff, since they can contribute to an adequate pain relief, thus the importance of understanding the motivations that lead professionals to take this decision. Whether or not to administer analgesics, especially those with the “if necessary” regime, is an important decision for the nursing staff, since they can contribute to an adequate pain relief, thus the importance of understanding the motivations that lead professionals to take this decision.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
Bourne N. Acute pain management in the opióide-tolerant patient. Nurs Stand. 2010 Nov;25(12):35-9.
Cook L, Sefcik E, Stetina P. Pain management in the addicted population: a case study comparison of prescritive practice. J Addict Nurs. 2004 Jan;15(1):11-4.
Finney L. Nursing care for the patient with co-existing pain and substance misuse: meeting the patient’s needs. Med Surg Nurs. 2010 Jan-Feb;19(1):25-8.

Galicia M, Nogué S, Casañas X, Iglesias ML, Puiguriguer J, Supervía A, Aguirre A, Clemente C, Puente I, Echarte JL, García-Pérez C, Burillo-Putze G, Bernal A,Busca P, Gil E, Mirò Ò. Multicenter assessment of the revisit risk for a further drug-related problem in the emergency department in cocaine users (MARRIED-cocaine study). Clin Toxicol (Phila). 2012 Mar;50(3):176-82.
Haber PS, Demirkol A, Lange K, Murnion B. Management of injecting drug users admitted to hospital. The Lancet. 2009 Oct;374(9697):1284-93.
Hansem GR. The drug-seeking patient in the emergency room. Emerg Med Clin North Am. 2005 May;23(2):349-65.
Hopper JA, Shafi T. Management of the hospitalized injection drug user. Infect Dis Clin North Am. 2002 Sep ;16(3):571-87.
Millard WB. Grounding frequent flyers, not abandoning them: drug seekers in the ED. Ann Emerg Med. 2007 Apr;49(4):481-6.
Morgan BD. Knowing how to play the game: hospitalized substance abusers' strategies for obtaining pain relief. Pain Manag Nurs. 2006 Mar;7(1):31-41.
Parran T. Prescription drug abuse. A question of balance. Med Clin North Am. 1997Jul; 81(4):967-78.
Passik SD, Kirsh KL. Addictions in pain clinics and pain treatment. Ann N Y Acad Sci. 2011 Jan;1216(1):138-43.
Roberts LJ. Managing acute pain in patients with na opioid abuse or dependence disorder. Austr Prescr. 2008 Oct;31(5):133-5,
Rockett IR, Putnam SL, Jia H, Smith GS. Assessing substance abuse treatment need: a statewide hospital emergency department study. Ann Emerg Med. 2003 Jun; 41(6):802-13.

POSTER 120

AUTORES/AUTHORS:
Maria Narcisa Goncalves, Martins Maria Manuela, Kurcgant Paulina

TÍTULO/TITLE:
Building competencies of management in nursing

Background:
The changing profiles of nursing professionals have historically been configured according to the dynamic labor market health, which in turn is influenced in the economic, social and cultural.
The nursing management is primarily responsible for creating, maintaining, and changing the culture and climate, and a positive climate was directly linked to team productivity, retention, job satisfaction and commitment. Although there has been a growing recognition of the critical role of the nurse manager of the first line, the interest in studying nursing manager has diminished in recent years.
The evolution and specificity of the health sector impose their professional knowledge increasingly rigorous mechanisms that explain the increasing difficulties in managing this area of activity both at the macro level and at the level of the various units which lend themselves healthcare.
The skills are the building blocks of job performance and competency models are increasingly being used as the basis of management of human resources.
The increasing competitiveness of organizations requires a search of health professionals with ever more skilled and qualified professionals. The need to increase the skills assistance, management, research and teaching, is gradually incorporates professional skills (Wallick, 2002).

Aim of the study:
The aim of this study is to analyze the competencies expressed by nursing managers. To identify areas of need in learning or administration / management.

Methods:
In this study, we will record the full transcript of the interviews to ensure precisely what was said by the nurse manager. After transcribing the interviews, we have a first reading of all the interviews and then we made the codification and organizing frameworks. We defined categories, subcategories and registration units, which shall order the information.
The speeches made by respondents, will be assessed using the content analysis according to the principles described by Bardin (2009).

Results:
The profiles of the participants were reported to the personal characteristics of respondents categorized by age, gender and education level. Nearly half of respondents (46%) were between the ages of 45-50 years, mainly are female (93%), and half (53%) have a bachelor degree in nursing and a graduate course.
From the analysis of the interviews, the following main categories emerged are: communication, human resource management, facilitate personal development, carry out supervisory responsibilities, conflict management, leadership, management, financial planning, negotiation and quality improvement.
The results give support to the body of knowledge that recognizes the wide range of financial, operational, and clinical responsibilities of human resources manager nursing.

Conclusion:
The date report us, that the nurse manager have a combination of knowledge, attitudes and behaviors that are fluid in his keynote at different types of organizations. Need to build a professional development plan for nursing managers, which is set in and takes technical skills, ethical-political, developmental and communicative dimensions of citizenship into account.
The work environment must be taken into account, such as working papers, job requirements and organizations do not exist independently (Shippman, Ash, Battista et al., 2000).

This study can also serve as a guide for the revision of existing curricula, certification programs, nurse manager accreditation standards, and bring health professionals and educational institutions together to project manager continues nursing certification programs, education and graduate.

The practical relevance:
The practical relevance to encourage nursing manager teamwork in formulating goals and seek new methods of planning work, increase customer satisfaction and staff and improve the quality of care.
To integrate in curricula of Bachelor degrees content of nursing management.

Implications for research:
This study was focused only on the qualitative aspects of the experience of nurse manager who works in central hospitals.
Development of other research projects dealing with management and satisfaction of nurses and nurse managers.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bardin, L.(2009) – Análise De Conteúdo. (3.º ed.) Edições 70, Lisboa. ISBN 9789724415062.

Certil, M. (2006) Gestão e desenvolvimento de competências. Lisboa: Silabo

Dubois, D. & Rothwell, W. (2004). Competency-based human resource management. Palo Alto, CA: Davies-Black.

La Monica, E. (1990) - Management in Healthcare: a Theoretical and Experimental Approach. Springer, NewYork, USA, 1990.

Kurcgant, P.; Gerenciamento em Enfermagem, 2.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 2010.

Shippman, J., et al. (2000). The practice of competency modeling. Personnel Psychology, 53, 703-740.

Spagnol, C.(2005): (Re)pensando a gerência em enfermagem. Ciência & Saúde Colectiva, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 119-127.

The International Council for Nurses –ICN (2003) Standards and Competencies Series: An Implementation Model for the ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse. The International Council for Nurses, Geneva.

Wallick, J. (2002): The relationship between teacher efficacy and student academic outcomes on curriculum-based measures: a dissertation ...; Editor University of the Pacific; 238 p.

POSTER 121

AUTORES/AUTHORS:
Liliana Mota

TÍTULO/TITLE:
The impact of self management skills in the success after liver transplantation

Introduction: According to literature, liver transplantation clients require complex therapeutic regimens to ensure the viability of the transplanted organ and minimize the possibility of rejection.The individual's posture relatively to his self-care has a significant impact on the transplant, by the individual's need to integrate self-care behaviours that lead to the "transplant success". It's essential that nurses recognize the client competence, to manage the therapeutic regimen. The client's competence recognition to manage the treatment regimen allows the nursing care planning adapted to the real client's needs.

Objectives: Describe the level of client competence to manage the therapeutic regimen after liver transplantation; explore the influence of self management skills in the success of liver transplantation.

Methods: The research was based on a quantitative approach, of descritive and transversal type; based on a convenient and non-probabilistic sample, comprised by a hunred individuals, who have undergone liver transplantation for over 6 months. Data collection took place from January 2 to April 30, 2011; in Santo António Hospital (HSA) of Oporto, Portugal. To collect data we create a new form that over sociodemographics and clicical characterization of participants, appraise ther skills to manage the therapeutic regimen. The form has 16 indicators of Nursing Outcomes Classification (NOC)(Moorhead, Johnson, Maas, 2008), an ordinal scale of agreement of Likert (5 points) between semantic differentials ("Strongly Disagree - Strongly Agree").The data was analyzed with SPSS platform.

Results: In the domain of therapeutic regime management, have emerged the following factors: the ability to manage the dietetic and medication regime, the adhesion to the therapeutic regime and the ability and availability to detect complications.The analysis of the values obtained verified a high level of compliance with medication regimen, for the participants. This trend continues in what refers to the "ability to manage the drug regimen" and "detect complications," which has an impact on overall rates of success that the HSA has had within the transplant. Despite the above, is in the management of "dietary" it is possible to detect a significantly lower mean value. The investigation focused on the care and management of therapeutic regimen has been shown that in the field of "food", clients tend to exhibit behaviors consistent with less maintenance and health promotion.

Discussion: The participants have high levels of cognitive skills and abilities to manage their treatment regimen.Participants with greater capabilities to manage the drug regimen have a lower intensity of the qualitative indicators of success.How much greater is the individual's willingness and ability to detect complications, greater is the intensity of their perception of qualitative indicators of success. This brings us to a very important aspect of therapy management, which relates to the "realism" of the evaluations performed and reported by customers.Results are not apparent (general) to correlate significantly the management skills of the therapeutic regimen and intensity of change in the analytical values of liver function (measures of the success of liver transplantation). Regarding to the correlation between the "ability to manage the dietetic regime" and adopt the measures of success, wasn't detected statistically significant results.

In clinical practice, the client's supervision along the process is very important, adapting the nursing interventions to the real needs, having by basis their own characteristics.
Thus it is possible to maintain high levels of adhesion to the therapeutic regimen and therefore a better life quality for clients with lower costs.
In the future it would be appropriate to develop criteria for clinical judgment that would allow to judge about the way of the client's transition, as well as the customers recognition that benefited from a case management program in order to a better management of the people's health needs .

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BACKMAN, K.; HENTINEN, M. - Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. Scand J Caring Sci, 2001. p. 195-202.

BACKMAN, K.; HENTINEN, M. - Model for the self-care of home-dwelling elderly. Journal of Advanced Nursing, 1999. p. 564-572.

BEAN, K. - An exploratory investigation of quality of life in adult liver transplant recipients. Progress in Transplantation, 2005. p. 392-396.

BJORNSSON, E. [et al.] - Long-term follow-up of patients with alcoholic liver disease after liver transplantation in Sweden: Impact of structured management on recidivism. Sacandinavian Journal of Gastroenterology, 2005. p. 206-216.

BUCUVALAS, J. [et al.] - Improving Long-Term Outcomes After Liver Transplantation in Children. American Journal of Transplantation, 2008. p. 2506-2513.

CASANOVAS, T. [et al.] - Adaptación transcultural dl cuestionario específico de calidad de vida para atopatías crónica (LDQOL 1.0) para su uso en la población espãnola. Gastroenterol Hepatol, 2003. p. 234-244.

MARMUR, J., BERGQUIST, A.; STAL, P. - Liver Transplantation of patients with cryptogenic cirrhosis: Clinical characteristics and outcome. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 2010. p. 60-69.

MAZARIEGOS, G. [et al.] - Clinical tolerance following liver transplantation: long term results and future prospects. Transplant Immunology, 2007. p. 114-119.

MELEIS, A. - Theoretical Nursing: development and progress. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

MELEIS, A. [et al.] - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advance in Nursing Science, 2000. p. 12-28.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. - Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Porto Alegre: Artmed, 2008.

MOTA, L. - O perfil de autocuidado dos clientes: exploração da sua influência no sucesso após transplante hepático. Porto: Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica apresentada à Escola Superior de Enfermagem o Porto, 2011.

O`CARROLL, R. [et al.] - Adherence to Medication After Liver Transplantation in Scotland: A Pilot Study. American Association for the Study of Liver Disease, 2006. p. 1862-1868.

RASANEN, P.; BACKMAN, K.; KYNGAS, H. – Development of an instrument to test the middle-range theory for the self-care of home-dwelling elderly. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2007. p. 397-405

REDMAN, B. - Patient adherence or patient self-management in transplantation: an ethical analysis. Progress in Transplantation, 2009. p. 90-94.

POSTER 122

AUTORES/AUTHORS:
Kevser Ozdemir, Sevil Sahin, Alaettin Unsal

TÍTULO/TITLE:
INTERNET ADDICTION AND DEPRESSION AMONG A GROUP OF UNIVERSITY STUDENTS

OBJECTIVES: Advances in technology and communication bring new risks while increasing life quality. Internet usage and computer skills have been unavoidable necessities in this so called “technology era”. Turkey, as a developing country with an increasing rate of internet access and computer use is at high risk for this disorder. In our country, this disorder is especially seen in young people who are more skilled in internet and computer use. And because their excessive internet use has led to negative consequences in their academic, social and family lives, patients and their families began search of treatment for this disorder.The aim of the study is to assess internet addiction and depression level among university students.
METHODS: The present study is a complementary study conducted on Sakarya University students between 05th– 25th April. A total of 554 students who were in the school during the study process and who accepted to participate in the study composed the study group. Students in the classrooms were informed about the subject and purpose of the study. Then they were asked to fill the questionnaire prepared beforehand and they were observed while filling the questionnaire. In the current study, Internet Addiction Scale was used in order to assess internet addiction. Higher grades obtained in the scale represent higher level of internet addiction. Depression was assessed with Beck Depression Scale. Students who received 17 and more in the scale were suspected to be depressed. Data were assessed in SPSS (version 15.0) Statistics Package Program on the computer. Student t test, One-way Variance Analysis and Spearmann Correlation Analysis were used for analyses. Statistical significance value was taken as $p<0.05$.
RESULTS or FINDINGS: 336 of students who composed the study group (61.8%) are female and 208 of them (38.2%) are male. They are aged between 18-26 years. Their average age is 21.10±1.70. The grades that students obtained from Internet Addiction Scale change between 0-74 and the average grade is 19.27±12.32. The grades that they obtained from Beck Depression Scale change between 0-53 and the average grade is 11.60±9.14. Frequency of depression suspect was determined to be 23.2% (n=126). In the present study, it was determined that males who stay in dormitories, who have families with a high income level, who smoke, who have A type personalities, who have internet connection at their homes, who use internet once or more in a day and who are suspected to be depressed had a higher level of internet addiction ($p<0.05$ for each).
It was determined that students under the age of 19 and students of Faculty of Science and Letters in the study group had a lower level of internet connection ($p<0.05$ for each). A negative correlation was found between students’ academic grade point averages and their level of internet connection ($rs=-0.094$; $p=0.029$). A significantly positive correlation was found between the daily duration of internet usage and their level of internet addiction ($rs=0.381$; $p=0.000$).
DISCUSSION: Internet addiction is an important health problem among university students. An important relation was detected between internet addiction and depression. It was decided that individuals had high level of addiction and who are suspected to be depressed should be directed to expert doctors for diagnosis and treatment. Acording to Balkan (2011) results showed that there is a significant correlation between perceived family functions of communication, roles, affective responsiveness, affective involvement, behaviour control and general functioning and the computer-internet addiction to the university students. Research of Some researches reported the use of internet is caused interpersonal difficulties among young people
Key words: University student, internet addiction, depression, Turkey

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
REFERENCE
1. Arisoy Ö. Internet bagimliligi ve tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklasimlar 2009; 1(1):55-67.
2. Öztürk Ö, Odabasioglu G, Eraslan D, Genç Y, Kalyoncu ÖA. Internet bagimliligi: Klinigi ve tedavisi. Journal of Dependence 2007; 8: 36-41
3. Nalwa K, Anand AP. Internet addiction in students: a cause of concern. Cyberpsychol Behav 2003; 6:653-656.
4. Young KS. Internet addiction. Am Behav Sci 2004; 48:402-441.
5. Block JJ. Issues for DSM-V: Internet Addiction. Am J Psychiatry 2008; 165:306-307.
6. Kelleci, M., (2008). Internet, cep telefonu, bilgisayar oyunlarinin çocuk ve gençlerin ruh sagligina etkileri. TAF Preventive Medicine

Bulletin, 7(3), 253-256.
7. Balkan, E. Üniversite Ögrencilerinin Bilgisayar-Internet Bagimliligi Ve Aile Fonksiyonlari Arasindaki Iliskie-Journal of New World Sciences Academy Education Sciences, 1C0290, 6, (1), 231-239.

POSTER 123

AUTORES/AUTHORS:
Havva Sert, Nermin Olgun

TÍTULO/TITLE:
STIGMA SCALE OF TUBERCULOSIS: A SCALE DEVELOPMENT STUDY

OBJECTIVES: Stigma is defined as an attribute giving discredit to and spoiling the identity of the bearer. Stigma is typically a social process, experienced or anticipated, characterized by exclusion, rejection, blame, or devaluation that results from experience, perception, or reasonable anticipation of an adverse social judgment about a person or group. Stigma related to chronic health conditions such as tuberculosis, HIV/AIDS, leprosy, mental illness and epilepsy is a global phenomenon with a severe impact on individuals and their families, and on the effectiveness of public health programmes. This study aimed to develop a scale which measures the level of stigma associated with tuberculosis.
METHODS: The study was conducted in a training and research hospital between January and March 2008 after obtaining ethical and institutional permissions. Scale items were generated by reviewing the literature and interviewing the patients and were reviewed by experts. For the validity and reliability study, the scale was administered to 300 patients. The content, construct, and criterion validity of the scale was examined. In addition, the internal consistency, the item analysis, and the test-retest reliability of the scale was investigated.
RESULT OR FINDINGS: The scale was sent to experts for content validity and 4 items were removed from the scale. The construct validity study of the 46-item scale showed that 13 items had a factor loading less than 0.40 and these items were removed from the scale. The factor analysis yielded a four-factor construct, which explained 45.47% of the total variance. The Stigma Scale for Tuberculosis Patients (SSTP) contained items which had factor loadings between .417 and .772. The item-total correlations ranged between .327 and .793 and item-residual correlations were between .336 and .723. There was a highly significant relationship between the Beck Depression Inventory and the Coopersmith Self-Esteem Inventory, which were used for testing the criterion validity of the SSTP (r= 0.75, p= .000; r= -0.62, p=.000; respectively). When the internal consistency coefficients of the total SSTP were evaluated, the Cronbach's alpha value was found to be .911. There was a significant positive relationship between the scores from the first application of the SSTP and the second (r= .912, p< .001).
DISCUSSION: The results of the validity and reliability studies show that the SSTP, which contains 33 items and four dimensions, is a valid and reliable instrument for measuring the perceived stigma levels of tuberculosis patients. In our study, the reliability assessment of the SSTP yielded highly satisfactory results. Chronbach's alpha values produced by all subscales of the SSTP exceeded 0.70, thus, satisfying Nunnally's criterion for satisfactory internal consistency. The acceptable minimum point for factor loading is 0.30. In this study, all items met these criteria, and factor loadings were high. According to the literature explained variance should be 30% and above. In this study, internal consistency and explained total variance had adequate criteria.

Key words: tuberculosis, stigma, scale development

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
REFERENCES

1. Berger BE, Ferrans CE, Lashley FR. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. Research in Nursing & Health, 24(6):518-29.
2. Brakel WHV. (2006). Measuring health related stigma- a literature review. Psychology Health & Medicine, 11(3):307-334.
3. Büyüköztürk S. (2008). Sosyal Bilimler Için Veri Analizi El Kitabi. 9. Baski Pegem Akademi, Ankara. s.167-182.
4. Gözüm S, Aksayan S. (2003). Kültürlerarasi ölçek uyarlamasi için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarasi karsilastirma. Hemsirelikte Arastirma Gelistirme Dergisi, 5(1): 3-14.
5. Nunnaly JC, Bernstein IH. Psychometric Theory. New York: McGraw-Hill, 1994.
6. Sencan H. (2005). Sosyal ve davranissal ölçümlerde güvenilirlik geçerlilik. Seçkin Yayincilik, Ankara.
7. Jaramillo E. (1999). Tuberculosis and stigma: Predictors of prejudice against people with tuberculosis. Journal of Health Psychology, 4:71-79.
8. Tavsancil ET. (2006). Tutumlarin Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 3. Baski, Nobel Yayinlari, Ankara, s.16-58.

POSTER 125

AUTORES/AUTHORS:
Ozge SUKUT, Begum SAVRAN, Makbule BATMAZ, Fatma OZHAN

TÍTULO/TITLE:
Fear of Negative Evaluation by Other People and Self-Concept among the Patients before the Hair Transplantation

Objectives: Hair loss is a well-known cosmetic problem that can severely affect self-esteem. The incidence of hair loss in women is lower than men (Vogel 2002).
Hair losing doesn't lead to serious health problem in persons' life, although it is important condition in terms of psychological. Some research reported that anxiety and depression were experienced among patients with hair lose otherwise these results can be discussed. However hair loses has a dramatic impact on patients' life (Matzer et al 2011). Most people with experience hair loss feels their body image and attractiveness affect negatively and this situation influence the other person's perception of them (Stough et al, 2005). Therefore the aim of this study was to investigate fear of negative evaluation by other people and self-concept among the patients before the hair transplantation.
Method: The study was carried out descriptively, in a hair transplantation center in Istanbul with written permission between January 1st and March 5th, 2012. The sampling included 84 patients who was choosing with randomly, accepted the participated of the study and was on the first day of the hair transplantation. The data was collected by questionnaire which is prepared by the researches and included questions about patients' demographics characteristic, hair transplantation features state. The Brief Fear of Negative Evaluation Scale was used to determine the fear of negative evaluation. The Brief Fear of Negative Evaluation Scale was developed by Leary in 1983. The validity and reliability was analyzed by Cetin, Dogan and Sapmaz in Turkey. In the reliability analysis; the chronbach's alpha coefficient was found 0.67. Social Comparison Scale was used to determine the self-concept, which was developed by Gilbert, Allan and Trent in 1991, the validity and reliability was analyzed by Sahin and Sahin in Turkey. The scale has bipolar 18 items. In the reliability analysis; the chronbach's alpha coefficient was found 0.947. The data was evaluated by using descriptive statistics, Kruskall Wallis and Mann-Whitney U tests.
Results: The mean age of the sample was 32.76 ± 5.09 and all of them were men. %73 of them was genetically affected by their fathers, %82 of them thought that they need to transplanted hair, %82 of them transplanted hair cause of they wanted it by themselves; %92 of them never came any hair center before for hair transplantation. The mean age of the hair lose found 20.34 ± 2.83.
The men with genetic transmissions from mother have statistically higher negative self-concepts more than fathers ($p<0.05$). The men who thought that hair transplantation was a lux have statistically higher negative self-concepts than who thought that hair transplantation was needed ($p<0.05$). There is no significant relation between the fear of negative evaluation and with hair loss ($p>0.05$).
Discussion: Hair loss affected the patients for negative self-concepts. Hair transplantation or another treatment (like psychological support) may help for patients. Hair loss can be a genetic besides some medicine adverse effects like chemotherapy can be fact of hair lose. These unexpected states may affect the patients' psychology. Nurses should prevent the negative emotions as much as possible and after the determination of the negative situation; they should give support to the patients. There isn't enough study about the patients who lose their hair; therefore more research can help to understand the situation mostly about unexpected hair loss, alopecia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1. Matzer F, Egger JW, Kopera D (2011): Psychosocial Stress and Coping in Alopecia Areata: A Questionnaire Survey and Qualitative Study Among 45 Patients. Acta Derm Venereol, 91: 318–327.
2. Stough D, Stenn K, Haber R, Pasrley WM, Vogel JE, Whiting DA, Washenik K (2005): Psychological Effect, Pathophysiology, and Management of Androgenetic Alopecia in Men. Mayo Clin Proc. 80(10): 1316-1322.
3. Senturk N (2009): Sac ekimi. Cerrahpasa Ogrenci Bilimsel Dergisi. Bahar Sayisi, Cilt: 2, Sayi:2
4. Vogel EJ (2002): Hair Transplantation in Women: A Practical New Classification System and Review of Technique. Aesthetic Surg J, 22: 247-259.

POSTER 126

AUTORES/AUTHORS:
piyanuch riyapun

TÍTULO/TITLE:
Factors Related to the Behaviors of Mothers in Taking Care of Asthmatic Children in Ramathibodi Hospital

This descriptive research study was to examine factors related to the behaviors of mothers in taking care of asthmatic children in Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

With a purposive selection, two hundred and forty mothers who took care of asthmatic children were approached to respond to questionnaires which were designed and tested for acceptable reliabilities. Statistical software package was used to analyze descriptive statistics: frequency, percentage, mean, and standard deviation. Chi-square and Pearson's correlation coefficients were used to analyze data.

The results showed that mothers' behavior in taking care of asthmatic children at Ramathibodi Hospital were at the moderate level. The predisposing factors, mothers' perception of asthma, the severity of asthma , was positive related to mothers' behavior in taking care of asthmatic children at the significance level of .05. Perception of mothers' ability in talking care of asthmatic children and usefulness and barrier for mothers' guidelines in taking care of asthmatic children were positive related to mothers' behavior in taking care of asthmatic children at the significance level of .01. The enabling factor, health care accessibility was positive related to mothers' behavior in taking care of asthmatic children at the significance level of .05 and the right for expense coverage was positive related to mothers' behavior in taking care of asthmatic children at the significance level of .01. The reinforcing factor, receiving asthma information and social support in taking care of asthmatic children was positive related to mothers' behavior in taking care of asthmatic children at the significance level of .01.

Conclusions :This research will be in operation to modify behavior and mothers' behavior in taking care of asthmatic children. Can reduce rates of illness, Death rate and can prevent causes severe symptoms and basic information can be used as guidelines in further education. Helpful people interested in research on mothers' behavior in taking care of asthmatic children.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bandura, A. 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change psychological. Psychologic. 5(7): 191-491

Benicio, MH. 2004. Wheezing conditions in early childhood. Bull World Helth Organ. Vol. 82(2004): 516-522.

Camelo-Nunes, I. 1997. Risk factors and clinical evolution of asthma in child. J Pediatr(Rio J). 73: 151-160.

Chen, YZ. 2003. Individual allergens as risk factors for asthma and bronchial hyperresponsiveness in Chinese Children. Zhonghua Er Ke Za Zhi. 41: 538-541.

Green, L. W. 1980. Health Education Planning: A Diagnostic Approach. Mayfield Publishing Company, California. 72 p.

Hong, SJ. 2004. Self-reported prevalence and risk factors of asthma among Korean adolescents: 5-year follow-up study, 1995-2000. Clin Exp Allergy. 34: 1556-1562.

Malvale-Manuel, S. 2004. Risk factors for asthma among children in Maputo(Muzambique). Allergy. 59: 388-393.

Moraes, LS. 2001. Risk factor, clinical and laboratory aspects of asthma children. J Pediatr(Rio J) 77: 447-454.

Muhammad, TS. 2004. Early-life environment risk factors for asthma: findings from the children's health study. Environ health perspect. 112: 760-765.

Perzanowski, MS. 2002. Effect of cat and dog ownership on sensitization and development of asthma among preteenage children. Am J Crit care Med. 166: 696-702.

Rosenstock, I.M. 1974. Historical origins of the health belief model. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Charls B. Slack, Inc. New Jersey, USA.

Wickman, M. 2002. presentation of a prospective longitudinal birth cohort study, pp. 11-13. In Wickman, M., Kull, I., Pershagen, G. and Norduall, SL. The BAMSE project. Pediatr Allergy Immunol.

Wickman, M. 2002. Breast feeding and allergic disease in infants: a prospective birth cohort study. Arch Dis Child vol. 87: 1478-1481.

Wong, TW. 2004. Household gas cooking: a risk factor for respiratory illnesses in preschool children. Arch Dis Child. 89: 631-636.

Yamane,T. 1973. Statistics : Antroductory Analysis. Harper International Edition, Tokyo. Japan. 125 p.

POSTER 128

AUTORES/AUTHORS:
Dilek Aygin, Hande Cengiz, Havva Sert

TÍTULO/TITLE:
THE ANALYSIS OF SAKARYA UNIVERSITY HEALTH FACULTY GRAD STUDENTS' PROFESSIONAL JOB SATISFACTION

OBJECTIVES: Job satisfaction is an emotional response in consequence of individual's evaluation of his work, work environment and work life (1,2). The physical, psychological and social requirements influence the job dissatisfaction, general life satisfaction and health negatively (2). Job satisfaction is one of the most important requirements for individuals to be successful, happy and procreative (1). Job satisfaction has a great importance especially for the ones whose non-occupational lives are affected directly and which necessitate continuous dedication such as medical science and nursing (1).
In various studies done in our country; it is seen that the job satisfaction of nurses is affected by age, marital status, the way they express their anger, choosing the job intentionally, working time in that profession, meeting of expectations, working environment and conditions, relationships with managers and co-workers, heavy working conditions, the uncertainties in roles and working conditions under contract or on permanent staff (3).
It is applied with the aim of designating the job satisfaction of Sakarya University (SAU) Health Faculty grad students.

METHODS: The research was done descriptively between the months of January – February 2012 with 97 students who accepted the research and were the grad students of SAU. Data was collected by using Minnesota Job Satisfaction Scale (MJSS) and interview form after the consent of the students was taken. An analysis was performed in electronic environment by using percentage, average, Standard deviation, t-test and ANOVA.
RESULTS OR FINDINGS: The greater part of grad students (93.8%) are girls, average of age is 25.76±2.84, 64.9% of them are single, 91.8% are academy/ faculty graduated, 79.4% work in public sector, 37.1 are service nurses, 11.3% are managers, 63.9% work shifts and 49.5% work in the job they want. Whereas 64.9% of them state that they have selected the job willingly and 49.5% are optimistic about the future of the job, 19.6 are pessimistic about it. The average of year that they graduated is 3.26±2.7 and the term of employment in the corporation is 1.89±1.60 years. Monthly income average is 1989.36±327.92 TL. MJSS general satisfaction average point is 3.37±0.69; sub-dimension average –intrinsic satisfaction (IS)- is 3.62±0.65, extrinsic satisfaction (ES) is 2.99±0.85. According to the total point taken from MJSS, job satisfaction of 68%; and according to IS sub-dimension job satisfaction of 82.5% is found high. In ES sub-dimension job satisfaction of 48.5% is low. No difference is found between MJSS general and sub dimensions in terms of selecting the job willingly and being convenient for the job or not in accordance with age, education, marital status, presence of children, service of the labour and sector (p>0.05). However the points of the ones who have selected their job willingly and think themselves convenient for the job are found high. General (p=0.024), intrinsic (p=0.048) and extrinsic (p=0.021) satisfactions of boys as compared with girls are meaningfully high. General and intrinsic satisfactions of the ones who have been working in the mornings continuously are meaningfully higher than the ones working shifts (p=0.01, p=0.003). General, intrinsic and extrinsic satisfactions of the ones who are optimistic about the future of the job are found meaningfully on the highest degree.
DISCUSSION: Cam et al. (2005); have found the "General Satisfaction" point as 3,4±0,5, the "Intrinsic Satisfaction Point" as 3,4±0,6 and the "Extrinsic Satisfaction" point as 3,3±0,6 in their job satisfaction study that they have applied with doctors and nurses working in Mental Health and Diseases Hospital. Compared to our study, the general satisfaction and extrinsic satisfaction points are higher and intrinsic satisfaction point is lower.
Derin at al. (2007) have found the "General Satisfaction" point as 3,19±,60, the "Intrinsic Satisfaction Point" as 3,43±,5,7 and the "Extrinsic Satisfaction" point as 2,83±,81 in their study. These detected values are lower than the ones we have found.
The job satisfactions of the boys and the ones who are on the day shift and optimistic about the future of the job are found high. We are of opinion that making nursing bring in autonomy will be effective on increasing job satisfaction.
Key words: job satisfaction, nurse, grad student, satisfaction

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
REFERENCES
1. Çam, Et Al., (2005). Investigation Of Relationship Between Evaluation Of Clinic Environment And Job Satisfaction Of Doctors And Nurses In A Mental Health And Illnesses Hospital, Anatolian Journal Of Psychiatry 2005; 6:213-220

2. Derin, N., (2007). The Job Satisfaction Levels and Affecting Factors of Health Personnel's working in Public Hospitals, Post Graduate Thesis, Eskisehir Osmangazi University, Institute of Medical Sciences, Department of Nursing, Department of Psychiatric Nursing, Discipline of Psychiatric Nursing, Eskisehir.
3. Kahraman, G., Engin, E., Dülgerler, S., Öztürk, Ö. (2011). The Job Satisfaction Of Intensive Care Unit Nurses And Affecting Factors. Dokuz Eylul University School of Nursing Electronic Journal: 4(1),12-18.

POSTER 129

AUTORES/AUTHORS:
katayon esmaeili

TÍTULO/TITLE:
Incidence of Female Elderly abuse in Kermanshah, Iran (2010). Kermanshah University of Medical Sciences and Health Servi

Kermanshah University of Medical Sciences and Health Services, Kermanshah, Iran.
Esmaeili, Katayon * MS degree in community Health Nursing Management . Faculty member of Kermanshah University of nursing –Midwifery

Abstract: Abuse of elders takes many different forms, some involving intimidation or threats against the elderly. The most common are defined below , Physical abuse , Emotional abuse , Sexual abuse , Neglect or abandonment by caregivers .Unfortunately, caregivers of the elderly sometimes abuse the people they are meant to care for. Our study focuses more specifically on family-caregiver mistreatment and abuse toward the elderly.
Materials and Methods: this was a descriptive study on 71 aging female . For data collection we used a questionnaire .Including demographic characteristics, some questions about physical, emotional and psychological and financial abuse. We also used SPSS soft ware for analyzing information abuse. Validity and reliability was measured. The results show that every individual of the subjects have experienced some form of mistreatment and/or abuse.
Findings: Regarding the 71 Female subjects surveyed, the average age was 75 years (64-86 years old). 48.6 % of the subjects reported that they lived with their spouses , 73.2% had medical insurance, Statistical data revealed that there was a significant correlation between the advancement of age and elevated degree of physical abuse (P=0.01 , r = 0,28). Also, the wealthier the affected individuals were, the more financial abuse they experienced (P=0.47). However, a lower financial status correlated with a higher emotional/psychological strain induced by the caregiver (P=0.001).
Conclusion: Although respect for the elderly is highly emphasized in Iranian culture, it is evident that these individuals are highly susceptible to mistreatment and abuse even by their own family caregivers. Our results are comparable to those of other studies in that we found there is a direct relationship between financial status and mistreatment. It is not uncommon for individuals of a certain age to start experiencing an increase in anxiety and fear as their age increases. Since life expectancy is increasing around the world, it is fair to predict that there will be an increase in the elderly population as we move towards the future.
Key words: Aging population health, elderly Female adults, abuse, mistreatment, family caregiver abuse .Kermanshah .

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
References:
1 - Dadkhah, A . special care for elder people in America , Japan and . Iranian Aging Journal . 2th year .No;3 . spring 1386.
2 - J, J Wang. J, N lin. F, P Lee. “Psychologically Abusive Behavior by Those caring for the Elderly in a Domestic.” Geriatric Nursing. Vol: 27. No: 5. September/ October 2008. Copyright of 2006 Mosby, Inc.
3 - Shafiei, M. Halakoie, M. Shafiei, F . Sayyadie, A. Zamanie, P.: Assessment of the Physical and Mental Health Status in the Retired Employees of Rafsanjan University of Medical Sciences.” Journal of Rafsanjan faculty of Nursing & Midwifery & Paramedical. Winter 2008. Vol;2 . No: 2.
4 – Plitnick, K.R. “Special Needs Populations: Elder Abuse “. AORN Journal. Vol: 2. February 2008. Copyright at 2008. Association of Preoperative Registered Nurses.
5- Ahangary,M . Arjomand Hesabi ,M. Kamaly ,M. "Quality of life in the aging people in Tehran ". Iranian Aging Journal .vol;2 .2th years .No:3. Spring 1386 ..
6 - Mohammadzadeh, Sh. Bakhtiari,S. Moshtagh,Z.Ebrahimi,E. “ Communication Barriers from Nurses’ and Elderly Patient’ Points of Views at Medical-Surgical Wards”. Shaheed Beheshti Univesity of Medical Sciences and Health Services. Faculty of Nursing & Midwifery Quarterly. Spring 2007. Vol : 16. No: 56.-

7 –Abedi ,HA. Shahriary, M . Muhammad ,NA and et al. nursing care in elder people .Gloria Hoffmann Wold . Oroj publication .Esfahan medical university . first edition ..
8 – Anonymous. “The Gerontological Society of America research finds America’s Elderly Suffering Abuse “.Health & Medicine Week. Atlanta: Sep 22.2008.pg:205.
9 – Kmietowicz, Z. “News: Thousand of Elderly Abuse People face Abuse, says commons report.” BMJ. 2004:328-371(24 April), doi:10.1/36/bmj.328.7446.971.
10 – Cooper, C. Selwood, A. Livingston, G. “The Prevalence of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review “. Age & Aging. 37(2). 151-160. March 2008.

POSTER 130

AUTORES/AUTHORS:
mitra kolivand, katayon esmaeili

TÍTULO/TITLE:
Comparison of knowledge and performance of rural and urban high school students about menstrual hygiene in Kermanshah

Kermanshah University of Medical Sciences and health services, Kermanshah, Iran
Kolivand, mitra .Esmaeili katayon (Faculty members of Kermanshah Nursing-Midwifery University)

Introduction : Menstruation occurs only in women and is a period of fertility cycle in women which begins during sexual maturity in puberty. Adolescents have special needs regarding menstrual hygiene during this period. Good healthy behavior has definite effect on preventing infection and supplying special physical and psychological needs in girls during this period. This study was aimed to determine and to compare the knowledge and performance of rural and urban high school students about menstrual hygiene in Kermanshah,2010 in order to health officials would plan properly for evaluation of knowledge and performance of high school students about menstrual hygiene.
Material and Method :Present descriptive-analytical study was conducted on 535 girl students in Kermanshah,2010. Six urban high schools and two rural high schools were selected by multistage cluster sampling and the samples were selected randomly. The data gathering instrument was a three-sectioned questionnaire including 33 closed questions (demographic data, questions related to knowledge and performance) which its validity and reliability were confirmed by content validity and split-halves method, respectively. The knowledge was categorized as weak group (score<=20) and good group (score >=21) and the performance was categorized as weak(1-13), intermediate(14-20) and good(21-27) groups. Statistical analysis was performed using SPSS/v16 software and descriptive-analytical tests (Chi-square and t-test).
Results : Of total students, 73.6% were residents of the city and 26.4% were residents of the village. The most frequent ages were 16 years (32%) and 15 years(30.8%) . Of total students, 53.7% had good knowledge but 65.2% had intermediate performance. The knowledge was associated significantly with the year of students education($p < 0.001$),educational level of mothers ($p<0.001$),fathers job($p < 0.001$),educational level of fathers($p<0.001$),economical status($p<0.001$),educational field($p<0.001$) and the residence($p<0.001$). Performance was associated significantly with the residence variable ($p<0.001$).The association between knowledge and performance was significant($p<0.001$) and 90.9% of individuals with good knowledge had good performance. The rate of good knowledge and good performance were higher in urban students ($p<0.001$). Of total students, 53.7% had good knowledge and 46.3% had weak knowledge. 3.9% had weak performance, 65.2% had intermediate performance and 30.9% had good performance. 16% of rural students and 50.7%of urban students had good knowledge.4.4% of rural students and 26.6% of urban students had good performance.
Discussion: Although the rate of good knowledge was higher than good performance, it is unsatisfactory for bringing menstrual hygiene. Thus, the girl students should be educated about the importance of menstruation and its health especially in rural regions. It is essential for training a more healthy generation to have an educational program entitled healthy living about the factors influenced on physical and psychological health of each sex. Also, employment of obstetricians as health trainer of girl schools in all levels is very effective in increasing general and sexual health of the girls.
Key words: menstrual hygiene, students, knowledge, performance, Kermanshah

Health.2007;46(1):7-23.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1-Poureslami M.Osati-Ashtiani F.Assessing knowledge ,attitudes and Behavior of Adolescent girls in suburban districts of Tehran about dysmenorrhea and menstural hygiene.Archives of Iranian Medicine .2002;4:219-224
2-Adhikari P.Kadel B.Dhungel ST.Mandal A.Knowledge and practice regarding menstural hygiene in rural adolescent girls of Nepal.Kathmandu university Medical Journal.2007;5(3):382-386.
3-Ali T.S.Rizvi S.N.Menstural knowledge and practices of female adolescents in Urban Karachi Pakistan. J.Adolesc.2010;33(4):531-541.
4-WWW.UPTODATE.COM.physiology of the normal menstrual cycle.
5-Diaz.A.Laufer M.R.Breech LL.Mensturation in girls and adolescents :using the menstursl cycle as a vital sign.Pediatrics.2006;118(5):2245-50.
6-ACOG.ACOG Committee opinion No.349,november 2006:Mensturation in girls and adolescents:using the menstural cycle as a vital sign.Obstet Gynecol .2006;108(5):1323-8.
7-EL-Gilany.Badawi K.EI-Fedawy S.Menstural hygiene among adolescent schoolgirls in Mansoura Egypt.Reproductive Health Matters.2005;13(26):147-152.
8-Sharma .Anamika.Problems related to Mensturation and their effect on daily routine of students of a medical college in Delhi India.Asia Pacific Journal. of Public Health.2008;20(3):234-241.
9-Lawan U.M.0 Wali Yusuf N.Mensturall hygiene among adolescent schoolgirls in Kano Northwestern Nigeria.African Journal. of Reproductive Health.2010;14(3):201-207.
10-Stubbs ML.Cultural perceptions and practices around menarche and adolescent mensturation in the United States.Ann N Y Acad Sci .2008;1135:58-66.
11-Rao R.S.P.Lena A.Effectiveness of reproductive health education among rural adolescent girls:A school based intervention study in Udupi Tluk Karnataka.Indian J Med Sci .2008;62:439-443.
12-Abdollahi,F.Shabankhani B.[In Persian].Evaluation of health education needs of girl students in Mazandaran province1382.Research and scientific J.of medical university of Mazandaran.1383;43:56-63.
13-Devi K.Ramaiah P.Astudy on menstural hygiene among rural adolescent girls.Indian J. Med Sci.1994;48(6):139-43.
14-Abioye-Kuteyi EA.Menstural knowledge and practices amongst secondary school girls in Lle Lfe,Nigeria.J.R.Soc Promot Health 2000;120910:23-6.

POSTER 131

AUTORES/AUTHORS:
susan Heydarpour, katayon esmaeili

TÍTULO/TITLE:
Knowledge and practice of women controlled in health centers about prevention of osteoporosis in West of Iran

Heydarpour Susan ; Esmaeili Katayon
Address: Kermanshah University of medical sciences, Kermanshah, Iran

Introduction and aim: osteoporosis is the most common metabolic bone disease that accompany with reduction of bone mass and increases the chance of bone fracture. This disease doesn't have a sure treatment so it is important to focus on its prevention.
Material and methods: It was a descriptive study that enrolled 670 women who were controlled in health centers of Kermanshah. The tool, used to collect data was questionnaires evaluating the following variables: demographic characteristics (e.g age, educational level,…) and questions about knowledge and behaviors of women about osteoporosis .
Results: Medium age of women was 43.3 years. %38.5% intake of calcium, 4.2% intake of calcium plus exercise, and 1.5% exposing to the sunlight plus intake of calcium reported as a preventive factors of osteoporosis. In %62 of women the source of information was a relative woman. Also 63%of women intake milk and %58 about ten minutes exposed to the sunlight during the day and %25.7 had regular exercise. Only 6 women had history of hormone replacement therapy and these women stopped it because of cancer fear.
Discussion: The results showed that women have poor knowledge and behaviors about prevention of osteoporosis. This is probably due to lack of appropriate educational program regarding this subject. With regard to the increase of life expectancy and increase of elderly people it is necessary for the authorities to give more attention to informing people on preventive behaviors of osteoporosis
Keyword: knowledge, practice, osteoporosis

Katayon_esmaeili@yahoo.com kesmaeili2000@yahoo.com
Phone : 09188315902

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Spencer SJ. Lack of knowledge of osteoporosis: a multi-centre, observational study. Scott Med J 2007; 52:13-6.
2. Khuwaja AK, Nasir A, Mithani Y. Preventing Osteoporosis epidemic by exercise interventions. Med Today 2005; 3:140-2.
3. Korsic M. Pathophysiology of postmenopausal osteoporosis. Reumatizam. 2006; 53:32-5.
4. Sultan A, Khan DA, Mushtaq M, Hassan M. Frequency of Osteoporosis and its associated risk factors in postmenopausal women in clinical practice at Rawalpindi. Pakistan J Pathol 2006; 17:115-8.
5. Habiba U, Ahmad S, Hassan L. Predisposition to Osteoporosis in Postmenopausal Women. J Coll Physicians Surg Pak 2002; 12:297-301.
6. Górski R, Chmielewski D, Zgoda M. The evaluation of social awareness of osteoporosis: based on the aimed questionnaire. Ortop Traumatol Rehabil 2006; 8:627-32.
7. National Health Survey of Pakistan 1990-1994. Pakistan Medical Research Council 1998.
8. No author listed. National Institute of Health. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. NIH Consensus Statements 2000; 17:1-45.

9. Terrio K, Auld GN. Osteoporosis knowledge, calcium intake, and weightbearing physical activity in three age groups of women. J Community Health 2002; 27:307-20.
10. Liew YL, Mann D, Piterman L. Osteoporosis risks. A comparative study of Asian Australian and Caucasian Australian women. Aust Fam

POSTER 132

AUTORES/AUTHORS:
Carla Fernandes, Manuela Martins, Bárbara Gomes, Jose Gomes

TÍTULO/TITLE:
Changing the approach to the family in the hospital setting through a creative strategy.

Despite the many alterations that families have experienced, particularly in its structure, the family still represents a fundamental support in the presence of the illness of one of its members.
This paper describes a report of an experience in a Hospital Environment whose aim is to change the Family Nursing Assistance. Wright and Leahey (2009) argues that although the relationship between family and disease is today accepted, it is still also very evident, the limited impact of this relationship applied to nursing interventions, in which the family is seen as context. Hanson (2005) identifies four levels of approach to the family, the family as a context, the family as the client, the family as a system and the family as a component of society.
Realizing the importance of nurses to use a model of assessment and family intervention and reviewing the existing literature on this level, we decide for the training of professionals about the Model of Calgary of Family Assessment (MCAF) by Wright and Leahey. This has been disseminated and used in many parts of the world, is based on a conceptual framework necessary for an understanding of the family system as a unit of care, integrating some concepts of systems, cybernetics, communication, biology of cognition and theory of change.
The teaching strategy used was a game titled, Game Family Nursing. The game is an innovative teaching strategy that research has shown to be effective in improving learning outcomes (Royse and Newton, 2007).
The teaching strategy used required the practical applicability of such content, as well as providing gifts, moments of reflection on the complexity of family dynamics in the process of health / illness and throughout their life cycle.

Aims: Realizing the importance of including the family in the context of care, we attempt to create a training area for adults sensitizing nurses about family through a game in order to change the level of intervention hitherto existing.
This Communication aims to:
• Promote the implementation of a creative strategy for teaching Family Nursing.
• Shape the involvement of health professionals in partnership with the family.

Material and Methods: This work is a quasi-experimental study carried out in a central hospital in northern Portugal, in a service of Orthopaedics and Traumatology, using with 20 nurses.
Firstly it was understood the practices that emerge from the information documented by nurses. The field where we decided to implement the dynamics afforded us the opportunity to conduct this experiment based on computer records through a system of Support and maintain for Nursing Practice information The records were analyzed based on the Beta version of the International Classification for Nursing Practice (SAPE®). In a second phase the game was implemented. Finally, the program evaluation was performed again using the information documented by nurses.

Results:
The results surface from the qualitative and quantitative analysis of about 99 cases in the previous phase and 111 in the post-intervention phase, corresponding to two months chosen randomly.
Featuring the population involved in the first phase, the average age of users was 59.3 years, with a age between 18 and 93 years. The admissions were on average 6.9 days. in this phase predominate the records on behalf of nursing care provider, contact and its relationship with the wearer.
In the second phase, the average age was 55.6 years, with a minimum of 16 and maximum of 91. The admissions were on average 5.6 days.
In phase 1 predominate records on behalf of nursing care provider, contact and its relationship with the patient.
Analyzing the information documented using the evaluation model and family intervention of Calgary, in phase 2, we observe an increase of the items in the categories associated with the development and functionality of the family, who were absent in phase 1.
Regarding the intervention in phase 1, in 89% of cases the patient was the only carrier of the nursing interventions, becoming a

member of the family in phase 2 in 73% of cases.

Discussion and conclusion:
In the first phase of data collection it was identified some interventions along the family, but contextualized in the family as a context of an individual and as a resource to the professionals. In the second phase were identified interventions in the family as a system, i.e. focusing on the impact of the disease both in the individual and family. The nursing intervention should be analyzed based on a holistic view, where it is understood that the disease one of its members changes the whole family balance, consequently the nursing care should be directed to the needs of the whole family and not only to the individual. Considering the impact of disease in all family members, as well as the influence of interaction familiar on healing, The game allowed the behavior alteration. We consider the game, a great supporter in training on nursing Family and thereby to modify the approach to the family.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

•HANSON, S(2005)- Enfermagem de Cuidados de Saúde à família Teoria, Prática e Investigação, 2a edição Loures: Lusociência.
•HODGES, T. (2008) Education of gaming in nursing education and the effects of learning and retention, dissertação de candidatura ao grau de doutorem ciências de ecucação, Auburn, Alabama.
•ROYSE, NEWTON M.A.A, S.E.B (2007)- How gaming is used as an innovative strategy for nursing education, Revsita Nursing Education Perspectives, vol.28, p.263-267.
•INTERNATIONAL COMITE OF NURSING- ICN (2000). Classificação internacional para a prática de enfermagem. Versão Beta 2. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.
•WRIGHT, L; LEAHEY, M. (2009) – Enfermeiras e famílias, São Paulo: Editora Roca.

POSTER 133

AUTORES/AUTHORS:
Okoth Geofrey, Israel Kalyesubula

TÍTULO/TITLE:
THE PRICE THAT CHILDREN PAY IN THE DAILY SEARCH FOR FOOD IN SOWETO SLUMS- KAMPALA (UG)

ABSTRACT
A healthy diet is the key to normal growth and development in infancy and childhood and is the foundation to adulthood. Uganda has an estimated 1.8 million orphans as a result of HIV/AIDS, many of who live in the major slums in Kampala the capital of Uganda. Communities have absorbed these orphans in extended families with the desire to help them. The responsibility of raising these children is not easy and provision of food and other basic needs is a daily predicament in Soweto slums and most parts of Uganda at large.
Soweto slums lies along the industrial area in the outskirts of Kampala. Nakibuvo channel which runs along through Soweto, drain industrial, commercial and human wastes in swamps adjacent to Lake Victoria.
Purpose of Study: This paper will discuss the risks that children encounter in their daily struggle and that of their families to provide food in Soweto slums in Kampala Uganda.
Specific objectives of the study is assessing knowledge on risks that children face in their daily activities or that of their family to provide food, to determine the risks that these children face and to draw attention to the possibility of safe childhood in Soweto.
Methods: Direct observation of the daily activities revolving around the children in Soweto slums were o1bserved for fourteen consecutive days of the week. Cluster and simple random sampling methods were used to select 40 willing participants. Questionnaires were administered to adults and children.
Study design: Cross-sectional descriptive study.
Results: Observation results showed that major activities in Soweto were driven by the dire need to provide at least a meal at the end of each day. In the daily struggle to provide food children were directly exposed to hunger, diseases, injuries, child labour, neglect, drug abuse, sexual abuse and child sacrifice. The residents used water from tunnels and Nakibuvo channel for their daily domestic use. The interview showed that hunger, injuries and diseases were the greatest risk followed by drug abuse, sexual abuse and child sacrifice. These risks are as a result of the struggle to earn a daily living.
Recommendations: Collaborative approach in provision of safe water, food and community safe playgrounds. Strengthen advocacy for the rights of children, sensitize the community on disease control measures in relation to waste disposal. Draw attention to the possibility of a safe childhood in Soweto slums.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1. Knowledge and Sexual Behavioral Patterns Related to HIV/AIDS Among Commercial Sex Workers in Kampala Slum Area Simon Sentumbwe Gender Issues Research Report Series - no.15
2. Early years education and agricultural sustainability
(http://www.childrenontheedge.org/uganda-early-years-education-and-agricultural-sustainability.html)
3. Children's rights in urban settings - UNICEF (www.unicef.org/.../SOWC-2012-Chapter-2-Childrens-rights-in-urban)
4. Getting at-risk children out of work and into school in the slums of Moradabad, India by Patricia Lone (www.unicef.org/infobycountry/india_61865.html)
5. Bocquier P, Beguy D, Zulu EM, Muindi K, Konseiga A, Yé Y. Do migrant children face greater health hazards in slum settlements? Evidence from Nairobi, Kenya. J Urban Health 2011. 88(Supp 2):266-281. Published online 25 November 2010. DOI: 10.1007/s11524-010-9497-6.

POSTER 134

AUTORES/AUTHORS:
susan haidarpor, katayon esmaeili, mitra kolivand

TÍTULO/TITLE:
Maternal and neonatal complications of placenta abruption

Heydarpour Susan*, Esmaeili Katayon*, Heydarpour F
Address: Kermanshah University of Medical Sciences and Health Services , Kermanshah, Iran
Introduction: placenta abruption is one of the obstetric emergencies and one of the frequent cause of fetus, neonate and mother mortality. Placenta abruption associated with complications such as low birth weight and prematurity. Studies have showed that the incidence of complications is variable in different societies. This study was under taken to observe the maternal and neonatal complications of placenta abruption in Motazedi Hospital.
Material and methods: This descriptive study surveyed all pregnant women that were inpatient for a definitive diagnose of placenta abruption in Motazedi Hospital. The instrument for gathering data was a information form filled regarding to patient consensus. This form contains questions about
Demographic characteristics (age, education, job, parity, vital signs) and maternal and neonate complications. Maternal complications surveyed by diagnosing to discharge of the mother and neonatal complications about 24 hours after birth. Data were analyzed for mean, standard deviation and frequencies table.

Results: a total of 300 cases of abruption placenta were recorded during the study period out of a total of 14433 cases admitted for deliveries so the prevalence of placenta abruption was 2.8%. Mean age of cases was 26.5±6.3 years. Parity of patients ranged from 0 to 10 children. 2.5% had severe preeclampsia and 7.6% had chronic hypertension. 14.3% had history of caesarian. The mode of delivery was caesarian in 86.3%. The most neonatal complication of placenta abruption was prematurity (44%). Fetal death at first 24 hours after birth occurred in 3% of neonates. 12% of mothers received blood transfusion. Uterine apoplexy occurred in 10.7% and fortunately there was no maternal mortality and hysterectomy.
Discussion: According to the results of this study the most neonatal complication of placenta abruption was prematurity, similar results were reported in other studies. Therefore in order to decrease the neonatal mortality providing appropriate facilities to care of these neonates is essential.
Keywords: maternal complications, neonatal complications, placenta abruption .
* Faculty members of Kermanshah Nursing-Midwifery University . Kermanshah . Iran

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
Keywords: maternal complications, neonatal complications, placenta abruption .
* Faculty members of Kermanshah Nursing-Midwifery University . Kermanshah

POSTER 137

AUTORES/AUTHORS:
Violina Nazaria, Eugenia Ciubotaru

TÍTULO/TITLE:
Immigration and health impact of Moldovan Migrants

Settings: The study is focused particularly on persons traveling either permanently or temporarily to USA, Canada, Australia and New-Zeeland.

Design: To evaluate the migrants' health state before departure.

Objectives:

• To evaluate, classify and compare health conditions of the applicants traveling to USA, Canada, Australia and New-Zealand;
• To Evaluate HIV/AIDS awareness;
• To assess and compare case dynamic for the last 5 years;

Methods: The data analysis was carried out with the help of medical statistics. The target group comprised permanent and temporary visa applicants and visa recipients, who underwent medical examination at IOM Chisinau for travelling to USA, Canada, Australia, and New Zealand during 2011.

Results: The survey covers 2631 individuals and shows the following results:
Age category: Canada: 0-10 years-15%; 11-30-20%; 31-50-50%; 51-90-15%;
USA: 0-10-10%; 11-30-30%; 31-50-20%; 51-90-40%;
Australia: 0-10-10%; 11-30-40%; 31-50-40%; 51-90-10%;
New Zealand: 0-10-5%; 11-30-45%; 31-50-45%; 51-90-5%;
Sex: M-1392 F-1239
Education: Primary Education: 20%; Secondary Education: 40%; Higher Education: 40%;
Total Number of physical examinations per country of destination:
Canada-1562; USA-984; Australia-75; New Zealand-10; Migrants-2230; Refugees-401;
Medical investigations: 1752 chest x-rays; 182-Sputum Smears (1 positive test), 96-Sputum Cultures, 1-TB treatment, 1989- RPR tests (3 positive), 10 positive Hepatitis B tests, 3 positive Hepatitis C tests. 1269 - HIV tests (1 positive test).

The most common chronic conditions specified by the migrants are diseases of the cardiovascular system - 28%,
respiratory system - 25%;
gastrointestinal - 12%;
osteoarticular - 10%;
endocrine - 9%;
nervous system - 8%;
urogenital - 5%;
and infectious diseases - 4%.
The majority of the migrants are not well informed about HIV/AIDS. Only half of those surveyed were sure about what HIV/AIDS is, about 25% were fairly sure, and a further 24% were 'unsure' or 'did not know'.

Comparative annual reading of the HAP data for the last 5 years, shows a threefold increase in total number of cases. For instance: year 2006 - 1106 applicants, 2007-1105, 2008 - 1798, 2009 - 3041, 2010 - 2572 applicants.

Currently the major part of HAP falls under Canada with an obvious increase in case numbers, from 89 in 2006, to 1562 in 2011.

Conclusion:
Potential migrants must meet certain admissibility requirements, by undergoing medical examinations. Applicants may be refused a visa if they are a likely danger to public health or safety, or put excessive pressure on health and/or social services. Individuals with certain illnesses or diseases may not be eligible for immigration because of their need for extensive or costly care or support on arrival. Also migrants represent a group with an increased risk of HIV and STD infections. That's why, the process of pre-test and post-test counseling was designed to ensure that those tested were sufficiently informed about the testing process and about the potential consequences. This involves providing pre-test education through a variety of posters, leaflets and individual counseling.

Implication for practice:
The study allows evaluation of incidence and prevalence of PTB, HIV and STD cases and other chronic diseases.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

N/A

POSTER 139

AUTORES/AUTHORS:
supatra phaopant

TÍTULO/TITLE:
Factors Affecting Medication Administration Errors of Professional Nurses in IntensiveCare Units of Ramathibodi Hospital

Objectives;
The purpose of this descriptive research was to study factors affecting medication administration errors of professional nurses in intensive care units of faculty medicine Ramathibodi Hospital.
Methods;
The sample consisted of 193 professional nurses in intensive care units of faculty medicine Ramathibodi Hospital. The questionnaires was developed by the researcher, tested its quality of which the results were accepted. Data analyses were performed by using percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.
Results;
1. Medication administration errors preventive behavior of professional nurses in intensive care units of faculty medicine Ramathibodi Hospital were found that a high level
2. The predisposing factors, namely, attitude and perception of severity toward medication administration errors were positively related to medication administration errors preventive behavior of professional nurses with a statistically significance at the level of .01
3. The enabling factors, namely, policy of medication safety and training on medication errors toward medication administration errors were positively related to medication administration errors preventive behavior of professional nurses with a statistically significance at the level of .01
4. The reinforcing factors, namely, reinforcing from administrator and media channel of communication from organization toward medication administration errors were positively related to medication administration errors preventive behavior of professional nurses with a statistically significance at the level of .01
Discussion;
This study is basic information for nursing management, which focuses on a training plan for medication administration by nurse as well as its feedback. The reason is to encourage nurse to aware severity toward medication administration error. The goal is improvement on quality of care and patient safety.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Davidhizar, R. and G. Lonser. 2003. "Strategies to decrease medication errors". Health Care Manager 22: 211-218

Force, M.V., L. Deering, J. Hubbe, M. Anderson, B. Hagemann, M. Cooper-Hahn and W. Peters. 2006. "Effective strategies to increase reporting of medication errors in hospitals". Jona 36: 34-41.

Fu – In T., J. S. Shuh, Y. Shu, L. W. Ien and H. C. Ching. 2007. "Nurses relate the contributing factors involved in medication errors". Journal of Clinical Nursing 16: 447-457.

Green, L. W. and M.W. Kreuter. 1999. Health Promotion Planning an Education and Ecological Approach. Mayfield Publishing Company, California.

Henry, K. M. 2006. "Medication administration errors: understand the issues". Australian Journal of Advanced Nursing 23: 33-34.

Kimberly, R., H. Jonathan, D. Anne, Dorothy 'Vi' Nayler and T. Kenneth. 2006. "Impact of a statewide reporting system on

medication error reduction". Journal of Patient Safety 2: 116-123.

Michael, R. C. 2007. Medication Errors. The American Pharmacists Association, Washington, D.C.

POSTER 140

AUTORES/AUTHORS:
Michael Rovithis, Klairy Haritsi, Sevasti Dara, Konstantinos Fakiris, Nikolaos Rikos, Zacharias Zidianakis, Areti Stavropoulou

TÍTULO/TITLE:
Greek nurses knowledge regarding the fundamentals and principles of blood pressure measurement.

Hypertension is considered as the most important risk factor for mortality while in the third position as a major cause of disability. Additionally, it is the most important modifiable risk factor for cardiovascular and renal disease1.
Recent data suggest that approximately 54% of strokes and 47% of ischemic cardiovascular events attributed to high blood pressure2.
Correct measurement of blood pressure in everyday clinical practice is essential for the management of hypertension and its complications. However, according to international studies serious mistakes in arterial pressure (AP) measurement have been observed in everyday clinical practice3;4;5;6;7.
Objectives
The present study assessed nurse's knowledge regarding the fundamentals and principles of blood pressure measurement.

Methods
Data collection was carried out in a Greek public general hospital in the island of Crete. 68 nurses were asked to complete a specific questionnaire designed for the needs of the present research study. A non probability convenience sampling strategy was applied while descriptive and inferential statistics were employed for the data analysis using SPSS version 16.

Results
85.3% of the participants were woman with a mean age of 37.6 years. 64.7% of the total population were university graduates. Regarding the participants' knowledge on blood pressure measurement, 67.6% of them knew the correct preparation and 66.2% were aware that the preferred site for the measurement is the seated position. 57.3% of the participants knew that, at first time, blood pressure should be measured in both arms, while 72% knew that blood pressure should be measured in the arm with the higher measurement. Also, 54.4% of the participants knew that the correct measurement includes the use of sphygmomanometer and auscultation of brachial artery by stethoscope. 50% and 56.9% of the participants were aware of the cuff horizontal and vertical dimensions recommended by AHA (American Heart Association), respectively. In addition, 56.7% knew that the cuff should be placed 2-3 cm above the point of auscultation of brachial artery, 40.3% considered that the arm cuff should be inflated manually until the height of the column of mercury approaches 200 mmHg while 43.1% knew the correct cuff pressure release rhythm (2-3 mmHg/sec). Also, 76,5% knew the Korotkoff sounds corresponding to systolic blood pressured and 70,6% the sounds corresponding to diastolic blood pressure. None of the participants responded correctly to all questions and a total of 73.5% were not aware of the recommended normal blood pressure range. In addition, 61% of the participants reported that they do not implement a specific arterial pressure measurement protocol in their clinic. Finally, 58.8% of respondents were taught to perform blood pressure measurement as a student.

Discussion
Hypertension is a highly prevalent risk factor and one of the most common reasons for visiting a doctor. Incorrect measurement of AP may dramatically affect the diagnosis and management of the patient. The results of the present study suggest that the knowledge of health professionals concerning the appropriate blood pressure measurement is insufficient.. In order to improve the knowledge and skills of nurses, emphasis should be given to the use of recommended protocols in everyday clinical practice and to the implementation of continuing education programmes for nursing staff.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1. Poulter N. Global risk of cardiovascular disease. Heart. 2003 May; 89(2): ii2-ii5.Available from PubMed:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/P MC1876298/pdf/v089p00ii2.pdf
2. Lawes C, Vander H, Rodgers A. Global burden of blood pressure-related disease, 2001. Lancet.2008 May;

371(9623):1513-8.Available from PubMed: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18456100
3. Kemp, F., Foster, C., McKinlay, S. How effective is training for blood pressure measurement? Professional Nurse. 1994 May; 9(8):521-522, 524. Available from PubMed: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8008765
4. Cuspidi C, et al. Awareness of hypertension guidelines in primary care: results of a region wide survey in Italy. J Hum Hypertens 2003 May; 17:541-7. Available from PubMed: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12874611
5. Ahmed ME. Knowledge of blood pressure measurement among a teaching hospital staff in a developing nation. Journal of Human Hypertension. 1997 Aug; 11(8):495-499. Available from PubMed: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/93 22830
6. González-López J.J, et al. Knowledge of Correct Blood Pressure Measurement Procedures Among Medical and Nursing Students. Rev Esp Cardiol. 2009 May;62(5):568-71.
7. Macedo M, et al. Do We Know to Measure Blood Pressure Correctly?Journal of Hypertension. 2010 Jun; 28:451

POSTER 141

AUTORES/AUTHORS:
Sevil Sahin, Havva Sert, Dilek Aygin, Kevser Ozdemir, Sibel Tosun

TÍTULO/TITLE:
THE VIEWS OF MALE STUDENTS HAVING EDUCATION IN SAKARYA UNIVERSITY REGARDING FAMILY PLANNING

OBJECTIVES: In spite of the almost all of the family planning services have been planned towards women in Turkey and World, many men in Turkey are motivated to use contraceptive methods and to share responsibility for family planning with their wives. About half the couples practicing family planning use male-dependent methods. Global efforts to target women for family planning (FP) acceptance have ignored the important fact that in developing countries men are usually the primary family decision-makers. This study aims to determine the views of male students having education in Sakarya University regarding family planning (FP).
METHODS: The study, which was in descriptive model, was conducted on students staying in state or private dormitories in Sakarya between 01.01.2012- 31.01.2012. The population of the study consisted of 3000 students, and the study sample consisted of 302 students who accepted to participate in the study. The approval of the institutions was taken before the study. The students were informed about the study and data were obtained upon their approval. Data were acquired through a questionnaire involving questions about socio-demographical characteristics of participants and their views regarding family planning. Data were evaluated in electronic environment.
RESULTS OR FINDINGS: The age averages of 302 students within the scope of the study was 21.69±2.24 years, 39.7% of whom were studying in the Faculty of Engineering, 37.3% of whom in the Faculty of Science and Letters, 17.0% of whom in the Faculty of Economics and Administrative Sciences, and 6.0% of whom in Health High School. 35.1% of the participants were sophomore students. Mothers (53.0%) and fathers (42.7%) of most students were primary school graduate, and 42.1% had medium income level. When the participants were asked the definition of family planning, 73.9% gave the answer “families’ having children that they can look after in healthy intervals, whenever they want and in numbers they demand” and 10.3% replied as “finishing pregnancy”. 53.0% of the students stated that they, themselves, wanted to use FP management in future. 76.5% of the students stated to know condom method, 62.6% to know oral contraceptive, 32.5% to know withdrawal method, and 5% to know vasectomy. Asked which FP method they would prefer in future, 70.9% chose condom, 56.3% oral contraceptive, and 2% vasectomy. Most of the students (73.2%) stated that FP was not harmful, 48.0% that they had moderate knowledge about FP. They told that they got informed about FP from internet (46%), TV (31.5%), and school (30.5%). 85.8% of the students gave the answer that “FP is necessary for sexual health”, 47.0% that “Abortion is a FP method”, 45.5% that “FP restricts the right to reproduce”, 38% that “Only women should apply FP”, and 50.3% that “There are few FP method”.
DISCUSSION: In the research carried out by Güldal et al.(2001), 22.8 % of the males said “it’s the woman who should be protected”, while 17.7 % said “it’s the male who should be protected”, and 58.2 % said “there is no difference”. The rate of the participants saying “both partners should be protected simultaneously” is the highest among all the answers (37.1 %). This result suggests that the males seem determined in the fertility control. The study determined that students knew FP method, they wanted to use FP methods themselves, and generally had positive views about FP; however regarded abortion as a FP method. This study suggests correcting the knowledge of students in universities through education and guidance about reproductive health.
Key words: family planning, male students, university

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
REFERENCES
1- Bianchi F.D., Perin E., Dupanloup A., Dumont P., Bonnet Z., Berthoud M., Kulier R., Bettoli L., Cioldi F,L. & Chardonnens D.(2006).Contraceptive councelling and social representations:a qualitive study.Swiss.Med.Wkly.136:127-134.
2- De Paola L.V., Hinton B.T.& Braun R.E. (2002). Male contraception. Wives. Trends in Endocrinology and Metabolism 11(2); 66-69.
3- Özvaris S.B., Dogan G.B. & AkinA.(1998).Male involvement in family planning in Turkey. World Health Forum 19(1): 76–8.
4- Güldal D., Semin, S. & Tepe, G.(2001).Aile planlamasinda erkekler nerede? DEU Tip Fakültesi Dergisi.Temmuz sayisi. 231-238.

POSTER 142

AUTORES/AUTHORS:
Dilek Aygin, Havva Sert, Sevil Sahin, Kevser Ozdemir, Sevin Altinkaynak, Sema Nur Korkut, Duygu Gursoy

TÍTULO/TITLE:
THE INCIDENCE OF PREMENSTRUAL SYNDROME IN THE STUDENTS OF SAKARYA UNIVERSITY HEALTH HIGH SCHOOL AND THE AFFECTING FACTOR

OBJECTIVES: Premenstrual syndrome (PMS) is the name given to a collection of physical and psychological symptoms that some women experience during the late luteal phase of each menstrual cycle (7 to 14 days prior to menstruation). Symptoms seem to worsen as menstruation approaches and subside at the onset or after several days of menstruation. A symptom-free phase usually occurs following menses. The exact causes of PMS are not clearly understood but have been attributed to hormonal changes, neurotransmitters, prostaglandins, diet, drugs, and lifestyle. The PMS symptoms reported in the literature fall into three domains: emotional, physical, and behavioral. This study aims to determine the incidence frequency of premenstrual syndrome (PMS) in female students having education in Health High School of Sakarya University and the factors affecting it.
METHODS: The study was in descriptive model and conducted on female students having education in Sakarya University and accepting to participate in the study between November- February 2012. The population of the study consisted of 470 students, 290 (61.7%) of whom approved to participate and constructed the sample of the study. Data were acquired through information form and Premenstrual Syndrome Scale (PMSS) crated by researchers. Chi-square, student t test and ANOVA test were used in the evaluation of data. FINDINGS: The age average of students participating in the study was 20.41±1.84 years and 80.7% had moderate income level. 87.6% of them stated themselves as nonsmokers, 62.2% stated that they were not exercising, 40.7% stated to consume coffee sometimes and 41.4% to consume coke rarely. 44.8% of the students were determined to feed regularly, 73.1% to have normal weight and 10.3% to be in normal weight. 27.2% of the students stated their characteristics as rational, 5.5% as aggressive-frustrated. The students, most of whom (75.2%) had menstrual pain, have PMS in their family history at the rate of more than half (51.0%). PMS were determined in 55.9% of the students. While significant difference was found between the sub-dimensions of aggressiveness and appetite changes according to Body Mass Index (BMI) ($p<.05$), no differences were found between total score averages of other sub-dimensions and PMS. Sub-dimensions score averages of depressive senses in the students staying in dormitories were significantly higher ($p=.030$). According to economic conditions, the pain scores of the ones with moderate income level were higher ($p=.018$), and the sub-dimension score averages of appetite change, bloating, fatigue, and anxiety of the ones with better income were found lower ($p<.05$). The incidence rate of anxiety in the student not performing exercise were significantly higher than the ones exercising ($p<.05$). The sub-dimensions of depressive sensation, anxiety, fatigue and aggressiveness and total score averages of the ones having PMS in their family history were found higher than other ones ($p<.05$). While excessive salt usage and drinking tea did not affect PMS incidence rate, drinking coffee and eating chocolate had effects on appetite changes, drinking coke on aggressiveness, and general nutritional status on sleeping changes sub dimension ($p<.05$). Depressive sensations, depressive thoughts, pain, aggressiveness, sleeping changes and total score averages of the students who described themselves as aggressive-frustrated were found higher compared to others (timid, rational, sensual) ($p<.05$).
DISCUSSION: PMS was observed in more than half of the students. Economic status, residence place, exercising, consumption of coffee and coke, nutritional status and describing their own characteristics were found to affect PMS and its sub-dimensions. According to the research literature on PMS, the symptoms are more severe for women, especially between the ages of 20-35. According to Moline and Zendell, women with PMS may suffer from sleep difficulties like insomnia or excessive sleepiness and are encouraged to establish regular sleeping patterns.
Key words: Premenstrual syndrome, effective factors, university students

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
Reference
1- Freeman, E. W.; Rickels, K.; Schweizer, E., and Ting, T. 1995. Relationships between age and symptom severity among women seeking medical treatment for premenstrual symptoms. Psychol. Med. 25: 309-15.
2- Henderson, C.W. 2000. ACOG issues guide-lines on diagnosis and treatment of PMS. Women's Health Weekly Nos. 5/6: 20-22.
3- Moline, M.L.; and Zendell, S.M. 2000. Evaluating and managing premenstrual syndrome. Medscape Gen. Med. 5: 1-16

POSTER 143

AUTORES/AUTHORS:
Sevil Sahin, Kevser Özdemir, Alaettin Unsal, Ozlem Dogu

TÍTULO/TITLE:
EVALUTION OF THE KNOWLEDGE ABOUT PAP SMEARS AMONG WOMEN AGED 15-64 YEARS

OBJECTIVES: Cervical cancer is ranked as the second type of cancer with highest the incidence among women and as the third in terms of cancer-related deaths. According to the World Health Organization data, it is estimated that approximately 2 million women are suffering from cervical cancer worldwide, with 500.000 new cases and 260.000 cervical cancer related deaths annually. The most efficient method in reducing the morbidity and mortality of cervical cancer as well as in its early detection is Pap smear. In gynecology, Pap smear finds particular use in cervical cancer screening, hormonal status evaluations, vaginal and cervical infection assessment, and in evaluation of the results obtained during and after radiotherapy performed for genital cancers. The aim of this study was to determine the frequency of women to seek Pap smear testing, and to evaluate their knowledge about Pap smear and some relevant factors.
METHODS: The study was conducted with the women aged 15-64 years who applied to the Polyclinics of Gynecology and Obstetrics at Sakarya Education and Research Hospital in 01 April-30 April 2012. The study group was consisted of 601 women aged 15-64 years who applied to the Polyclinics of Gynecology and accepted to participate in the research. A previously prepared questionnaire was filled up by the women under supervision. The definitions were as follows: if a woman had at least one pap smear test in her life, she was accepted as “the woman having pap smear test”, and if a woman heard the name of pap smear test, she was accepted as “the women knowing pap smear test”.
The data obtained was evaluated using SPSS (version 15.0) Program. A chi-square test was used for the analyses. Statistical significance was considered to be $p<0.05$.
RESULTS OR FINDINGS: The women were between 15 and 64 years old, and their average age was 31.09±10.49 years. It was determined that 19.1% of the study group had a Pap smear test previously, while 48.8% was determined to only know about Pap smear test. As a result of the study, women who were 30 years old or more, were graduates of high school or university, had a high income level, were married, had their first sexual relationship at the age of 25 or more, and who used a contraceptive method were determined to have a higher rate of seeking Pap smear test (for each factor; $p<0.05$). It was determined that women who knew about Pap smear had a higher rate of seeking Pap Smear test ($p<0.05$).
DISCUSSION : Frequency of referrals to gynecology clinics increase with advanced ages as a result of increased incidence of complaints of the reproduction system seen as the individual ages, and it is a common practice among gynecologist to request Pap smear testing to view its results. Thus, the frequency of taking Pap smear tests increase with increasing ages, which has been confirmed by previous studies. Similarly, the findings of the present study demonstrated a significantly higher frequency of Pap smear testing among women older than 30 years of age ($p<0.05$). As a result of this study, the women were found to have little knowledge about Pap smear test, and to have a low rate of seeking Pap smear test. Therefore, the women should be informed of the importance of the Pap Smear test, and of why, how and when it is done in order to raise awaireness in this regard.
Key words: Pap smear, cervix cancer, knowledge level, women aged 15-64 years.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
REFERENCE

1. Waxman A.G., 2005, Guidelines for cervical cancer screening, history and scientific rationale. Clin Obstet Gynecol; 48: 77-97.
2. Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., Taylor, Thun M. and M. J., 2008, Cancer Statistics 2008, CA Cancer J Clin; 58, 71-96.
3. Atasü T., Sahmay S., 2001, Jinekolojide Eksfolyatif Sitoloji (2.Baski). In: Atasü T., Sahmay S.(Eds) Jinekoloji (Kadin Hastaliklari). Nobel Tip Kitabevleri, Istanbul.
4. Barosso M.F., Gomes K.R., Andrade J.X., 2011, Frequency of Pap smear testing in young women with an obstetric history in Teresina, Piauí, Brazil. Rev Panam Salud Publica; 29 (3): 162-8.

5. Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., Taylor, Thun M. and M. J., 2008, Cancer Statistics 2008, CA Cancer J Clin; 58, 71-96.
6. Akyuz A, Guvenc G, Yavan T, Cetinturk A, Kok G. Kadinlarin Pap smear yaptirma durumlari ile bunu etkileyen faktorlerin belirlenmesi. Gulhane Tip Dergisi 2006; 48: 25-9.
7. Brenda E, Sirovich H, Welch G. The frequency of Pap smear screening in United States, J Gen Intern Med 2004; 19(3): 243.

POSTER 145

AUTORES/AUTHORS:
Dilek Aygin, Havva Sert, Sevin Altinkaynak, Hilal Cengel, Enisa Rasinlic

TÍTULO/TITLE:
THE KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIORS OF FEMALE STUDENTS UNIVERSITY REGARDING BREAST CANCER AND BREAST SELF-EXAMINATION

OBJECTIVES: Breast cancer is the most common malignancy in women in many parts of the world. Although breast cancer is a very serious health issue, when it's detected early the chances of surviving for the individual are greatly increased. It is recommended that mammography, clinical breast examination and breast self examination should be performed for early diagnosis of breast cancer. Breast self examination performed regularly and properly is a simple and economical diagnostic tool which protects women's privacy. This study aims to determine the knowledge, attitude and behaviors of female students in Sakarya University (SAU) regarding breast cancer and breast self-examination.

METHODS: The study was in descriptive model and conducted on 551 students who were having education in SAU in January-February 2012 and accepted to participate in the study. Upon taking the approval of institutions and students, data were acquired through interview form. Quantile, average and chi-square tests were used in analyses.
RESULTS: 68.6% of the students were in 21-25 year group, 97.5% were bachelor, 41.4% were having education in the Faculty of Economics and Administrative Sciences (FEAS), 73.1% had moderate income level, and menarch age of 76.2% were 12-14. 82% of the students stated that breast cancer can be pre-diagnosed through breast self-examination, 87.5% that it can be cured. It was determined that only 6.8% of them made regular monthly breast self-examination. The indicators of breast cancer mostly known by students were swelling in breast (87.7%), swelling in armpit (65.9%) and pains in breast (63.3%). 46.3% of the students were not aware of the incidence possibility of breast cancer in men. It was determined that the participants with breast cancer history in their first and/or second degree relatives performed breast self-examination more frequently ($p=0.012$, $p=0.016$); however no difference was found between the levels of their knowledge about when and in which age it should be done ($p>0.05$). There were no significant difference between their performance level of breast self-examination and their age, marital status, income level and menarch age ($p>0.05$). The performance levels of breast self-examination of the student of Medical Sciences (MS) and the Faculty of Science and Letters (FSL) were higher compared to other departments ($p=0.005$). The performance levels of breast self-examination were high in the participants who were medical professionals ($p=0.024$) and informed by their family ($p=0.000$). The ones with breast cancer history in their first and/or second degree relatives were determined to give more importance to get medical examination ($p=0.000$, $p=0.048$). The ones getting information from visual and written media gave more accurate answers to questions about who should make breast self-examination ($p<0.05$). While MS students gave more positive answers to questions about whether breast cancer could be observed in males, FEAS and FSL students stated that they didn't know ($p=0.019$).
DISCUSSION: The study determined that students were aware of the importance of breast self-examination in the diagnosis of breast cancer; however few performed it regularly. In parallel to our findings; according to Kocyigit et al. study, 47% of the women explained that they have a general knowledge of breast cancer. Women with high mean points of knowledge were performing breast self examination and had knowledge about mammography. Their main source of information about these methods was health personnel. The women with high knowledge points were visiting a doctor at least once a year. The rate of never visiting a doctor was 37.4%. In the group, 40% had no knowledge about breast examination, and 37.9% have no knowledge about mammography. According to results of Uzun et al. study, majority of students (81%, n=183) knew about BSE. The nursing education program (88.5%,) was reported to be the most common source for BSE information. Fifty-seven percent of students reported that they had performed BSE in the previous 12 months, but only 31% of the sample indicated they had performed BSE practice as regular monthly. Knowledge of students about technique of BSE practice generally was satisfactory.

Key words: Breast cancer, breast examination, knowledge and attitude.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
REFERENCES

1. Koçyigit O, Erel S, Kismet K, Kiliçoglu B, Sabuncuoglu MZ, Akkus MA. Poliklinige Basvuran Kadinlarin Meme Kanseri, Meme Muayenesi Ve Mamografi Hakkinda Bilgi Düzeyi: Il Merkezinde Yapilan Bir Çalisma. Nobel Med 2011; 7(2): 19-25.
2. Kesteloot Hugo, E.C., & Zhang, J. (2006). Differences in breast cancer mortality worldwide:unsolved problems. European Journal of Cancer Prevention, 15(5), 416-423.
3. Uzun Ö, Karabulut N, Karaman Z. Hemsirelik ögrencilerinin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalari. Atatürk Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004; 7 (1):10-17.
4. Dozier KJ, Mahon SM. Cancer Prevention, Detection and Control: A Nursing Perspective, Oncology Nursing Society, Pitspurg PA: 2002;389-443.
5. American Cancer Society. Breast cancer facts and fi gures
http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveilance/documents/document/acspc-030975.pdf

POSTER 146

AUTORES/AUTHORS:
Havva Sert, Nermin Olgun

TÍTULO/TITLE:
STIGMA IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS IN TURKEY

OBJECTIVES: Patients with tuberculosis are labelled, isoleted, excluded and stigmatized by society. Stigmatization causes delay process of diagnose, discontinue the treatment, depression, decrease self-esteem and quality of life. Stigma needs to be eveluetad because of becoming an important concept as the result these negative effects. This descriptive study aimed to determine the levels of perceived stigma among tuberculosis patients and the factors affecting the perceived stigma levels.
METHODS: The study was conducted with 407 patients in a training and research hospital between August and November 2008 after obtaining ethical and institutional permissions. Data was collected with the Patient Description Form and the Stigma Scale for Tuberculosis Patients (SSTP). Data was evaluated by calculating percentiles and means and analyzed using the independent samples t-test, ANOVA, and the Pearson correlation test.
RESULT OR FINDINGS: The mean age of the participants was 36.52 +- 15.7 years. Among the participants, 58.2% were male, 55.0% married, 53% graduated from primary school, 90.5% had social security, 60.2% had an average income, and 32.2% worked freelance. It was found that 51.4% of the participants had disease durations of 0-2 months, 66.3% were new cases and 75.4% of them were staying at the hospital for the first time. The mean SSTP scores of the participants was 80.93+-18.77 and 52.3% of the participants scored above average. Sociodemographic characteristics affecting the perceived stigma levels were gender ($p<0.05$), occupation ($p<0.05$), educational status ($p<0.01$), economical status ($p<0.001$), and social security status ($p<0.05$). Disease/health related characteristics affecting the perceived stigma levels were disease status ($p<0.001$), disease duration ($p<0.05$), hospitalizing ($p<0.05$), hiding tuberculosis ($p<0.001$) and initial feelings associated with the disease after the diagnosis ($p<0.001$).
DISCUSSION: Tuberculosis patients experience stigma and various factors affect the perceived stigma among these patients. The effects of stigma on the patient's life and on their adherence to treatment should be evaluated within the hospital environment and during their treatment process. Tusitsimu et al their studies approximately half of the subject patients had perceived stigma. In different patient groups studies showed that stigma is affected by gender, education level, marital status, duration of illness, and the economic situation.
Key words: tuberculosis, stigma level, Turkey

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
REFERENCES
1. Long NH, Johanson E, Diwan VK, Winkvist A. (2001). Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in Vietnam: a gender analysis. Health Policy, 58:69-81.
2. Rajeswari R, Muniyandi M, Balasubramanian R, Narayanan PR. (2005). Perceptions of tuberculosis patients about their physical mental and social well-being: A field report from South India. Social Science & Medicine, 60:1845-1853.
3. Mills EA. (2006). From the phsical self to the social body: Expressions and effects of HIV-related stigma in South Africa. J. Community Appl. Soc. Psychol, 16:498-503.
4. Zhang T, Liu X, Bromley H, Tang S. (2007). Perceptions of tuberculosis and health seeking behaviour in rural Inner Mongolia, China. Health Policy, 81:155-165.
5. Thomas BE, Rehman F, Suryanarayaman D, Josephine Y, Dilip M, Dorairaj VS, Swaminathan S. (2005). How stigmatizing is stigma in the life of people living with HIV: A study on HIV + individuals from Chennai South India. AIDS Care, 17(7): 795-801.
6. Zickmund S, Ho EY, Masuda M, Ippolito L, Labrecque DR. (2003). "They treated me like a leper" stigmatization and the quality of life of patients with hepatitis C. JGIM, 18:835-844.

POSTER 147

AUTORES/AUTHORS:
mohsen shahriari

TÍTULO/TITLE:
Interventional study: Effects of a self-care program on quality of life in patients with permanent pacemaker

Background& Objectives:
An important reason for the mortality due to cardiovascular diseases is heart arrhythmia for which the treatment is confined to medication and electrical supporting devices such as pacemaker. Although this device is to save and enlong trend and quality of life, this itself can put the patients in numerous physical, psychological and social problems.
This study has targeted at defining the effects of a self-care program on quality of life of the patients with pacemaker.
Methods:
This is a quasi experimental study in two groups and two stages in 2005. There were total of 34 subjects with pacemakers referring to Chamran Hospital Pacemaker Clinic in Isfahan, selected through easy access sampling and divided into two groups of 17 subjects. The data were collected by a four dimensional questionnaire including 55 items investigating quality of life in patients with pacemaker. A week after pacemaker had been implanted, quality of life of the patients with pacemaker was investigated in study and control groups and self-care program was held for the study group. After two months, quality of life was checked in both groups and the data were analyzed by using SPSS and apply proper descriptive inferential statistical tests.
Results:
The difference of means qualify of life score before and after intervention in study group was significant (P= 0.001), but this difference was significant with (P=0.01) in controls.The mean score of quality of life two months after intervention in study group was more than quality of life mean score among controls (P=0.038).
Discussion:
The findings show that self-care program was effective to promote quality of life of the patients with permanent pacemaker.
So, regarding the positive effect of self-care program on quality of life of the patients with pacemaker, it is suggested to include these programs in post operation educational and care plan programs of this sort of patients in the clinical setting.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
1-Crossley Michael,Watson Keith.Comparative and International Research Education. Routledgefalmer CO; 2003. p:135
2-Bastable B Susan. Nurse as Educator. 2nd ed. Jones And Bartlet Publishers; 2003.p: 9.
3- Craven RF, Hirnle CJ. Fundamental of Nursing Human Health and function. 8th ed. Philadelphia: Lippincott CO; 2003.p : 704.
4- Boyle J, Rost MK. Present status of cardiac pacing : A nursing perspective. Crit Care Nurs Q. 2000;23(1):1-19.
5- Wood M A , Ellenbogen k.Cardiac Pacemaker from the Patients Perspective. J Circulation 2002: May 105 (18):1
6- Owen A, Croucher L. Effect of a exercise programme for elderly patients with heart failure. Eur J Heart Fail 2000;2(1):65-70.
7-Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupre A, Begin R. Reduction of hospital utilization in patients with ehronic obstructive pulmonary disease : A disease – specific self – management. Arch Intern Med. 2003; Mar 10;163(5):585-91.
8- Lamas GA, Orav EJ, Stambler BS, Ellenbogen KA, Sgarbossa EB, Huang SK , etal. Quality of life and clinical outcomes in elderly patients treated with ventricular pacing as compared with dual chamber pacing. N.Engl J Med 1998;338(16):1097-1104.
9-Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self care and quality of life in patients with advanced heart failue:The effect of a supportive educational intervention. Heart & Lung j 2000; 29(5): 319-329.
10- Ries AL, Kaplan RM, Myers R, Prewitt LM. Maintenance after pulmonary rehabilitation in chronic lung disease : A randomized trial. Am J Respir Crit Care Med 2003 ;167(6):880-8.

POSTER 149

AUTORES/AUTHORS:
Baljit Kaur, Joseph Kok Long Lee

TÍTULO/TITLE:
Age of Chinese health care takers affecting the quality of sexuality care provided to adults with mild to moderate Intel

Objectives
Numerous of studies showed age was the most important variable affecting people's attitudes towards the sexuality of people with Intellectual Disability (ID). Older health care takers generally held more conservative attitude than younger health care takers do, considering the sexuality of adults with ID (Cuskelly & Gilmore, 2007; Cuskelly & Bryde, 2004; Murray, MacDonald, Brown & Levenson, 1999; Karellou 2003). Murray and Minnes (1994) found that younger health care takers (under 40 years of age) held the most liberal attitude towards the sexuality of person with ID.
The aim of this study is to explore whether the age of Chinese health care takers in Hong Kong also determines and affect their attitude towards the sexuality care and needs of adult with mild to moderate ID, no previous study had been done on this aspect in Hong Kong before.

Method
A convenience sampling of health care takers of mild to moderate Intellectual Disability was asked to complete the Chinese translated questionnaire, Attitude to Sexuality Questionnaire – Individuals with an intellectual disability (ASQ – ID) which have a high test-retest reliability (r= 0.91) and a good internal consistency (a > 0.90). ASQ – ID is a 5 point likert scale with total score ranges from 28 to 168; a higher score indicates a more positive attitude on the perception of defining sexuality of mild to moderate adults with ID.

Results
The age of range was from 19 to 58 in the participants. The mean of age was 38.46; the median of age was 39, which was similar to the mean of age. The mean and median is similar. That means the age was evenly distributed. Pearson product moment correlation was used to investigate the relationship between the age and mean of total score in ASQ-ID. A weak negative correlation (r=-0.360) was showed, a significant difference (p<0.001) between age and mean of total score in ASQ-ID. Older age of participants got lower mean of total score in ASQ-ID. That means the older Chinese health care takers hold more conservative attitude towards sexuality of adults with mild to moderate ID in Hong Kong.

Discussion
A weak negative correlation to Chinese health care taker's attitude and their age, p value small than 0.001 thus showed a significant difference. That means older Chinese health care takers hold more conservative attitude towards sexuality of adults with mild to moderate ID in Hong Kong. It was consistent with previous studies of health care takers (Cuskelly & Gilmore, 2007; Cuskelly & Bryde, 2004; Karellou, 2003; Murray, MacDonald, Brown & Levenson, 1999; Murray & Minnes, 1994), younger health care takers hold more liberal attitudes than older health care takers towards the sexuality of adult with ID.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
Reference

Cuskelly, M., & Bryde, R. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: parents, support staff, and a community sample. Journal of Intellectual & Developmental Disability, 29 (3), 255-264.

Cuskelly, M., & Gilmore, L. (2007). Attitudes to sexuality questionnaire individuals with an intellectual disability): scale development and community norms. Journal of Intellectual & Developmental Disability, 32 (3), 214-221.

Karellou, J. (2003). Laypeople's attitudes towards the sexuality of people with learning disabilities in greece. Sexuality and Disability, 21 (1), 65-84.

Murray, J. L. & Minnes, P. M. (1994). Staff attitudes towards the sexuality of persons with intellectually disability Sexuality of persons with Intellectual Disability. Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities, 19 (1), 45-52.

Murray, J. L., MacDonald, R. A. R., Brown, G., & Levenson V. L. (1999). Staff attitudes towards the sexuality of individuals with learning disabilities: a service-related study of organisational policies. British Journal of Learning Disabilities, 27, 141-145.

POSTER 150

AUTORES/AUTHORS:
Baljit Kaur, Joseph Kok Long Lee

TÍTULO/TITLE:
Gender of health care taker determines the sexuality care given to adults with mild to moderate Intellectual Disability

Objective
One of the factor found that it is the precipitating factor, gender, which a health care taker for adults with mild to moderate Intellectual Disability (ID) determines the sexuality care provided to them. Kamapalan & Li (2009) revealed that female health care takers had higher mean than males' in their attitudes toward sexuality of adults with ID but had no significant difference between male and female.
The aim of this study is to explore whether the gender of health care takers in Hong Kong also determines and affect their attitude towards the sexuality care and needs of adult with mild to moderate ID, no previous study had been done on this aspect in Hong Kong before.

Methods
A convenience sampling of health care takers of mild to moderate Intellectual Disability (ID) was asked to complete the Chinese translated questionnaire, Attitude to Sexuality Questionnaire – Individuals with an intellectual disability (ASQ – ID) which have a high test-retest reliability (r= 0.91) and a good internal consistency (a > 0.90). ASQ – ID is a 5 point likert scale with total score ranges from 28 to 168; a higher score indicates a more positive attitude on the perception of defining sexuality of mild to moderate adults with ID.

Results
A total of 100 complete questionnaires were obtained and majority of them were female with 68% (n= 68) and 32% male (n= 32). There were observed differences between male and female in mean of total score, which male was 114.66 and female was 107.4853. The independent t-test was used to find out a significant difference in the mean of total score between male and female (t=2.273 and p=0.025), which p was <0.05.

Discussion
The independent t-test was used to find out a significant difference in the mean of total score between male and female. Male health care takers had higher score than the female health care taker. That means Chinese male health care takers have more liberal attitudes than female health care takers towards sexuality of adults with mild to moderate Intellectual Disability (ID) in Hong Kong.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:
Reference
Kamapalan, L., & Li, J. (2009). Staff attitude towards the sexuality of adults with intellectual disability in Singapore. IN (EDS.) The 19th Asian Federation on Intellectual Disabilities Conference.

ÍNDICE / INDEX

Mesa de comunicaciones 1: Cáncer / Cuidados paliativos Concurrent session 1: Cancer / Palliative Care ..... p. 1
Mesa de comunicaciones 2: Profesión/Gestión Concurrent session 2: Nursing Profession/Management ..... p. 13
Mesa de comunicaciones 3: Cuidados a pacientes críticos Concurrent session 3: Critical Care ..... p. 28
Mesa de comunicaciones 4: Cuidadores / Dependencia Concurrent session 4: Caregivers / Dependency ..... p. 33
Mesa de comunicaciones 5: Evaluación de Intervenciones Concurrent Session 5: Intervention Assessment ..... p. 45
Mesa de comunicaciones 6: Cuidadores / Dependencia Concurrent session 6: Caregivers / Dependency ..... p. 53
Mesa de comunicaciones 7: Práctica Clínica Concurrent session 7: Clinical Practice ..... p. 59
Mesa de comunicaciones 8: Cuidados a pacientes crónicos y críticos Concurrent session 8: Chronic and critical care ..... p. 67
Mesa de comunicaciones 9: Profesión / Gestión Concurrent session 9: Nursing Profession / Management ..... p. 71
Mesa de comunicaciones 10: Nuevas tecnologías Concurrent session 10: New technologies ..... p. 79
Mesa de comunicaciones 11: Envejecimiento Concurrent session 11: Aging ..... p. 89
Mesa de comunicaciones 12: Salud / Género Concurrent session 12: Health / Gender ..... p. 99
Mesa de comunicaciones 13: PCBE Concurrent session 13: EBP ..... p. 108
Mesa de comunicaciones 14: Salud Mental Concurrent session 14: Mental Health ..... p. 120
Sesión de Comunicaciones Orales Breves I Session of Oral Brief Presentations I ..... p. 131
Sesión de Comunicaciones Orales Breves II Session of Oral Brief Presentations II ..... p. 163
Mesa de comunicaciones 15: Cáncer / Cuidados paliativos Concurrent session 15: Cancer / Palliative Care ..... p. 196
Mesa de comunicaciones 16: Cuidados materno-infantiles Concurrent session 16: Mother and children Care ..... p. 213
Mesa de comunicaciones 17: Profesión/Gestión Concurrent session 17: Nursing Profession/Management ..... p. 226
Mesa de comunicaciones 18: Promoción de la salud Concurrent session 18: Health promotion ..... p. 238
Mesa de comunicaciones 19: Profesión / Gestión Concurrent session 19: Nursing Profession / Management ..... p. 257
Mesa de comunicaciones 20: Promoción de la salud Concurrent session 20: Health promotion ..... p. 266
Mesa de comunicaciones 22: Evaluación de Intervenciones Concurrent Session 22: Intervention Assessment ..... p. 274
Sesión de Comunicaciones Orales Breves III Session of Oral Brief Presentations III ..... p. 295
Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV Session of Oral Brief Presentations IV ..... p. 307
Sesión de Comunicaciones Orales Breves V Session of Oral brief Presentations V ..... p. 319
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VI Session of Oral Brief Presentations VI ..... p. 329
Mesa de comunicaciones 23: Práctica Clínica Concurrent session 23: Clinical Practice ..... p. 337
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VII Session of Oral Brief Presentations VII ..... p. 354
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VIII Session of Oral Brief Presentations VIII ..... p. 398
Sesión de Comunicaciones Orales Breves IX Session of Oral Brief Presentations IX ..... p. 427
POSTER 2 ..... p. 477
POSTER 3 ..... p. 480
POSTER 4 ..... p. 482
POSTER 5 ..... p. 484
POSTER 6 ..... p. 486
POSTER 8 ..... p. 487
POSTER 9 ..... p. 490
POSTER 11 ..... p. 493
POSTER 13 ..... p. 495
POSTER 15 ..... p. 497

POSTER 16 ..... p. 500
POSTER 17 ..... p. 503
POSTER 19 ..... p. 504
POSTER 20 ..... p. 506
POSTER 22 ..... p. 508
POSTER 23 ..... p. 511
POSTER 26 ..... p. 513
POSTER 29 ..... p. 515
POSTER 31 ..... p. 517
POSTER 34 ..... p. 519
POSTER 35 ..... p. 521
POSTER 38 ..... p. 523
POSTER 39 ..... p. 525
POSTER 40 ..... p. 527
POSTER 41 ..... p. 528
POSTER 45 ..... p. 530
POSTER 46 ..... p. 532
POSTER 47 ..... p. 534
POSTER 48 ..... p. 536
POSTER 51 ..... p. 537
POSTER 52 ..... p. 539
POSTER 53 ..... p. 541
POSTER 55 ..... p. 543
POSTER 57 ..... p. 545
POSTER 60 ..... p. 547
POSTER 62 ..... p. 549
POSTER 64 ..... p. 550
POSTER 65 ..... p. 552
POSTER 69 ..... p. 554
POSTER 72 ..... p. 555
POSTER 76 ..... p. 557
POSTER 77 ..... p. 558
POSTER 80 ..... p. 559
POSTER 81 ..... p. 561
POSTER 82 ..... p. 562
POSTER 85 ..... p. 564
POSTER 87 ..... p. 566
POSTER 88 ..... p. 569
POSTER 89 ..... p. 571
POSTER 91 ..... p. 573
POSTER 93 ..... p. 575
POSTER 95 ..... p. 577
POSTER 97 ..... p. 579
POSTER 100 ..... p. 581

POSTER 102 ..... p. 583
POSTER 103 ..... p. 585
POSTER 104 ..... p. 587
POSTER 105 ..... p. 588
POSTER 106 ..... p. 590
POSTER 108 ..... p. 593
POSTER 112 ..... p. 595
POSTER 113 ..... p. 597
POSTER 115 ..... p. 599
POSTER 116 ..... p. 602
POSTER 117 ..... p. 604
POSTER 118 ..... p. 607
POSTER 119 ..... p. 609
POSTER 120 ..... p. 611
POSTER 121 ..... p. 613
POSTER 122 ..... p. 615
POSTER 123 ..... p. 617
POSTER 125 ..... p. 618
POSTER 126 ..... p. 619
POSTER 128 ..... p. 620
POSTER 129 ..... p. 622
POSTER 130 ..... p. 624
POSTER 131 ..... p. 626
POSTER 132 ..... p. 628
POSTER 133 ..... p. 630
POSTER 134 ..... p. 631
POSTER 137 ..... p. 632
POSTER 139 ..... p. 634
POSTER 140 ..... p. 636
POSTER 141 ..... p. 638
POSTER 142 ..... p. 639
POSTER 143 ..... p. 640
POSTER 145 ..... p. 642
POSTER 146 ..... p. 644
POSTER 147 ..... p. 645
POSTER 149 ..... p. 646
POSTER 150 ..... p. 648
ÍNDICE / INDEX ..... p. 649