III Jornadas de Enfermería I+D+i

Sevilla, 18 de marzo de 2015

Libro Resúmenes de Comunicaciones

Nuevas competencias:

La realidad de la Enfermería de Práctica Avanzada

Cada vez más cerca de las personas

Cruz Roja Española

Libro

Resúmenes de Comunicaciones

© Cruz Roja Española

Cualquier parte de este documento puede ser citado, copiado, traducido a otros idiomas o adaptado para satisfacer las necesidades locales sin autorización previa de Cruz Roja Española, a condición de que se claramente la fuente.

III Jornadas de Enfermería I+D+i.
Sevilla 18 de marzo de 2015.

Libro Resúmenes de Comunicaciones.

ISBN 978-84-606-6790-2

1ª Edición

18 de marzo de 2015

Edita: Cruz Roja Española
Avda. de la Cruz Roja, Nº1 dpdo.
Sevilla 41009
954350997 - esense@cruzroja.es

Autor: Centro de Enfermería Cruz Roja adscrito a la Universidad de Sevilla

Dirección: Ponce Blandón, José Antonio
Coordinación: Romero Martín, M. Macarena
Edicíón: Montes Porras, Domingo

Índice

1. **INTRODUCCIÓN**

2. COMUNICACIONES ORALES.

2.1 Pacientes incluídos en el Programa de Atención Domiciliaria. Tarea Fundamental: Evaluación del Estado Nutricional.

2.2.Causas Psicosociales de Acúfenos.

2.3 Enfermería de Práctica Avanzada: Detección de Violencia de Género en Urgencias en Andalucía.

2.4 Percepción Social de las Competencias Enfermeras. Visión Histórica.

2.5 Beneficios de los Cuidados Domiciliarios al Paciente.

2.6 Barreras en la Implementación de la Enferme-ría basada en la Evidencia en la Práctica Clínica.

2.7 Parto en el Hogar: a propósito de un Caso.

2.8 Revisión bibliográfica de Enfermería de Práctica Avanzada en Urgencias.

2.9 Los Cuidados de los Estomas como Enfermería de Práctica Avanzada.

2.10 Enfermería y Enfermos Paliativos: Calidad de Cuidados y Muerte Digna.

2.11 Modelo de Adaptación para el No Consumo de Alcohol en Adolescentes con Padres Alcohólicos.

3. COMUNICACIONES POSTER.

3.1 La Necesidad de la Enfermería de Práctica Avanzada en el Sistema Nacional de Salud Español.

3.2 La Necesidad de la Enfermería de Práctica Avanzada en el Sistema Nacional de Salud Español.

3.3 Cuidador del Paciente Dependiente: ¿es importante evaluar su Salud?

3.4 Aplicación del Proceso Enfermero en la Curación de Herida Quirúrgica.

3.5 Atención Enfermera al Paciente Terminal en el ámbito extrahospitalario: coordinación de recursos en Andalucía.

3.6 Atención de Enfermería al Paciente Traqueostomizado en un DCCU. Colaboración con la EGC.

3.7 Actualización de conocimientos sobre el Consejo Dietético en el Consumo de Nitratos en Lactantes.

3.8 Papel de la Enfermería en Educación Sanitaria hacia Pacientes en rehabilitación cardiaca postinfarto.

3.9 Innovación y Práctica Avanzada en Enfermería. Niveles competenciales según el Modelo de Patricia Benner.

3.10 ¿Es necesario implantar EPA en el Servicio Sanitario Español?

3.11 Abriendo Caminos: Enferméría de Práctica Avanzada en España.

3.12 Nuevas necesidades en la Enfermería española: el desarrollo de competencias sobre plantas medicinales.

3.13 Caso Clínico: Hemofilia.

3.14 Competencias de Enfermería y Práctica Avanzada en unidades de Cuidados Intensivos.

3.15 Enfermería Avanzada: Cuidados Paliativos Competencia Enfermera.

3.16 Estudio del perfil de Mujeres en la Consulta del Proceso Asistenical Integrado Cáncer de Cérvix.

3.17 ¿Se alejan nuestros Universitarios de la Dieta Mediterránea?

3.18 De la Mujer Cuidadora a las Prácticas Avanzadas.

3.19 Tratamiento con CPAP: Condicionantes en la Adherencia.

3.20 Evidencias sobre los beneficios de una Consulta Prequirúrgica en Pacientes de Cirugía programada.

3.21 Hiperglucemia en el Embarazo: Importancia de la Educación para la Salud basada en la Evidencia científica.

3.22 La Terapia de Presión Negativa. ¿Una Práctica Segura?

3.23 Prevención de los Síndromes Diarreicos secundarios al tratamiento con Quimioterpia/Radioterapia a través de los Probióticos.

3.24 Evaluación de Competencias en Estudiantes de Enfermería en el Área de Cuidados Críticos y Urgencias.

3.25 Enfermería Vestibular de Práctica Avanzada.

3.26 Diabetes Gestacional: Asesoramiento Nutricional y Cuidados en la Embarazada.

3.27 Cuidados en el Embarazo: Obesidad y Preeclampsia.

3.28 Efectividad de un Grupo Psicoeducativo para Reducir el Burnout en las Enfermeras.

3.29 Beneficios del Parto en el Agua: Cuidados de Enfermería.

3.30 Práctica Avanzada Enfermera: Una Ventaja en la Atención a Enfermeros Críticos.

3.31 El Aprendizaje Sobre La Práctica: Prácticum de Enfermería.

3.32 Cuidando al Cuidador a través de la Enfermería.

Libro

de Resúmenes-Comunicaciones

III Jornadas de Enfermería I+D+i.

Nuevas competencias:

La realidad de la Enfermería de Práctica Avanzada

La Enfermería de Practica Avanzada (EPA) ha ido surgiendo en los distintos sistemas de salud para conseguir mejores resultados en pacientes, familias y en las propias organizaciones debido a la formación y desarrollo de nuevas competencias enfermeras. Ésta práctica surgida en Canadá, Estados Unidos y desarrollada en el Reino Unido está cobrando importancia en nuestro país con experiencias en varias comunidades autónomas. En nuestro ámbito más cercano La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía está formando a enfermeros y enfermeras del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) en nuevas competencias para el seguimiento de pacientes con patología crónica.

Comunicaciones ORALES

Pacientes incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria. Tarea Fundamental: Evaluación del Estado Nutricional

Autores: Luis Albendín-García; Ginesa López-Torres; María Esther Rodríguez-Delgado; María Gemma Albendín-García.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de nutrición en los ancianos pueden ser prevenidos, controlados o tratados, pero los signos de alarma de la nutrición son, a menudo, pasados por alto en la atención a nuestros pacientes. La malnutrición no tratada puede llevar a una espiral de infecciones, mayor desnutrición y muerte en la población anciana.

Palabras Clave: Estado Nutricional, Malnutrición, Dependencia.

OBJETIVO

Evaluar la situación nutricional de pacientes incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria (PAD).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. Ámbito de realización: Atención primaria. Criterios de selección, número de sujetos incluidos: Pacientes mayores de 65 años del PAD escogidos por muestreo sistemático (n=51). Aplicación del cuestionario MNA (Mini Nutricional Assesment) para establecer el estado nutricional. Variables: Sociodemográficas, antropométricas, de dependencia, estado anímico y cognitivo, y parámetros analíticos. Análisis estadístico:Chi cuadrado, t student. Nivel de significación: $p< 0,05$.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Del total de la muestra (51 pacientes):El 80,4% fueron mujeres y la media de edad de 87,2(DT=5,39). Presentaban 4,5(DT=1,8) enfermedades crónicas de media y un consumo de 6,6 (DT=3,0) fármacos. Se detectó un posible cuadro depresivo en el 47,4% y alteración cognitiva moderada-severa en el 32,6%.En pacientes que viven el su domicilio: 39,2% tenía riesgo de malnutrición y el 17,6% presentaba malnutrición. En las residencias: 41,9% riesgo de malnutrición y el 80% malnutrición. El 25,5% presentaba índice de masa corporal inferior al percentil 10 en 2 % (residentes

en domicilio) y 13,7% (residencias) respectivamente. Los parámetros analíticos fueron inferiores a los normales en: Proteínas(49%), hemoblogina (45,1%), ácido fólico(19,6%), y vitamina B12(13,7%).

CONCLUSIONES

Hay instrumentos de valoración sencillos que pueden ser utilizados durante la consulta de atención primaria para identificar los factores de riesgo de un mal estado nutricional. Se ha objetivado una elevada proporción de pacientes con parámetros analíticos alterados indicativos de malnutrición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alemán-Mateo H, Pérez Flores F. Los indicadores del estado de nutrición y el proceso de envejecimiento. Nutr Clín 2003;6(1):46-52.

Causas Psicosociales de Acúfenos

Autores: Petra Lorente-García; Ana López-Lorente; Miguel A. López-González.

INTRODUCCIÓN

Los acúfenos o ruidos de oídos pueden estar producidos por patología ótica somatosensorial o neurológica, aunque la mayoría de ellos están diagnosticados como idiopáticos o de causa desconocida. Ello es debido a queno se encuentran causas médicas, por lo que las causas psicosociales se convierten en el único instrumento para poder poner un tratamiento causal o etiológico. El diagnóstico psicosocial de los acúfenos subjetivos lo realiza enfermería.

Palabras Clave: Acúfeno, Impacto psicosocial, Procesos de Enfermería y aAtención de Enfermería.

OBJETIVO

Conocer los factores condicionantes y desencadenantes de los acúfenos subjetivos idiopáticos.

MATERIAL Y MÉTODO

Pacientes con acúfenos subjetivos idiopáticos (n=105) atendidos en la Unidad de Acúfenos e Hiperacusia del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. El diagnóstico psicosocial es realizado por enfermería mediante una “entrevista social semiestructurada”.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Factores desencadenantes: Conflictos y tensiones sociales familiares 50% y laborales 50%. En la familia los conflictos sociales son: soledad 8%, enfermedad de un familiar 8%, muerte de un familiar 8%, cuidador de un familiar 6%, enfermedad propia 6%, divorcio 4%, desempleo de un familiar 2%, fracaso de la fecundación in vitro 2%, acoso laboral 1%, cambio de domicilio 1%, estudios y oposiciones 1%, herencia 1%, hipoteca 1%, ruptura sentimental 1%. En el trabajo los conflictos sociales son: desempleo propio 13%, exceso de trabajo 10%, estudios y oposiciones 7%, deterioro laboral 5%, jubilación 5%, desempleo de un familiar 4%, acoso laboral 3%, trabajo penoso 2%, ascenso con mayor responsabilidad 1%.

CONCLUSIONES

El diagnóstico psicosocial que realiza enfermería determina las causas psicosociales de los acúfenos subjetivos idiopáticos: factores condicionantes y factores desencadenantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gander PE, Davies J. How to help residents who are troubled with tinnitus. Nurs Residential Care. 2012 Jul;14(7):348-51.

2. Holmes S, Padgham ND. Review paper: more than ringing in the ears: a review of tinnitus and its psychosocial impact. J Clin Nurs. 2009 Nov;18(21):2927-37.

3. Holmes S, Padgham ND. Ringing in the ears: narrative review of tinnitus and its impact.

4. Loprinzi PD, Lee H, Gilham B, Cardinal BJ. Association between accelerometer-assessed physical activity and tinnitus, NHANES 2005-2006. Res Q Exerc Sport. 2013 Jun;84(2):177-85.

5. Middleton J, editor. Clinical facts: tinnitus.Nurs Times. 2006 Mar; 102 (12):27.

Enfermería de Práctica Avanzada: Detección de Violencia de Género en Urgencias en Andalucía

Autores: Rocío De Diego-Cordero; Bárbara Badanta-Romero; Sergio Barrientos-Trigo; Antonio Manuel Barbero-Radío; Antonio Moreno Guerín-Baños.

INTRODUCCIÓN

En comunidades autónomas como la nuestra, las competencias de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) se están ampliando, lo cual se pone de manifiesto en la atención de urgencias ante casos de violencia de género, dada la autonomía de enfermería para realizar la detección o diagnóstico de dichos casos, derivación a otros profesionales y toma de decisiones avanzadas que benefician a la víctima y reducen los tiempos de espera.

DeCs: Enfermería de Práctica Avanzada, Violencia contra la Mujer, Urgencias Médicas, Protocolos.

OBJETIVO

Mostrar el papel de la enfermería de urgencias ante casos de violencia de género como profesionales con competencias propias y dentro del ámbito de la práctica avanzada en Andalucía.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una búsqueda de artículos y protocolos existentes en materia de Violencia de Género aptos para detectar actuaciones relacionadas con las competencias propias y características de la EPA en los servicios de Urgencias en Andalucía.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género recoge actuaciones identificadas con las características de la EPA (actuación en la detección, asistencial, valoración de la seguridad, información y derivación, actuación legal) y el Protocolo andaluz de actuación sanitaria desde el ámbito de las Urgencias ante la violencia de género describe claramente que en los Servicios de Urgencias Enfermería será la

encargada de la recepción de la mujer, encargándose de la atención posterior y la atención al resto de profesionales y describe el protocolo de actuación.

CONCLUSIONES

La detección de los casos de violencia de género está dentro de estas actuaciones que la EPA en el ámbito de Urgencias de forma independiente puede tratar y cerrar; contar con la información y herramientas necesarias facilitará esta labor y aumentará el número de casos de violencia de géneros detectados y tratados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consejería de Salud. Protocolo andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Sevilla 2008
2. Consejería de salud. Protocolo andaluz de actuación sanitaria desde el ámbito de las Urgencias ante la violencia de género. Sevilla 2012.
3. Manuel Sánchez, R., López Alcoholado, Ramírez Piedra, C. Detección de la violencia de género desde Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) en urgencias. Nuevos retos para la enfermería en práctica avanzada. Paraninfo Digital. 2012; año IV, nº15.
4. Vallery S. El desarrollo de un rol de práctica avanzada en enfermería de urgencias y emergencias: reflexiones desde la experiencia en Irlanda. Emergencias 2010; 22: 220-225
5. Galao Malo, R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. Index de Enfermería (edición digital) 2009; 18(4).
6. López Alonso S., Linares Rodríguez C. Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias. Index de Enfermería 2012; 21(1-2): 5-6.

Percepción Social de las Competencias Enfermeras. Visión Histórica.

Autores: Pablo Barco-Pérez; José Antonio Sánchez-Miura; Diego Martel-González; Alejandro Rodríguez -Enríquez.

INTRODUCCIÓN

Autores como Prat, Restrepo y Hernández coinciden con Errastri cuando afirma que “Si en alguna cosa existe un amplio consenso en relación a la enfermería es su dificultad para hacerse claramente visible e identificable” (Errastri, 2012, p. 270). Según Siles (2004) la identidad social de un grupo viene dada por la capacidad para satisfacer demandas sociales. Enfermería proporciona cuidados cada vez más avanzados y especializados a la sociedad (enfermería de práctica avanzada), pero la realidad es que los cuidados siguen siendo aún invisibles para la población.

Palabras Clave: Percepción social; Historia de la enfermería; Personal de enfermería; Autonomía profesional; Estereotipo.

OBJETIVO

Analizar la historia reciente de la enfermería española para comprender la percepción social de falta de autonomía que tiene la profesión en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, CINAHL, SciELO y Cuiden. Se obtuvieron 163 resultados, de los cuales se revisaron en total unos 37 artículos científicos, decantándonos finalmente por 13 para esta revisión. No se fijaron límites temporales para la búsqueda bibliográfica debido al carácter histórico del estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para Siles (2004) la memoria colectiva dota de identidad a un grupo social o profesión. Esta memoria colectiva, siguiendo a autores como Matamoros, Emm y Matesanz, se ha visto influenciada por clichés y estereotipos de toda índole. Para Errastri,Restrepo y Prat el estereotipo sexual ha jugado un papel decisivo en la visión de la profesión a lo largo de la historia reciente, siendo potenciado por el cine y la televisión. Otro estereotipo muy influyente ha sido el de la enfermera como “auxiliar” del profesional

facultativo. Esta revisión bibliográfica muestra la imagen social de la enfermería, la cual para Moreno (2011, p.87) “es una creación icónica, simplificada y estereotipada”.

CONCLUSIONES

La profesión enfermera es desconocida, ya que la sociedad aún no reconoce la importancia de los cuidados ni de sus profesionales, los enfermeros. A demás, en palabras de Errastri “existe una tendencia a verla como una profesión inferior a la medicina y bajo su sombra”. (Errastri, 2012, p.281).

BIBLIOGRAFÍA

1. Casas, F. & Millares, T. (2003, noviembre). Las enfermeras en la Guerra Civil española. E.ducare 21, 2, 1-5.

2. Emm, F. & Hortense P. (2010). Percepción social de profesionales de enfermería evaluada mediante diferentes escalas. Revista latinoamericana Enfermagem, 14(6). 1-7.

3. Errastri, B. &Arantzamendi, M. (2012). La imagen social de la enfermería: Una profesión a conocer. Anales del sistema sanitario de Navarra, 35(2) 269-283.

4. Hernández, F., Del Gallego, R., Alcaráz, S. & González, J. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. Cultura de los Cuidados, 2, 21-35.

5. Matamoros, K. (abril, 2007). Percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención. Revista Enfermería Actual en Costa Rica, 12, 1-12.

6. Matesanz, M. (2012). Las fundaciones sanitarias laicas en la España del siglo XX: La escuela de enfermería de la Fundación Jiménez Díaz (Tesis magistral). Universidad Complutense de Madrid. Escuela universitaria de Enfermería, Fisioterapia y podología, Madrid.

7. Moreno, E., Nava, G. & Rodríguez, A. (2011). Percepción de la imagen social que tiene el equipo interdisciplinario y los enfermos del profesional de enfermería en el INNN. Enfermería neurológica (Mexico), 10(2), 86-93.

8. Prat, C. (2013). Análisis de la imagen social de la enfermería a través del cine y la televisión. (Trabajo Fin de Grado). Universitat internacional de Catalunya. Facultad de Medicina y ciencias de la salud.

9. Restrepo, L., Roberti, J. & Zambrano, N. (2010). Percepción de la imagen social de la enfermería entre los estudiantes de enfermería. Salud,

arte y cuidado, 3(1), 4-13.

10. Siles González, J. (2004). La construcción social de la Historia de la Enfermería. Index de enfermería, 13(47), 1-7.

11. Siles, J. (2008).Historia de la enfermería: una aportación epistemológica desde la perspectiva cultural de los cuidados. Cultura de los Cuidados, 5, 5-7.

12. Zaider, V. & Olivia, A. (2005). Paradigmas de investigación en enfermería. Ciencia y Enfermería, 11(1), 17-24.

Beneficios de los Cuidados Domiciliarios al Paciente

Autores: Herminia Cervera-Rodríguez; Antonio Ángel Cobos-Hidalgo. Francisco Javier Cabrera-Fuentes. Rafael Fernández-Castillo.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida provoca un envejecimiento de la población, lo cual incrementa las enfermedades crónicas.Este incremento se debe en parteal progreso de la misma ciencia médica.

OBJETIVO

Analizar los beneficios que se obtienen en la realización de programas de cuidados domiciliarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de artículos científicos publicados en revistas biomédicas entre los años 2001 y 2011. Los términos utilizados fueron del DeCS: “home care”, “quality of life”, “benefits” y “primary health”. Las bases de datos utilizadas fueron: BIREME y PubMed.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La enfermera coordinadora de cuidados domiciliarios se ocupa de la valoración integral del paciente y su seguimiento. Junto con el resto del equipo interdisciplinar, es la encargada del diseño del plan asistencial individualizado y de la identificación de los recursos que va a necesitar el paciente. Un estudio analizó la calidad de vida de ancianos con enfermedades terminales incluidos en un programa de atención domiciliaria, demostrando una mejoría en aspectos como rol emocional, función social y salud mental. Otro estudio centrado en pacientes que recibieron cuidados postalta ha mostrado reducir los reingresos y el riesgo de institucionalización, especialmente en enfermos frágiles. Se ha visto también que al disminuir las institucionalizaciones permanentes se reduce el gasto sanitario.

CONCLUSIONES

Los efectos positivos de la realización de estos cuidados se relacionan con la mejora de las condiciones de vida del anciano y la integración en su comunidad. Los equipos de atención domiciliaria han mostrado tener efec-

tos beneficiosos sobre el riesgo de deterioro funcional, el riesgo de ingreso en residencias y la mortalidad. Es una opción asistencial a tener en cuenta al conjugar los beneficios para el enfermo en términos de función y de mortalidad con los del sistema en términos de una menor utilización de recursos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinel MC, Sánchez S, Juárez T, García JJ, Viveros A, García C.”Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios”. Salud Pública Mex. 2011 enero-feb; 53(1): 17-25.

2. Rodríguez L. “Atención domiciliaria para personas ancianas: no todo vale”. Rev. Esp. Salud Publica v.77 n.5 Madrid set.-oct. 2003.

3. Varela Y, Sacristán A, Pelayo M, Fernández J. “Relación de la calidad de vida con diferentes modelos de atención domiciliaria en enfermos oncológicos terminales de un área sanitaria de Madrid” Rev. Esp. Salud Publica v.77 n.5 Madrid set.-oct. 2003

4. Gamboa GA.”Atención domiciliaria de la persona anciana: una perspectiva bioética”. Aquichan. 2001 ago; 9(2): 171-184.

5. Hidalgo A, Llatas A,Oriach MR,Viladot A, Figueiras G, Manito I, Núñez E,Ondiviela A, Salvadó A.”Indicadores de salud. Estado de salud de la población atendida en un Programa de Atención Domiciliaria”. Rev. Enferm. mar 2007; 30(3): 182-186.

Barreras en la Implementación de la Enfermería basada en la Evidencia en la Práctica Clínica

Autores: María Belén Gómez-Márquez;. Mari Carmen García-García.

INTRODUCCIÓN

La Enfermería basada en la evidencia (EBE) se define como el "proceso por el cual las enfermeras toman decisiones clínicas, usando las mejores pruebas disponibles sustentadas en la investigación, su experiencia clínica y las preferencias del paciente, en el contexto de los recursos disponibles". Es una estrategia que apoya la práctica asistencial, haciéndola más efectiva y eficiente al encontrarse basada en estudios rigurosos. A su vez, potencia la autonomía profesional y la formación continuada, y es la mejor herramienta para generar un conocimiento válido y relevante que desarrolle la enfermería profesional.

Palabras clave: Enfermería basada en la evidencia, investigación en enfermería, enfermería.

OBJETIVO

Identificar las principales barreras en la aplicación de la EBE.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en las bases de datos Scielo, Cochrane y Google Académico.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Elevada presión asistencial y tiempo insuficiente. Falta de medios financieros y organizaciones que no entregan las estructuras necesarias para aplicar las evidencias. Falta de reconocimiento social y profesional e incluso de la propia enfermería. Escasa formación científica en los estudios básicos. Resistencia al cambio por parte de los profesionales de enfermería.

CONCLUSIONES

Para que la aplicación de la evidencia se lleve a cabo en la práctica de la enfermería se precisa del apoyo de las instituciones sanitarias, las facul-

tades de enfermería y los propios profesionales de enfermería. Especialmente importante es motivar a los profesionales y concienciarlos de la necesidad de buscar la práctica más segura posible y aplicarla.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cañón Montañez W, Durán Niño E.Y, Hernández Beltrán J.A. Enfermería basada en la evidencia: un pilar esencial en el currículo. Cuidarte 2010; 1 (1): 82-85.

2. Ramirez Elizondo N. Enfermería basada en la evidencia, una ruta hacia la aplicación en la práctica profesional. Enfermería en Costa Rica 2011; 32 (2): 89-96.

3. Varela Curto M.D, Sanjurjo Gómez M.L, Blanco García F.J. La investigación en enfermería. Rol de la enfermería. Enfuro 2012; 121: 19-21.

4. Alcolea Cosín M.T, Oter Quintana C, Martín García A. Enfermería basada en la evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. Nure Investigación 2011; 52.

5. Urra Medina E, Retamal Valenzuela C, Tapia Pinto C, Rodríguez Vidal M. Enfermería basada en la evidencia: qué es, sus características y dilemas. Investigación y Educación en Enfermería 2010; 28 (1): 108-118.

Parto en el Hogar: a propósito de un Caso

Autores: Isabel Gómez-Megías, Elena Infante- Checa, Juana Macías-Seda.

INTRODUCCIÓN

El parto en otros lugares está sistematizado e incluido en la cartera de servicios del sistema de salud. Sin embargo en nuestro país esto es un reto, aunque un volumen considerable de mujeres solicite este tipo de nacimientos.

Palabras clave: Parto Domiciliario, Parto normal, Trabajo de Parto, Parto Humanizado. Keywords: Home Childbirth, Natural Childbirth, Labor Obstetric, Humanizing Delivery.

OBJETIVO

Describir la vivencia de una familia y de la Enfermera especialista Matrona que ha llevado a cabo este tipo de parto en el hogar.

MATERIAL Y MÉTODO

Para abordar esta experiencia se utilizó una metodología cualitativa mediante una entrevista en profundidad realizada en el domicilio a la mujer y en su consulta a la matrona.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De las tres etapas del parto cabe destacar en la dilatación la libertad de movimiento, el acompañamiento de la pareja, que supone un apoyo emocional, y la posibilidad de sumergirse en agua caliente, relajando y facilitando la dilatación. En el expulsivo la mujer tuvo la posibilidad de elegir la postura más cómoda para parir, eligiendo una silla de partos mientras seguía con la ayuda de un espejo las imágenes de su parto. Era tal su estado de emoción que el alumbramiento paso desapercibido para ella (llegando la enfermera especialista a aconsejarle que empujara en la salida de la placenta). En palabras de la profesional lo positivo de este tipo de partos es la importancia que se le da al plano emocional y que las complicaciones, en su experiencia hasta el momento, son mínimas.

CONCLUSIONES

Si por el contrario la población piensa que es una experiencia doloro-

ella la describe como una experiencia de empoderamiento y confort, que ayuda a reforzar el vínculo entre los padres y su hijo. La matrona piensa que a pesar de la insistencia de la OMS en el abordaje de los temas de salud desde el plano biopsicosocial, sigue primando la perspectiva biosanitaria en nuestro contexto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laza Vásquez, Celmira. ¿Cuál y por qué es la mejor experiencia para la mujer: la atención del parto normal en el hogar o en el hospital?. Evidentia. 2011 abr-jun; 8(34). Disponible en: <www.index-f.com/evidentia/n34/ev3403.php> Consultado el 16 de Diciembre del 2014

2. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Guia de asistencia del parto en casa. Barcelona ; 2010.

3. Cabrera Ditzel J. Realidad y expectativa en torno a la atención del parto en Chile. Renacer del parto natural. Rev Chil Obstet Ginecol 2003; 68 (1): 65-67.

4. Méndez González RM, Cervera Montejano MD. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. Salud Publica Mex 2002; 44: 129-136.

5. Martínez Escoriza JC. Parto en domicilio: ¿hay suficientes evidencias como para proponerlo como alternativa al parto en hospital? Evid Prdiatr. 2010; 6: 46.

Revisión bibliográfica de Enfermería de Práctica Avanzada en Urgencias

Autores: José Miguel Rodríguez-Baquero; Virginia Yot-Domínguez; Cristina Campos-Guerrero; María de los Ángeles Guijo-Domínguez; Gloria Lucade Tena-Ruiz; Joaquín Ahumada-Bilbao.

INTRODUCCIÓN

Las necesidades de los usuariosde urgencias han manifestado un cambio cualitativo en la enfermería actual[1, 2, 3, 4]. Esta figura renovada es la Enfermera de Practica Avanzada (EPA) de urgencias. Promueven el bienestar, intervenciones sanitarias y cambios saludables en estilos de vida de pacientes, familias y cuidadores, en colaboración con otros profesionales sanitarios[4, 5, 6, 7, 8, 9]. Presenta un amplio enfoque en su asistencia y competencias, permitiendo valorar al usuario de forma biopsicosocial[2, 3, 5, 6, 10, 11, 12].Existen cuatro conceptos de EPA[1, 4, 13]: 1) Autonomía[14], 2) Práctica de experto[15], 3) Experiencias propias[16], 4) Investigación[17].

Palabras Clave (Keywords): “Advanced Practice Nursing” (DeCS), “Urgency” (DeCS), “Emergency” (DeCS), “Enfermería” (DeCS), “Avanzada” (DeCS).

OBJETIVO

Proveer de significado el rol de EPA para equiparar el concepto en España.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en CINAHL, se obtiene 1 documento, y de ése, 2 de la revista Index de Enfermería, referentes a EPA de Urgencias. Búsqueda bibliográfica en Fama + (*plus) de la Universidad de Sevilla, resultando 177, se escogieron 10.De esta búsqueda, se revisaron 3 artículos.La búsqueda enENFISPO dio 30 hallazgos, se tomaron 2.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Destacamos un estudio realizado en Andalucía en 2014 que concluye, que el 30,6 % de los avisos de urgencia consistieron en valoración y resolución por la enfermera[12].La EPA resulta el profesional idóneo para dar respuesta a las demandas urgentes en domicilio y desarrollo de los servicios de urgencias, triage y consulta, destacando su costo-efectividad.

CONCLUSIONES

Queda reflejada la importancia de la EPA en cuidados especializados, y las Comunidades Autónomas están ampliando el marco de actuación con el objetivo de responder a la demanda creciente de atención, expandiéndose la cartera de servicios sanitaria.En España, al no tener consideración de EPA, las competencias han sido realizadas por enfermeras autónomas, con experiencia, competentes y responsables de su práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández García A. Satisfacción de los pacientes en un Servicio de Urgencias con los cuidados enfermeros. 2013 2013-06.

2. Valenzuela Rodríguez A. Prescripción, Administración de medicación y Práctica enfermera avanzadas. ¿Argumentos para una nueva definición de funciones en el área de los cuidados de urgencias y emergencias prehospitalarios?: El Ejemplo Andaluz.
CiberRevistaEnfermeriadeUrgencias.com. 2011.

3. Miró O. ¿Hacia dónde caminamos? Urgencias 2030 Where are we going? Emergency care 2030. An.Sist.Sanit.Navar. 2010; 33(Suplemento 1): 229.

4. del Barrio-Linares M. Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. Enfermería Intensiva. 2014; 25(2): 52-7.

5. Gibbons L. Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach. Emergency Nurse Emergency Nurse; Jul2014, Vol. 22 Issue 4, p13-13, 1/3p; 2014-07-01; 22(4):13-2.

6. Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. Enfermería Clínica. 2014; 24 (1):90-8.

7. Hoskins R. Evaluating new roles within emergency care: a literature review. International emergency nursing. 2011; 19(3):125-40.

8. De Geest S, Moons P, Callens B, Gut C, Lindpaintner L, Spirig R. Introducing advanced practice nurses/nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. Swiss Med Wkly. 2008; 138(43-44): 621-8.

9. López Alonso, Sergio R.; Martín Caravante, Susana; Rivero Sánchez, Carolina; Linares Rodríguez, Cecilio; Martínez García, Ana I. Actividad y seguridad de la enfermera de urgencias a domicilio. Index Enferm (Gran) 2014; 23(3):134-138.

10. McCarthy G, Cornally N, Mahoney CO, White G, Weathers E. Emer

gency nurses: Procedures performed and competence in practice. International Emergency Nursing In International Emergency Nursing. January 2013 21(1):50-57; 2013-01-01; 21(1):50-7.

11. López Alonso SR, Linares Rodríguez C. Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias. Index de Enfermería. 2012; 21(1-2):5-6.

12. López Alonso SR, Martín Caravante S. Enfermera de Práctica Avanzada para las Urgencias a Domicilio. Index de Enfermería. 2012;21 (3):117-8.

13. Small V. El desarrollo de un rol de práctica avanzada en enfermería de urgencias y emergencias: reflexiones desde la experiencia en Irlanda. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2010;22(3):220-5.

14. Lowe G, Plummer V, O'Brien AP, Boyd L. Time to clarify - the value of advanced practice nursing roles in health care. J Adv Nurs Journal of Advanced Nursing (J ADV NURS), 2012 Mar; 68 (3): 677-85. (55 ref.); 2012-03-01; 68(3):677-85.

15. McConnell D, Slevin OD, McIlfatrick SJ. Emergency nurse practitioners' perceptions of their role and scope of practice: Is it advanced practice? International Emergency Nursing In International Emergency Nursing April 2013 21(2):76-83; 2013-04-01; 21(2):76-83.

16. Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET. Advanced practice nursing: An integrative approach. Elsevier Health Sciences; 2013.

17. Thompson W, Meskell P. Evaluation of an advanced nurse practitioner (emergency care)—An Irish perspective. The Journal for Nurse Practitioners. 2012;8(3):200-5.

Los Cuidados de los Estomas como Enfermería de Práctica Avanzada

Autores: Álvaro Pizarro-Miranda; Maria Macarena Romero-Martín; Juan Carlos Safont-Montes.

INTRODUCCIÓN

Las necesidades de cuidados de la sociedad actual requieren nuevos roles para la Enfermería más eficaces que mejoren la calidad de la atención sanitaria y la satisfacción de los usuarios, tales como la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA)[1]. Las personas ostomizadas precisan de una atención holística e individualizada. La diversidad y complejidad de sus necesidades de cuidados hace que el papel de Enfermería sea esencial para la adaptación a su nueva vida y reducción de las complicaciones[2].

Palabras clave: Estomas Quirúrgicos (Surgical Stoma) DeCS, Atención de Enfermería (Nursing Care) DeCS, Enfermeras Practicantes (Nurse Practitioners) DeCS.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es explorar las posibilidades de desarrollo de la EPA en el campo de la estomaterapia.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de la literatura, para la que se consultaron las bases de datos CUIDEN, PubMed y Scopus. Análisis de las cuatro áreas de actuación de Enfermería, asistencia, docencia, docencia e investigación, en el área de la estomaterapia.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se describe las funciones asistenciales de la enfermera estomaterapeuta, tanto en la fase preoperatorio, postoperatorio inmediato y tardío[3]. Se expone la oferta formativa de postgrado en el área de la estomaterapia. Se identifican las unidades de gestión de pacientes ostommizados[4]. Se describe la producción científica hallada.

CONCLUSIONES

La atención al paciente ostomizado se considera un área óptima para el desarrollo de la EPA, dado que abarca un amplio campo de desempeño

profesional en los cuatro ejes fundamentales: clínica avanzada, gestión, docencia e investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Appeby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. Enferm Clin. 2014; 24(1):90-98.

2. Coca Pereira C, Fernández de Larrinoa Arcal I, Serrano Gómez R. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomías. Metas Enferm. 2014; 17(1): 23-31.

3. Cots I, Villalba E. Guía de cuidados de enfermería a la persona portadora de un estoma, según patrones funcionales [Internet]. Granada: Biblioteca Lascasas, 2011; 7(2). [acceso 5 marzo 2015]. Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0590.php

4. Campo J, Caparrós MR. Pasado, presente y futuro de la unidad de estomaterapia del Hospital Clínico San Carlos. Psicooncología. 2006; 3(1): 189-194.

Enfermería y Enfermos Paliativos: Calidad de Cuidados y Muerte Digna.

AUTORES

Begoña Martos-Cabrera; Alba Magdalena Avilés-Guzmán; Marina Bueno-Gómez.

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos; atención primaria; calidad de vida

INTRODUCCIÓN

En España, la prevalencia de cuidados paliativos si sitúa en torno a tres casos por cada mil habitantes, mayor en poblaciones envejecidas.

El cuidado paliativo es el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo.

En este caso, enfermería debe considerarla no como un recurso habitual de los programas de salud, sino como una experiencia que ha de promover una atención digna y humanitaria a personas y familias en esta realidad difícil y en tanto que dure la misma, brindando bienestar en la medida de lo posible.

OBJETIVO

Valorar la calidad de los cuidados de enfermería en el paciente paliativo mediante intervenciones individualizadas en los términos propios del enfermo.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de artículos científicos publicados en revistas biomédicas entre el año 2009 y el 2015. Las bases de datos consultadas fueron: PUBMED, DIALNET, SCIELO. La ecuación de búsqueda fue “Cuidados Paliativos AND Atención Primaria” y “Enfermería avanzada AND Cuidados paliativos”.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Diversos estudios informan de que nos enfrentamos a situaciones difíciles que hacen cuestionar el manejo correcto las mismas, por ello, es muy importante la formación en el abordaje de estos pacientes. De hecho el 90% de los profesionales la percibían como bastante necesaria.

La intervención de un equipo multidisciplinar garantiza una mejora en la calidad de vida de estos pacientes, abordando la situación desde una perspectiva amplia, incluyendo al paciente y a la familia, haciéndolos partícipes de tomar decisiones informadas, aliviar el sufrimiento físico, psicológico y espiritual, crear ambiente cómodo y necesidades de apoyo.

CONCLUSIONES

Enfermería junto con un equipo multidisciplinar debe alcanzar la calidad de vida de estos enfermos mediante cuidados personalizados que respeten la autonomía del paciente, ayudándoles a llevar una vida más fácil y a tener una muerte digna, centrándose en la dignidad de la persona.

BIBLIOGRAFÍA

1.Vega T, Arrieta Antón E, Lozano JE, Miralles M, Anes Y, Gómez C, et al. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de Atención Primaria en el domicilio. Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la sociedad española de salud pública y administración sanitaria, 2011; 25 (3): 205-210.

2.Romero Sánchez IM, Barea JL, Cordero Ponce M. Personalización de los cuidados enfermeros. Aproximación a través de la investigación acción participativa. Medicina paliativa, 2010; 17 (2): 84-89.

Codorniu N, Bleda M, Alburquerque E, Guanter L, Adell J, García F, et al. Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. Index de Enfermería, 2011; 20 (1-2): 71-75.

Modelo de Adaptación para el No Consumo de Alcohol en Adolescentes con Padres Alcohólicos

AUTORES

Martha Dalila Méndez-Ruiz, Nora Angélica Armendáriz-García y Joaquín Salvador Lima-Rodríguez.

INTRODUCCIÓN.

El núcleo familiar satisface necesidades elementales tales como el preparar a los hijos para la vida adulta, colaborar con su integración en la sociedad y protegerlos de conductas riesgosas como lo es el consumo de alcohol[1,2]. Sin embargo, cuando en la familia existen factores de riesgo tales como conflicto familiar, falta de estilos de vida positivos y/o consumo de alcohol en los padres, puede aumentar el riesgo de consumo de esta droga en los hijos adolescentes[3,4]. Por otra parte, estudios[5-7] muestran que algunos adolescentes con padres que consumen alcohol optan por rechazar esta droga lícita, por lo que resulta de interés investigar a fondo y por medio del Modelo de Enfermería: Modelo de Adaptación de Roy[8], si los mediadores propuestos en el presente estudio son elementos que intervienen en el no consumo de alcohol en los adolescentes con padres alcohólicos. Los mediadores son: auto-concepto, resiliencia y crianza parental.

OBJETIVO.

Identificar la relación y efectos directos entre la historia familiar del consumo de alcohol, sobre el auto-concepto, resiliencia y crianza parental, y el no consumo de alcohol de los adolescentes mediante la comprobación de las proposiciones del Modelo de Adaptación de Roy.

MATERIAL Y MÉTODOS.

El diseño del estudio será predictivo, transversal, con diseño de comprobación de modelo[9]. La población será en hijos adolescentes de padres alcohólicos, escolarizados en preparatorias públicas de Nuevo León, México. El muestreo será estratificado por institución educativa, con asignación proporcional al tamaño de cada estrato. Los instrumentos seleccionados muestran una confiabilidad aceptable superior a .80. El estudio se apegará al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud[10]. Para responder a objetivo se emplearán Coeficientes de Correlación de Pearson o Spearman, según la normalidad de los datos, y un Análisis de Modelamiento de Ecuaciones Estructurales.

PALABRAS CLAVE.

Familia, consumo de alcohol, adolescentes, auto-concepto, resiliencia, crianza.

REFERENCIAS:

- Lévi-Strauss C. La familia. Lecturas de Antropología Social y Cultural. 2010: 195.

- Lloret D, Segura M, Carratalá E. Relaciones y reacciones familiares consumo de alcohol y tabaco en adolescentes en población rural. Rev Salud y Drogas. 2008; 8(2): 119-135.

- Bratberg GH, Nilsen TI, Holmen TL, Vatten LJ. Sexual maturation in early adolescence and alcohol drinking and cigarette smoking in late adolescence: a prospective study of 2,129 Norwegian girls and boys. Eur J Pediatr. 2005; 164(10): 621–625.

- Strandheim A, Bratberg GH, Holmen TL, Coombes L, Bentzen N. The influence of behavioural and health problems on alcohol and drug use in late adolescence - a follow up study of 2 399 young Norwegians. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2011; 5(1): 17.

- Peralta F, Sánchez D. Relaciones entre el auto-concepto y el rendimiento académico en alumnos de educación primaria. Rev Electrónica de Investigación Psicoeducativa y Psicopedagógica. 2003; 1(1): 95-120.

- Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. Journal of Nursing Measurement. 1993; 1: 165-178.

- Guzmán F, Pedrão L. Factores de riesgo personales e interpersonales en el consumo de drogas ilícitas en adolescentes y jóvenes marginales de bandas juveniles. Rev Lat-am Enfermagem. 2008; 16(3): 368-374.

- Roy C. The Roy Adaptation Model (3ª ed.). Upper Saddle River. 2008. NJ: Pearson.

- Burns N, Grove SK. Investigación en enfermería. (3a Ed.). 2004. Barcelona, España: ELSEVIER.

- Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. México, 1987. D.F. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/ cdi/nom/compi/rlgsmis.html

Comunicaciones POSTER

La Necesidad de la Enfermería de Práctica Avanzada en el Sistema Nacional de Salud Español

Autores: Paredes-Jiménez A; Gómez-Márquez R.

INTRODUCCIÓN

La enfermera de práctica avanzada (EPA) surge en EEUU en los años 701. Son enfermeras con la capacidad necesaria para desarrollar un ejercicio profesional ampliado2. La EPA nos da independencia no solo para consumir evidencia científica, también nos aporta la oportunidad de crearla y utilizarla en nuestro ámbito3. El Sistema Nacional de Salud (SNS), debe explotar la cualificación del colectivo enfermero, generando nuevos puestos para fortalecer el rol de las EPAs4.

Palabras claves: Rol de la Enfermera; Enfermería de Práctica Avanzada; España; Enfermería Basada en la Evidencia

OBJETIVO

El objetivo del estudio es valorar si la enfermera de práctica avanzada podría ser de utilidad o no en el SNS.

MATERIAL Y MÉTODO

Se basa en una revisión bibliográfica en SCOPUS y CINAHL. Las palabras claves utilizadas fueron “Rol de la Enfermería”, “Enfermería de Práctica Avanzada”, “España” y “Enfermería Basada en la Evidencia”.

RESULTADOS

La muestra consiste en 16 artículos, de los cuales hemos analizado los resultados y conclusiones de 10 artículos debido a que los restantes son editoriales o carecen de información significativa.

CONCLUSIONES

Consideramos de vital importancia la implicación de la enfermera de prácticas avanzadas en el SNS debido a sus numerosas virtudes no sólo sanitarias sino también económicas y de cara a la satisfacción del paciente. Además, la EPA implica una mejora en la formación del profesional de enfermería, ampliando la cartera de servicios y funcionando como objeto de

cohesión dentro del equipo multidisciplinar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enferm Clin. 2014; 24 (1): 79-89.

2. Valenzuela-Rodríguez AJ. Prescripción, Administración de medicación y Práctica enfermera avanzadas. ¿Argumentos para una nueva definición de funciones en el área de los cuidados de urgencias y emergencias prehospitalarios?: El Ejemplo Andaluz. En: XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE). Puerto de Santa María (Cádiz). 31 de Marzo de 2011.

3. Argilaga-Moleroa E, Arias-Rivera S. Práctica avanzada de enfermería en las unidades de cuidados intensivos de España. Enferm Intensiva. 2013; 24 (4): 135-136.

4. Zabalegui-Yarnoz A. El cuidado de la salud requiere enfermeras de práctica avanzada. Nursing 2014 Volumen 31 Número 5

5. Romero-Ruiz A, Parrado-Borrego G, Rodríguez-González J, Caparrós-Miranda IS, Vargas-Lirio MI, Ortiz-Fernández P. La consulta de terapia antitrombótica: progresando hacia la Enfermería de Práctica Avanzada. Enferm Clin. 2014; 24 (3): 200-204.

6. Del Barrio-Linares M. Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. Enferm Intensiva. 2014;25(2):52-57.

7. Hernández-Yáñez JF. Especialidades y Enfermería de Práctica Avanzada ¿Qué significa Enfermería de Práctica Avanzada hoy y aquí? Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria. 2011 Octubre; 4 (2): 31-33.

8. Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. Enferm Clin. 2014; 24 (1): 90-98

9. López-Alonso SR., Linares-Rodríguez C. Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias. Index Enferm. 2012 Junio; 21 (1-2): 5-6.

10. López Alonso SR, Martín Caravante S. Enfermería de Práctica Avanzada para las Urgencias a Domicilio. Index Enferm. 2012 Septiembre; 21 (3): 117-118.

11. Instituto Joanna Briggs. Eficacia de las Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA) en centros de antención a personas mayores. Best Practice 2010; 14 (19): 1-4

12. Navarro-Vera N, Alegría-Vargas L, Carvajal-Nuñez C. Manejo de la sedación en UCI: ¿Una práctica avanzada de enfermería? Revista Chilena de Medicina Intensiva 2013; Vol 28 (4): 200-205

13. Small V. El desarrollo de un rol de práctica avanzada en enfermería de urgencias y emergencias: reflexiones desde la experiencia en Irlanda. Emergencias 2010; 22: 220-225

14. Cortada-IEchauz J. Práctica avanzada de enfermería en el control de la estimulación ovárica en comparación con el control médico. Universidad Autónoma de Barcelona 2013.

15. De la Torre- Aboki J. Reumatología y enfermería de práctica avanzada. En: Documento de consenso eular: Manejo por parte de la enfermera reumatológica del paciente con enfermedad articular inflamatoria crónica. Alicante 8 y 9 de Mayo de 2014.

16. Galao-Malo R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. Index Enferm . 2009 Diciembre; 18(4): 221-223.

Cuidador del Paciente Dependiente: ¿es importante evaluar su Salud?

Autores: Luis Albendín-García; Ginesa López-Torres; María Esther Rodríguez-Delgado; María Gemma Albendín-García.

INTRODUCCIÓN

La población actual evoluciona hacia su envejecimiento progresivo, con un aumento del número de pacientes ancianos dependientes que permanecen mayoritariamente en sus domicilios y reciben cuidados de su familia a través de la figura del cuidador principal.

Palabras Clave: Anciano, Dependencia, Cuidados.

OBJETIVO

Relacionar las diferentes variables de dependencia de un grupo de pacientes incluidos en el programa de Atención Domiciliaria y Atención Familiar con el estado de salud del Cuidador Principal(CP).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. Recogemos datos de 116 pacientes dependientes incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria en un centro de salud durante el segundo semestre 2014. Variables del paciente dependiente:Tipología Psicosocial de Enfermedad Crónica (TP),grado de inmovilidad,tipo de discapacidad y periodo de la enfermedad.Variables del cuidador principal: edad, género, número de horas dedicadas a cuidar, convivencia e impacto en su salud(Escala de Zarit). Análisis estadístico: Test exacto de Fisher.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De 116 pacientes:16 presentaban TP A(14%); 46TP B(40%); 28 TP C (24%), y 26 TP D(21%). Los CP de pacientes con TP A refieren mayor impacto en su salud(P=0,003), así como los de enfermos con dificultades de movilización,discapacidad motora grave(P = 0,003) y en fase terminal (P=0,007).94 (81%) son mujeres y 22 (19%) hombres, sin diferencias en la percepción de su salud (P=0,056).Edad media 57 años(+/- 14,66).El CP es el cónyuge(39%) e hijos(46%), siendo convivientes el 78%.El 75% emplean en los cuidados más de 5 horas diarias, y aquellos que más tiempo dedican refieren peor estado de salud (P=0,040).

CONCLUSIONES

Los CP ven alterada su salud cuando cuidan a pacientes con enfermedades TP A(inicio agudo,curso progresivo) que requieren mayores esfuerzos por su mayor grado de inmovilidad y en Fase Terminal. Entre los CP predominan las mujeres, sin encontrar diferencias en la percepción de salud por edad, convivencia ó relación con el paciente. Hemos de centrar nuestros esfuerzos en reconocer a los CP en riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yaffe K, Fox P, Newcomer P, Sands L, Lindquist K, Dane K et al. Patient and caregiver characteristics and nursing home placemente in patients with demencia. JAMA. 2002; 287:290-7.

2. ópez J, Crespo M. Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. Psicothema 2007; 19:72-80.

3. Losada M, Moreno-Rodríguez R, Cigarán M, Peñacoba C. Análisis de programas de intervención psicosocial en cuidadores de pacientes con demencia. Informaciones Psiquiatricas 2006; 1984:173-186.

Aplicación del Proceso Enfermero en la Curación de Herida Quirúrgica

Autores: Ángel Hueso-Beltrán; Esther Rojas-Andrade; Antonio Manuel Barbero-Radio.

INTRODUCCIÓN

Hombre de 55 años que presenta una herida quirúrgica procedente de una cirugía extracorpórea (Esta cirugía es una técnica que permite realizar operaciones a corazón abierto mediante la derivación de la sangre venosa antes de su llegada a la aurícula derecha que la hace pasar por un aparato donde se oxigena y se reinyecta posteriormente en la aorta mediante un sistema de bombeo). Se encuentra en planta. Manifiesta ansiedad a la hora de la curación. Según el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, se encuentra alteradala necesidad 5: Dormir y descansar. El diagnóstico enfermero que tiene alterado sería (00146) Ansiedad R/C Curación de herida quirúrgica M/P Verbalización de miedo por parte del paciente.

Palabras Clave: Proceso enfermero, Herida quirúrgica, Curar.

OBJETIVOS

Los objetivos en cuanto a la ansiedad, serían: Nivel de ansiedad (1211)

Autocontrol de la ansiedad (1402).

MATERIAL Y MÉTODO

Los recursos utilizados serían recursos materiales y humanos disponibles en planta vinculantes a la atención en el caso clínico. En cuanto al método: Disminución de la ansiedad (5820): Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan ansiedad. Crear un ambiente que facilite la confianza. Técnica de relajación (5880): Favorecer una respiración lenta y profunda intencionadamente.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En cuanto a los objetivos buscamos mediante la escala likert, pasar de 2 - 5, donde 2 es escaso y 5 extenso. En un transcurso de 2 semanas. El diagnóstico de ansiedad al ser subjetivo del paciente, puede llegar a crear controversia entre los distintos profesionales y ser tratado diferentemente.

CONCLUSIONES

Se irá observando diariamente la evolución del paciente, hasta que este reciba la alta médica. La evaluación debe ser un proceso continuo ya que es una parte integral de todas las etapas del PE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benavent A, Francisco C, Ferrer E. El proceso de cuidar y su instrumento metodológico. En: García R, coordinadora. Fundamentos de Enfermería. 2ª ed. Valencia: DAE; 2009.

2. Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y prácticas. Vol 1. 8ª ed. Madrid: Pearson; 2008. p. 175 - 194.

3. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.

4. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Autoras: Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. 4ª edición. Ed. Elsevier.

5. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Autoras: Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. 5ª Edición. Ed. Elsevier.

6. Fundamentos de Enfermería. Colección Enfermería 21. Ed DAE, 2ª edición 2009. Autores: Benavent Garcés A, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Capitulo 12: Juicio y acción terapéutica: planificación, ejecución y evaluación. p. 304 - 309.

Atención Enfermera al Paciente Terminal en el ámbito extrahospitalario: coordinación de recursos en Andalucía

Autores: José Domingo Buitrago-Navarro; María Luisa Toledo-Calvo; Luís Felipe Escalera-Franco.

INTRODUCCIÓN

En nuestra población se está produciendo un envejecimiento progresivo de nuestros mayores, al igual que aumenta los pacientes que precisan de Cuidados Paliativos por padecimiento de algún tipo de carcinoma. Es necesario que el personal de Enfermería DCCU (Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias), el de EAP (Equipo de Atención Primaria), la EGC (Enfermera Gestora de Casos) y el Equipo de Cuidados Paliativos, estén en plena coordinación, comunicación y formación para cuidar y paliar el sufrimiento del paciente en estado Terminal y se le pueda proporcionar una muerte digna y correcta fase de duelo a familiares. En Andalucía, la atención sanitaria pública en situaciones de urgencia extra hospitalaria a estos enfermos se proporciona a través de los DCCU, 061 y de forma paliativa no urgente por el EAP, EGC y equipo de cuidados paliativos del Área Sanitaria Sur de Córdoba.

Palabras Clave: Cuidados Paliativos, Familia, Atención de Enfermería. (Fuente: DECS, BIREME).

OBJETIVO

Ofrecer información sobre la atención socio-sanitaria y coordinación inter niveles a los pacientes paliativos en fase terminal en Andalucía.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en las bases de datos electrónicas MEDLINE, CINAHL y EMBASE de los diferentes protocolos de actuación de la coordinación y atención socio sanitaria extra hospitalaria al paciente paliativo en fase terminal en Andalucía.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La atención al paciente terminal en el ámbito extra hospitalario debe garantizar una asistencia integral y holística, paliar el sufrimiento y dar apo-

yo emocional a la familia. La resolución in situ será: - El paciente permanecerá en su domicilio. - Derivación al Hospital de referencia. - Exitus. Cuidados Post-Mortem. Apoyo en el duelo. Discusión: Enfermería en coordinación con los diferentes dispositivos de la red sanitaria debe cuidar y garantizar la continuidad asistencial a estos pacientes las 24 horas, para que, la despedida de la vida y de sus familiares, sea lo menos traumática posible, evitándoles sufrimiento y dolor orgánico.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). www. Secpal.com

2. -Valentin V, Murillo Mº, Valentin M, Royo D.Cuidados continuos. Una necesidad del paciente oncologico.Psicooncologia.vol 1.2004,pp.155-164.

3.- Boceta Osuna J et al. Cuidados Paliativos Domiciliarios. Atención Integral al Paciente y su Familia. Sevilla: Consejería de salud. Junta de Andalucía.

Atención de Enfermería al Paciente Traqueostomizado en un DCCU. Colaboración con la EGC

Autores: José Domingo Buitrago-Navarro; María Luisa Toledo-Calvo; Luís Felipe Escalera-Franco.

INTRODUCCIÓN

Los cuidados de un paciente traqueostomizado comportan con frecuencia algunos problemas que requieren de un conocimiento y una rápida actuación por parte del personal de enfermería. Esto provoca inseguridad en la enfermera DCCU (Dispositivo Cuidados Críticos y Urgencias) debido al riesgo vital que supone. Creemos necesario reunir los cuidados de enfermería que generan mayor estrés e inseguridad entre el personal de urgencias, facilitando de este modo la actuación y la mejora de los cuidados. Una acción segura y coordinada con la EGC (enfermera gestora de casos) tiene como consecuencia unos cuidados de calidad y una mejora en la calidad asistencial.

Palabras clave: Traqueostomía, Atención de Enfermería, Cuidados Críticos. (Fuente: DECS, BIREME).

OBJETIVO

Crear un póster para el personal de enfermería DCCU, que muestren los cuidados más eficaces y los que requieren una rápida actuación, para mejorar la calidad asistencial del paciente con traqueotomía.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en las bases de datos electrónicas MEDLINE, CINAHL y EMBASE proponiéndose las medidas de atención necesarias.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Un póster que muestre los cuidados de enfermería específicos que puedan causar mayor estrés e inseguridad en la atención de urgencias al paciente con traqueotomía. Medidas de atención y/o actuación: 1.- Actuación de enfermería ante una obstrucción de la vía aérea ocasionada por un tapón mucoso. 2.- Actuación de enfermería ante un sangrado cervical. 3.- Actuación de enfermería ante una decanulación accidental.

CONCLUSIONES

Enfermería debe cuidar de forma integral y holística. La colaboración de la enfermera DCCU con la EGC es esencial para proporcionar unos cuidados óptimos, evitar ingresos hospitalarios innecesarios y mantener un nexo de unión con el hospital de referencia. Un póster de rápida visualización proporciona ayuda al personal del DCCU, disminuyendo el estrés e inseguridad y obteniendo una mayor calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. ATS/DUE de atención especializada del Instituto Catalán de la Salud. Volumen II. Editorial MAD; 2007

2. Water Becker, Hans Heinz, Carl Rudolf. Otorrinolaringología. Ediciones Doyma, SA; 1997.

3. Izquierdo Medina, R. Atención de enfermería en traqueostomías. [Acceso el 20 de julio de 2011]. Disponible en:

http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEVkyuuAZVDXTphYmS.php

Protocolo Área Quirúrgica Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Actualización de conocimientos sobre el Consejo Dietético en el Consumo de Nitratos en Lactantes

Autores: Elisabet Escobedo - Mesas; Cristina Villafáfila - Quintana.

INTRODUCCIÓN

Los nitratos se encuentran en hortalizas, en el agua y se utilizan como conservantes. Su toxicidad viene determinada por transformarse a nitritos dentro del cuerpo humano, originando metahemoglobinemia y por tanto, dificultando la oxigenación tisular. Esta enfermedad afecta de manera especial a bebés y niños de corta edad, denominándose el “síndrome del bebé azul”.

Palabras clave: nitratos, nitritos, cuidado del lactante, Nutrición del Lactante. Key words: nitrates, nitrites, infant care, infant nutrition

OBJETIVO

Analizar las recomendaciones de consumo de nitratos por lactantes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión en las principales bases, se examina la normativa legal existente y las recomendaciones oficiales.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El Ministerio de Sanidad no recomienda incluir las espinacas ni las acelgas en sus purés antes del primer año de vida y en caso de incluirlas recomienda que el porcentaje sea inferior al 20 %. No dar más de una ración de espinacas y/o acelgas al día a niños entre 1 y 3 años. La Comisión Europea nº 1881/2006 fijó el contenido máximo permitiendo variaciones según clima de 2.500 a 4.500mgNO_3/kg en la lechuga. A pesar de ésto, en un estudio español se confirmó que en 2009 se superaban los límites un 6%. En el Real Decreto 140/2003 se estableció un máximo de 50 mg/l de nitratos en el agua para prevenir riesgos en la lactancia artificial. Los estudios encontrados sugieren que la ingesta diaria admisible (IDA) no debería superar 3,65mg/kg/día. Si planteamos que un envase comercial de “potitos” contiene unos 250gr con un cálculo aproximado de peso de un niño que consuma diariamente 2 “potitos” con 4 meses o 4 “potitos” con 24

meses ingiere el 100% de IDA sólo de ésta fuente.

CONCLUSIONES

Si se siguen las normativas del ministerio, se fomenta la lactancia materna y se controla el consumo de productos industriales es improbable que se superen la IDA. Destacamos lo imprescindible de la educación sanitaria enfermera.

BIBLIOGRAFÍA

1. González de Galdeano L et al. Estudio sobre consumo de alimentos e ingesta de plaguicidas y nutrientes por niños/as de 8 a 12 meses de edad de la Comunidad Autónoma del País Vasco (proyecto Montecarlo). Victoria. 2003

2. Abu Naser AA, Ghbn N, Khoudary R. Relation of nitrate contamination of groundwater with methaemoglobin level among infants in Gaza. East Mediterr Health J. 2007;13(5):994-1004.

3. Iñigo Nuñez S, Carretero Gómez MM. Contaminantes: Nitratos en productos vegetales y alimentos infantiles. 1º ed. Madrid. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2011

4. Real Decreto por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano. Real Decreto 140/2003 de 7 de febrero. Boletín Oficial del Estado, nº 45, (21-2-2003). Disponible en: http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-3596

5. Reglamento (CE) Nº 396/2005 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de febrero de 2005, relativo a los límites máximos de residuos de plaguicidas en alimentos y piensos de origen vegetal y animal y que modifica la Directiva 91/414/CEE del Consejo. Modificado por: Reglamento (UE) No 600/2010 de la Comisión, de 8 de julio de 2010, por el que se modifica el anexo I del Reglamento (CE) Nº 396/2005 del Parlamento Europeo y del Consejo a fin de añadir y modificar ejemplos de variedades u otros productos relacionados a los que se aplica un mismo LMR. Versión consolidada disponible en: http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2005R0396:20080410:ES:PDF

6. Reglamento (CE) Nº 1881/2006 de la Comisión, de 19 de diciembre de 2006, por el que se fija el contenido máximo de determinados contaminantes en los productos alimenticios. Versión consolidada disponible en: http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2006R1881:20100701:ES:PDF

7. Reglamento (CE) No 1882/2006 de la Comisión de 19 de diciembre

2006 por el que se establecen los métodos de muestreo y de análisis para el control oficial del contenido de nitratos en ciertos productos alimenticios. Disponible en: http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:364:0025:0031:ES:PDF

Papel de la Enfermería en Educación Sanitaria hacia Pacientes en rehabilitación cardiaca postinfarto

Autora: Rocío Romero-Castillo.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que se recuperan tras padecer un infarto agudo de miocardio (IAM) tienen un alto riesgo de reinfarto. La educación sanitaria durante la rehabilitación cardíaca resulta de gran importancia, puesto que ha reducido la recurrencia de eventos y la morbimortalidad.

Palabras clave: Infarto del Miocardio (DeCS), Rehabilitación (DeCS), Prevención secundaria (DeCS), Educación en Enfermería (DeCS), Educación en Salud (DeCS).

OBJETIVO

Analizar la relevancia de enfermería en la rehabilitación cardíaca tras un infarto.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus, CINAHL y Cuiden.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se obtuvo un total de 654 resultados de los cuales se revisaron 83 artículos, seleccionándose finalmente 16 para esta revisión. Los criterios de inclusión son que los artículos hayan sido publicados en los últimos cinco años y que versen sobre la educación sanitaria en pacientes que se encuentran en rehabilitación cardíaca tras sufrir un infarto de miocardio. Desde enfermería se han desarrollado programas de educación sanitaria que persiguen una modificación saludable en los hábitos de vida. Se ha conseguido un alto abandono tabáquico y un incremento en la realización de ejercicio físico en estos pacientes, así como una mejora en la dieta y control de factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión, la diabetes y la hipercolesterolemia. Además, se han llevado a cabo intervenciones de educación sexual debido al frecuente temor de los pacientes a retomar su actividad sexual tras padecer un infarto. Muchos de los programas de reha

bilitación cardíaca se han realizado durante y después de la hospitalización de los pacientes, realizando un seguimiento de un año.Mediante la prevención secundaria se ha disminuido en gran medida la recurrencia de un infarto de miocardio y se ha conseguido aumentar la calidad de vida relacionada con la salud.

CONCLUSIONES

Se ha comprobado que los profesionales de enfermería de práctica avanzada están cualificados para proporcionar prevención secundaria durante y después de la hospitalización de un paciente con infarto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harbman P. The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: a prospective cohort study. Int J Nurs Stud. 2014;51(12):1542-56.

2. Uysal H, Özcan S. The effect of individual training and counselling programme for patients with myocardial infarction over patients' quality of life. Int J Nurs Pract. 2012;18(5):445-53.

3. Wang W, Thompson DR, Chow A, Kowitlawakul Y. An education booklet to aid cardiac patients' recovery at home. Int Nurs Rev. 2014;61(2):290-4.

4. Cossette S, Frasure-Smith N, Dupuis J, Juneau M, Guertin MC. Randomized controlled trial of tailored nursing interventions to improve cardiac rehabilitation enrollment. Nurs Res. 2012;61(2):111-20.

5. Coke LA, Fletcher GF. Exercise and the cardiac patient-success is just steps away. J Cardiovasc Nurs. 2010;25(3):238-40.

6. Sandesara PB, Lambert CT, Gordon NF, Fletcher GF, Franklin BA, Wenger NK, et al. Cardiac Rehabilitation and Risk Reduction: Time to "rebrand and Reinvigorate". Journal of the American College of Cardiology. 2015;65(4):389-95.

7. Pavy B, Barbet R, Carrè F, Champion C, Iliou MC, Jourdain P et al. Therapeutic education in coronary heart disease: Position paper from the Working Group of Exercise Rehabilitation and Sport (GERS) and the Therapeutic Education Commission of the French Society of Cardiology. Archives of Cardiovascular Diseases. 2013;106(12):680-9.

8. Booth JN, Levitan EB, Brown TM, Farkouh ME, Safford MM, Muntner P. Effect of sustaining lifestyle modifications (nonsmoking, weight reduction, physical activity, and Mediterranean diet) after healing of myocardial infarction, percutaneous intervention, or coronary bypass (from the reasons for

geographic and racial differences in stroke study). American Journal of Cardiology. 2014;113(12):1933-40.

9. Mok VK, Sit JW, Tsang AS, Chair SY, Cheng TL, Chiang CS. A controlled trial of a nurse follow-up dietary intervention on maintaining a heart-healthy dietary pattern among patients after myocardial infarction. J Cardiovasc Nurs. 2013;28(3):256-66.

10. Brännström M, Kristofferzon ML, Ivarsson B, Nilsson UG, Svedberg P, Thylén I. Sexual knowledge in patients with a myocardial infarction and their partners. J Cardiovasc Nurs. 2014;29(4):332-9.

11. Steinke EE, Mosack V, Barnason S, Wright DW. Progress in sexual counseling by cardiac nurses, 1994 to 2009. Heart Lung. 2011;40(3):15-24.

12. Barnason S, Steinke E, Mosack V, Wright DW. Comparison of cardiac rehabilitation and acute care nurses perceptions of providing sexual counseling for cardiac patients. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention. 2011;31(3):157-63.

13. Redfern J, Hyun K, Chew DP, Astley C, Chow C, Aliprandi-Costa B, et al. Prescription of secondary prevention medications, lifestyle advice, and referral to rehabilitation among acute coronary syndrome inpatients: Results from a large prospective audit in Australia and New Zealand. Heart. 2014;100(16):1281-8.

14. Avery LJ, Schnell-Hoehn KN. Clinical nurse specialist practice in evidence-informed multidisciplinary cardiac care. Clinical Nurse Specialist. 2010;24(2):76-9.

15. Mayer-Berger W, Simic D, Mahmoodzad J, Burtscher R, Kohlmeyer M, Schwitalla B et al. Efficacy of a long-term secondary prevention programme following inpatient cardiovascular rehabilitation on risk and health-related quality of life in a low-education cohort: A randomized controlled study. European Journal of Preventive Cardiology. 2014;21(2):145-52.

16. Cano de la Cuerda R, Alguacil Diego I, Alonso Martín JJ, Molero Sánchez A, Miangolarra Page JC. Programas de rehabilitación cardiaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. Rev Esp Cardiol. 2012,65(1):72-9.

Innovación y Práctica Avanzada en Enfermería. Niveles competenciales según el Modelo de Patricia Benner

Autores: Mari Carmen García-García; María Belén Gómez-Márquez.

INTRODUCCIÓN

Innovación significa literalmente “novedad” o “renovación” y la innovación es necesaria para que la enfermería siga avanzando. Se considera enfermera de práctica avanzada (EPA) a aquella graduada universitaria que ha adquirido un conocimiento experto, habilidades complejas de toma de decisiones y competencias clínicas. Los modelos de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) están avalados por la trayectoria de países como EE.UU., Canadá, Reino Unido, Australia, Bélgica e Irlanda, entre otros, con un amplio, aunque desigual, grado de desarrollo.

OBJETIVO

Distinguir los principales niveles competenciales según el modelo de Patricia Benner, centrándonos en la experticia.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en las bases de datos Scielo, Elsevier, Cochrane y Google Académico. Descriptores: enfermería de práctica avanzada, innovación, enfermería.

RESULTADOS

Según el modelo de Patricia Benner, de principiante a experto, tenemos diferentes niveles competenciales que serían los siguientes: Principiante: estudiantes de enfermería. Principiante avanzada: domina algunos aspectos. Competente: planifica y delibera acciones. Eficiente: reconoce aspectos más importantes, gran intuición. Experta: flexible y muy eficiente; ya no necesita directrices para conectar su conocimiento de la situación con la acción adecuada. Demuestra capacidad analítica elevada e intuitiva ante situaciones nuevas y tiende a realizar una acción determinada porque “siente que es lo correcto”. Así, la experticia se basa en la suma de la acreditación académica, experiencia profesional y competencias personales.

CONCLUSIONES

La implementación de la EPA implica asumir nuevas funciones y áreas de responsabilidad definidas específicamente y reconocidas institucionalmente dentro del sistema, una retribución económica según el nivel competencial y una nueva cartera de servicios ofertada a la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Appleby C. Camacho Bejarano R.Retos y oportunidades: Aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. Enfermería Clínica. Vol 24 (1), 2014.
2. Morales Asencio J.M. Barreras para la implantación de modelos de práctica avanzada en España. Metas de Enfermería, Vol 15 (6), 2012.
3. Mompart García M.P. Especialidades y enfermería de práctica avanzada. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria, Vol 4 (2), 2011.
4. Vivar C.G., Pardavila Belio M.I., Del Barrio Linares M., Canga Armayor N. Enfermería de práctica avanzada. Desarrollo de un modelo emergente. Revista Rol de Enfermería, Vol 36 (10), 2013.

¿Es necesario implantar EPA en el Servicio Sanitario Español?

Autores: Antonio de Padua Paredes-Jiménez; Gemma Álvarez-Centeno; María Román-López.

INTRODUCCIÓN

La EPA (Enfermera de Práctica Avanzada) fue definida por el Consejo Internacional de Enfermería en 2002 como “enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimiento de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado, cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer. Como nivel de entrada se recomienda un título de nivel medio universitario.”

Esta figura nace en EEUU en los años sesenta por la falta de médicos para mejorar los resultados de salud de una población muy demandante (especialmente en procesos crónicos) y ante una sociedad con recursos económicos cada vez más restringidos.En España no existe legislación referente a las EPA.

Palabras claves: Enfermería, Atención de enfermería, Enfermería de práctica avanzada.

OBJETIVO

Conocer el papel de la EPA en la sociedad así como su evolución en España.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datosPubMed, Cochrane.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En España esta figura no está desarrollada, debido a: modificaciones educativas; regulación de la profesión enfermera; precariedad laboral; emigración; uso inexacto de los conceptos EPA y enfermera especialista. Según proyecciones del Ministerio de sanidad en el año 2025 habrá una falta de hasta 28.301 médicos especialistas. La EPA agilizaría el acceso a la atención sanitaria de la población pues posee habilidades para: proporcionar servicios de consulta a otros profesionales, ser el punto de entrada

en el sistema sanitario, diagnosticar e ingresar, prescribir, derivar a otros profesionales.

CONCLUSIONES

La EPA proporciona una mayor satisfacción al usuario, resultados positivos en términos de salud, mejor coordinación de servicios y en la continuidad asistencial, así como una mayor cohesión de los equipos multidisciplinares por una atención integral e integrada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Galao Malo R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. Index de Enfermería. V 18 N 4. Granada oct-dic 2009.

2. Buchan J, Calman L. Skill Mix and Policy Change in the Health Worforce: Nurses in Advanced Roles. OCDE HealthWorkingPapers. NO 17. OECD: Paris, 2004.

3. López Alonso Sergio R; Linares Rodríguez C. Enfermera y Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias. Index de Enfermería (edición digital) 2012, 21 (1-2)

Abriendo Caminos: Enfermería de Práctica Avanzada en España

Autores: José Miguel Rodríguez-Baquero; Sergio Barrientos-Trigo; Bárbara Badanta-Romero; Cristina Nuño-Aguilar; Ana María Porcel-Gálvez; Adrián Márquez-Gallardo.

INTRODUCCIÓN

En España, las nuevas demandas de la población en cuestiones de salud están acelerando la adquisición de competencias ampliadas para Enfermería relacionadas con la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) [1,2,3],ampliamente desarrolladas en otros países[4]. El objetivo de la EPA es contribuir a la mejora de la calidad de vida de pacientes con procesos crónicos[4,5,6], de los servicios[3,7,8,9,10] y costo-efectividad de las intervenciones[11,12]; obtener una mayor cohesión de los equipos asistenciales y favorecer la sostenibilidad del Sistema Sanitario y la satisfacción de las personas usuarias[7].

Palabras Claves (Keywords): “Advanced Practice Nursing” (DeCS); “Spain” (DeCS)

OBJETIVOS

Analizar el rol de la Enfermería de Práctica Avanzaday su desarrollo en España.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisiónbibliográficaen bases de datos científica(CINAHL, SCOPUS y PubMed), donde se obtuvieron 25 artículos, de los cuales se desechan 6 por ser coincidentes, por estar publicados antes de 2010 o por no estar relacionados con el desarrollo de la EPA en España.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se evidencian modelos de implantación de la EPA[4,6,13] así como los beneficios de la misma en España, describiéndose las competencias propias de esta figura emergente[1,2,14]. Los principales ámbitos de actuación de la EPA se relacionan con la gestión de casos, atención a la salud en enfermedades crónicas, y su desarrollo en Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias, Atención Primaria, u otras unidades especializadas como Oncología, Geriatría o Hematología[3,7,8,9,10].

CONCLUSIONES

Se observa que el rol de EPA es cada vez más necesario, destacando su capacidad resolutiva y autónoma. Aporta amplios beneficiosen relación a su costey capacidad para emplear cuidados especiales querespondan a las demandas.En España, la implantación de la EPA comenzóen servicios especializados, pero los estudios emergentes en otras áreas revelan la apuesta del colectivo por esta figura más formada y con mayor responsabilidad en la toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sastre-Fullana, P.; De Pedro-Gómez, J.E.; Bennasar-Veny, M; Serrano-Gallardo, P.; Morales-Asensio J.M.; Competency frameworks for advanced practice nursing: a literatura review. *International Nursing Review* (2014) 61, 534–542.

2. Padavila Belio, M.I.; Vivar C.G.; Canga Armayor, N. Direct clinical practice: conceptual analysis. Central competence for the development of advanced nursing practice. (2013) May; 36(5):52-8.

3. Argilaga-Moleroa, E.; Arias-Rivera, S. Práctica avanzada de enfermería en las unidades de cuidados intensivos de España. Enfermería Intensiva. 2013; 24(4):135---136.

4. Vivar, C.G.; Pardavila-Belio, M.I.; Del Barrio-Linares, M.; Canga-Armayor, N. Advanced nursing practice: Development of an emerging model. Revista de Enfermería (2013), Oct.; 36(10):28-34.

5. Beortegui-Urdánoz, E.; Vivar, C.G.; Canga-Armayor, N.; Oroviogoicechea-Ortega, C.; Canga-Armayor, A.; Ibarrola-Izura, S. Experience on the implementation of advanced clinical nursing practice in an oncology unit. Revista de Enfermería (2012) Dec;35(12):46-52.

6. Fernández-de-Maya, J.; Richart-Martínez, M. Variability in management of implantable ports in oncology outpatients. European Journal of Oncology Nursing 17 (2013) 835e840.

7. Sánchez-Martín, Inmaculada C. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enfermería Clínica. (2014); 24(1):79---89.

8. Romero Ruiz, Adolfo; Parrado Borrego, Gema; Rodríguez González, José; Caparrós Miranda, Isabel S.; Vargas Lirio, M. Isabel; Ortiz Fernández, Primitiva. La consulta de terapia antitrombótica: progresando hacia la Enfermería de Práctica Avanzada. Enfermería Clínica. (2014); 24 (3):200---204.

9. Applebya, Christine; Camacho-Bejarano, Rafaela. Retos y oportuni-

dades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. Enfermería Clínica. (2014); 24 (1):90---98.

10. Fabrellas, N.; Vidal, A.; Amat, G.; Lejardi, Y.; Del Puig Deulofeu, M.; Buendía, C. Nurse management of 'same day' consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. (2011) Journal of Advanced Nursing 67 (8), 1811–1816.

11. López Alonso, Sergio R.; Martín Caravante, Susana; Rivero Sánchez, Carolina; Linares Rodríguez, Cecilio; Martínez García, Ana I. Actividad y seguridad de la enfermera de urgencias a domicilio para patologías leves. Index de Enfermería (Gran) 2014; 23(3):134-138.

12. Garcia-Diaz, Silvia; Corominas, Hèctor. Nurse management of cardiovascular risk factors in rheumatoid arthritis. British Journal of Nursing, 2013, Vol. 22, Nº 14.

13. Rico-Blázqueza, Milagros; Sánchez Gómez, Sheila; Fuentelsaz Gallego, Carmen. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. Enfermería Clínica. 2014; 24(1): 44---50.

14. García-Juárez, Mª del Rosario. El asociacionismo como fuerza determinante en el avance profesional, una asignatura pendiente de la Enfermería española. Enfermería Clínica. (2013); 23(6): 241---242.

Nuevas necesidades en la Enfermería española: el desarrollo de competencias sobre plantas medicinales

José Ramón Vallejo-Villalobos; Salvador Postigo-Mota; José Antonio González-González; Laura Muñoz-Bermejo; Macarena Cáceres-León; Ana Cano-Suárez.

INTRODUCCIÓN

El empleo de preparados fitoterapéuticos en la práctica de Enfermería está circunscrito históricamente al llamado “American Botanical Medical Movement” 1. En la actualidad las plantas medicinales son consideradas por la Enfermería holística americana 2,3. Si bien la realidad europea y española es muy diferente, actualmente las terapias alternativas y complementarias se encuentran en alza, existiendo riesgos derivados de su consumo 5. Por otra parte España posee un rico patrimonio sobre plantas medicinales que todavía se recolectan en nuestros campos 6.

Palabras clave: Atención de Enfermería, Enfermería, Plantas Medicinales, Etnobotánica, Fitoterapia

OBJETIVO

Reflexionar sobre el desarrollo de competencias en torno a la Fitoterapia en la Enfermería española.

MATERIAL Y MÉTODO

A partir del Inventario Español de Conocimientos Tradicionales 7, se analiza el empleo medicinal de Crataegus monogyna para ilustrar la importancia de la Fitoterapia popular y comercial en el rol de Enfermería.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los riesgos por automedicación e interacciones con C. monogyna deben ser especialmente consideradas en Extremadura y Andalucía, donde es conocida como tila y es recogida en el campo para su uso como tranquilizante 8. El profesional sanitario podría confundir este producto con la tila comercial (Tilia sp.) pasando por alto su acción sobre el corazón, y la posibilidad de interacción con cardiotónicos antracénicos. Estos datos ilustran la necesidad de ampliar competencias en Enfermería que potencien el

aprendizaje basado en problemas, el rol autónomo, social, educador e investigador del profesional.

CONCLUSIONES

Las nuevas demandas de cuidados de salud en relación con las plantas medicinales, deben evolucionar hacia la adquisición de nuevas habilidades y una mayor responsabilidad del profesional de Enfermería aumentando su autonomía. Para ello, sería necesario ampliar la formación de posgrado y la investigación sobre plantas medicinales. Desde las universidades se debe animar a la realización de Trabajos de Fin de Grado, Máster y Tesis que consolide este campo de conocimiento como una competencia más de la Enfermería 8.

BIBLIOGRAFÍA

1. Libster MM. A History of Shaker Nurse-herbalists, Health Reform, and the American Botanical Medical Movement (1830-1860). Journal of Holistic Nursing 2009; 27(4): 222-231.

2. Zahourek RP. What is Holistic Nursing Research? Is it Different? Beginnings 2006; 26(5): 4-6.

3. Borges AM, Ceolin T, Barbieri RL, Heck RM. La inserción de las plantas medicinales en la práctica de enfermería: un creciente desafío. Enfermería global [online] 2010; 18: 0-0.

4. Carrasco MC, Vallejo JR, Pardo-de-Santayana M, Peral D, Martín MA, Altimiras J, Interactions of Valeriana officinalis L. and Passiflora incarnata L. in a patient treated with lorazepam. Phytotherapy Research 2009; 23(12):1795-6.

5. Posadzki P, Watson LK, Ernst E. Adverse effects of herbal medicines: an overview of systematic reviews. Clinical medicine (London, England) 2013; 13(1):7-12.

6. Pardo de Santayana M, Morales R, Aceituno Mata L, Molina M. (eds.). Inventario Español de los Conocimientos Tradicionales relativos a la Biodiversidad. Primera fase: introducción, metodología y fichas. Madrid: MAGRAMA; 2014.

7. Vallejo JR, González JA, Amich F. Crataegus monogyna. En: Pardo de Santayana M, Morales R, Aceituno Mata L, Molina M. (eds.). Inventario Español de los Conocimientos Tradicionales relativos a la Biodiversidad. Primera fase: introducción, metodología y fichas. MAGRAMA; 2014. p. 249-253.

8. Cano A. Adherencia farmacológica en personas mayores. Trabajo

de Fin de Grado. Grado de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura; 2015.

Caso Clínico: Hemofilia

Autores: Esther Rojas-Andrade; Ángel Hueso-Beltrán; Antonio Manuel Barbero-Radio

INTRODUCCIÓN

La hemofilia es una enfermedad ocasionada por un problema de coagulación de la sangre, parar una hemorragia en pacientes con este problema es complicado y un golpe puede ocasionar lesiones más graves que en otras personas. Atendemos a un paciente con hemofilia de tipo A, al que se le realiza la extirpación de un lipoma. Sigue un tratamiento preventivo con desmopresina durante 5 días. Se realizan controles del factor VIII. En el postoperatorio cursa con sangrado, hematoma y retraso en la cicatrización de dos meses de duración.

OBJETIVO

Elaborar un plan de cuidados encaminado primordialmente a conseguir la cicatrización de la herida, así como a la adherencia del paciente al tratamiento que consiste en infundir por vía intravenosa el factor de coagulación que el organismo del paciente necesita.

MATERIAL Y MÉTODO

Nos basamos en las 14 necesidades básicas descritas por Virginia Henderson, así como en el listado de diagnósticos taxonomía NANDA para realizar un programa de cuidados destinado a mejorar la situación actual de salud en la que se encuentra el paciente.

RESULTADOS

Se le realiza un análisis de sangre al paciente, y tras la valoración de la muestra sanguínea observamos el nivel real de FVIII, que presenta baja concentración de este factor. Sin suficiente cantidad de este factor, la sangre no se puede coagular apropiadamente para detener el sangrado, lo que dificulta a su vez la cicatrización de la herida quirúrgica.

CONCLUSIONES

Es necesario que el paciente con hemofilia acompañado de una herida quirúrgica importante, aprenda a modificar sus hábitos, a reorganizar sus actividades y asumir sus limitaciones. Si es capaz de reconocer sus sínto-

mas y comunicárselo a los profesionales sanitarios, podrá evitar innecesarios ingresos hospitalarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. NANDA 1 Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2009-2011. Editorial Elsevier. Madrid España 2010

2. MedlinePlus [Internet]. 6th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Saunders; 2012 [cited 2015 Mar 21]. Available: http://tutorial.sibuc.uc.cl/citar/vancouvere/n_vancouvere_web.html

Competencias de Enfermería y Práctica Avanzada en unidades de Cuidados Intensivos

Autores: Elena Mª Bertos-Calvo; Silvia Sánchez-García; Mª JoséDíaz-Rodríguez.

INTRODUCCIÓN

Las competencias profesional en el sistema sanitario se define como “la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las Buenas Prácticas".

Este trabajo en concreto, se basa en las competencias de enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos.

OBJETIVO

Identificar las competencias o conocimientos que requieren los enfermeros para poder trabajar con eficacia en las Unidades de Cuidados Intensivos.

MATERIAL Y MÉTODO

Para realizar este trabajo hemos realizado una revisión bibliográfica entre los años 2009-2015 consultando la base de datos Medline utilizando los siguientes descriptores en ciencias de la salud (DESCS): “Competencia Profesional”, “Enfermería” AND “Unidades de Cuidados Críticos” .

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La responsabilidad de cuidar a un paciente que ingresa en la U.C.I requiere por parte de los profesionales de enfermería desarrollar unas competencias y habilidades específicas: Capacidad de adaptarse al cambio. Capacidad de trabajar en equipo,es clave para la recuperación del paciente ya que todos los miembros del equipo multidisciplinar trabajaran para salvar la vida del mismo. Capacidad de priorizar, el profesional de enfermería será capaz de programar sus actividades priorizando las acciones más urgentes. Visión integral del paciente, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con el paciente. Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre. En esta competencia va incluida la capacidad de enfrentarse al duelo, tanto desde la perspectiva personal como la de los familiares.

CONCLUSIONES

La mayoría de las competencias en estas Unidades están relacionadas con la función asistencial y de gestión, siendola labor principal realizar los cuidados apropiados al paciente, ya que se encuentran en situaciones de salud complejas.

La enfermera de la U.C.I. debe estar muy bien preparada en cuanto a conocimientos, habilidades y actitudes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silva MM, Moreira MC. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. Acta Paul Enferm. 2011; 24(2): 172-8.
2. Ricart Conesa A, Abizanda Campos R. Libro Electrónico de Medicina Intensiva. Uninet; 2009
3. Ramón García R, Segura Sánchez MP. Palanca Cruz MM, Román López P. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. Rev Esp Comun Salud 2012

Enfermería Avanzada: Cuidados Paliativos Competencia Enfermera

Autores: Silvia Sánchez- García; Elena María Bertos-Calvo; María José Díaz-Rodríguez.

INTRODUCCIÓN

La aplicación generalizada de planes de tratamiento en cuidados paliativos reduce el sufrimiento en los últimos días de vida mediante la adopción de mejores prácticas de cuidados.

La aplicación de nuevas tecnologías ayuda a mejorar la atención al paciente terminal, mediante consultas en video y apoyo de orden electrónico evitando así desplazamiento innecesario de del paciente además de una disminución de los costos.

OBJETIVO

Analizar y evaluar las competencias de enfermería en los cuidados paliativos.

MATERIAL Y MÉTODO

Para realizar este trabajo hemos realizado una revisión bibliográfica entre los años 2009-2015 consultando la base de datos Medline utilizando los siguientes descriptores en ciencias de la salud (DESCS): “cuidados paliativos” AND” enfermería”.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La importancia de enfermería en los cuidados paliativos es imprescindible tanto en la aplicación de tratamientos, cuidados, apoyo en los últimos días de vida, etc. Las nuevas tecnologías ayudan y mejoran los cuidados domiciliarios mediante videoconferencias, comunicación electrónica continuada y seguimiento continuo de las necesidades de los pacientes paliativos combinado claro está con la visita domiciliaria tradicional.

CONCLUSIONES

La atención generaliza mejora los cuidados en los últimos días de vida y disminuye el sufrimiento de los pacientes y familiares en sus últimos días. Las consultas cara a cara son importantes, pero además combinada con las videoconferencias ayudan a tener un rápido contacto con el profe-

sional y evitar desplazamientos por parte de los pacientes y familiares, aumentando así su tranquilidad y facilitando el contacto. Aunque se necesita una mayor investigación y preparación de los profesionales de enfermería para seguir mejorando en este tipo de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bailey FA; Williams BR; Woodby LL; Goode PS; Redden DT; Houston TK; Granstaff US; Johnson TM; Pennypacker LC; Haddock KS; Painter JM; Spencer JM; Hartney T; Burgio KL. Intervention to improve care at life´s end in inpatient settings: the BEACON trial. J Gen Interm Med. Jun 2014; 29(6): 836-43.

2. Bradford NK; Armfield NR; J Young; Smith AC. Paediatric palliative care by video consultation at home: a cost minimization analysis. BMC Health Res Serv. 2014; 14: 328

3. Van der Plas AG; Hagens M; Pasman HR; Schweitzer B; Duijisters M; Onwuteaka-Philipsen BD. PaTz groups for primary palliative care:

Estudio del perfil de Mujeres en la Consulta del Proceso Asistenical Integrado Cáncer de Cérvix

Autor: Pablo Fernández-León

INTRODUCCIÓN

Es fundamental la actuación temprana y coordinada en mujeres con cáncer de cérvix invasor. Para ello existe el Protocolo/Programa de Cáncer de Cérvix. La detección precoz del cáncer aumenta enormemente las posibilidades de que el tratamiento resulte eficaz.

Palabras Clave Papillomavirus Humano; Prevención de Cáncer de Cuello Uterino; Prueba de Papanicolaou. Key Words: Human papillomavirus; Cervix Neoplasms Prevention; Papanicolaou Test.

OBJETIVO

Conocer el perfil de las mujeres que asisten a la consulta del PAI de prevención de cáncer de cérvix.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. La recogida de datos se basó en la observación participante y el uso del cuestionario del Servicio Andaluz de Salud empleado en las consultas de la matrona del Centro de Salud Cisneo Alto-Las Naciones. Las variables involucradas en el estudio eran: edad, cronología de las citologías vaginales, menopausia, método anticonceptivo utilizado y anomalías genitales.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Según los datos obtenidos a partir del perfil de 33 mujeres, en la variable edad podemos observar cierta falta de concienciación por parte de las usuarias. Sin embargo, en relación a la cronología de las citologías vaginales observamos un buen cumplimiento de dicha variable puesto que encontramos a muchas mujeres que han acudido más de una vez a realizarse la prueba. En cuanto al método anticonceptivo que utilizaban las usuarias encontramos que el más usado es el preservativo. Por último, dentro de las anomalías genitales, la sequedad vaginal era típica de usuarias mayores de 60 años.

CONCLUSIONES

Muchas de las mujeres entrevistadas presentaron una buena disposición y una actitud preventiva frente a este importante problema de salud. La cronología de asistencia al programa no tiene unos resultados negativos, si bien sería recomendable promover firmemente la realización periódica de citologías. Se debe de tener en cuenta la importancia de la actuación enfermera en este ámbito ya que desempeña un papel imprescindible para la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alarcón-Nivia MA, Sepúlveda-Agudelo J, Alarcón-Amaya IC. Las parteras, patrimonio de la humanidad. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2011; 62: 188-195.
2. Hernández-Valencia M, Carrillo-Pacheco A, Hernández-Quijano T, Zárate A. El Papanicolaou para detectar cambios celulares por el virus del papiloma humano. Revista Médica Del IMSS. 2013; 51(4): 420-423.
3. López-Olmos J. Mujeres inmigrantes versus autóctonas. Diferencias en disfunciones sexuales, infecciones vaginales y lesiones cervicales", Clin Invest Gin Obst. 2012; 11p.
4. Hospital Universitario Reina Sofía. Protocolo Cáncer de Cérvix. Cribado, diagnóstico y tratamiento. Córdoba: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud; 2006.
5. Hospital Universitario Reina Sofía. Protocolo Cáncer de Endometrio. Cribado, diagnóstico y tratamiento, Córdoba: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud; 2009.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Ginebra: Ediciones de la OMS; 2007.
7. Picconi, MA. Detección del virus papiloma humano en la prevención del cáncer cérvico-uterino. Medicina (Buenos Aires). 2013; 73: 585-586.
8. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Cérvix. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud; 2010.
9. Torres-Lobatón A, Bustamante-Iglesias JI, Torres-Rojo A, Oliva-Posada JC, Morales-Palomares MA, Bassaure ER. Cáncer cervicouterino. Perfil epidemiológico en 1,217 pacientes. Seguro Popular. Ginecol Obstet Mex. 2013; 81: 71-76.
10. Tuells José, Duro-Torrijos JL, Chilet-Rosell E, Pastor-Villalba E, Portero-Alonso A, Navarro-Ortiz C, Galiana-Villa EM. Noticias sobre el virus del papiloma humano y su vacuna en la prensa valenciana (2006-2011).Gac Sanit. 2013; 27(4): 374–377.

¿Se alejan nuestros Universitarios de la Dieta Mediterránea?

Autores: Miguel A. Rodríguez-Monge; Mª Carmen Pérez-Lobato; José Mª Salas-Rubio.

INTRODUCCIÓN:

Seguir un patrón de dieta mediterránea (DM) es una de las principal recomendaciones de los expertos en nutrición para evitar complicaciones de nuestra salud relacionada con el sobrepeso, diabetes o hipertensión. Al iniciar los estudios universitarios puede afectarse el patrón de dieta y/o estilo de vida. Los profesionales sanitarios debemos implicarnos en promover conductas saludables que mejoren su patrón alimentario y conductas saludables.

Palabras Clave: Dieta mediterránea, universitarios, hábitos, alimentación.

OBJETIVOS:

Conocer el grado de adhesión a la dieta mediterránea de los universitarios de Sevilla. Describir el grado de sobrepeso y analizar la relación con la DM.

MATERIAL Y MÉTODO:

Diseño epidemiológico, descriptivo, transversal. Muestra aleatoria representativa. Instrumentos utilizados: cuestionario de elaboración propia a partir de la AESAN y la Fundación Dieta Mediterránea. Mediciones con báscula digital de precisión.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

El 58,6% de los alumnos presenta un peso adecuado, destacando un mayor sobrepeso en chicos (37,5%) y un llamativo bajo peso en chicas (13,1%). La adhesión a la dieta mediterránea (DM) fue del 24,4%. El 91% de los alumnos que seguían la DM tenían un peso adecuado. El 73% de los alumnos que siguen los patrones de DM mantienen un peso adecuado mientras que sólo ocurre esto en el 41% de los encuestados. Es llamativo que un 35,5% desayuna correctamente. Sólo el 37,7% sigue las recomendaciones de consumo de frutas y verduras.

CONCLUSIONES:

Los alumnos presentan una adherencia baja a la Dieta Mediterránea, no cubriendo las recomendaciones. Es necesario educar y formar sobre hábitos de vida saludables para facilitar y motivar su realización, y prevenir la posible aparición de factores de riesgo y las patologías derivadas, en la edad adulta. Los alumnos consideran que ha empeorado su forma de alimentarse desde que han iniciado su periplo universitario además de alejarse de un patrón de alimentación mediterráneo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez F, Palma X, Romo A. Hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile Nutrición Hosp. 2013;28(2):447-455.

2. López Miguel Ángel. Etapas del cambio conductual ante la ingesta de frutas y verduras, control de peso y ejercicio físico de estudiantes de la Universidad del Desarrollo, sede Concepción, Chile. Rev Chil Nutr 2008; 35(3): 215-24.

3. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. Lancet 2009; 28 373(9669):1083-96.

4. Sanabria PA, González LA, Urrego DZ. Estilos de vida saludables en profesionales de la salud colombianos. Estudio explorativo. Rev Méd. 2007;15(2):207-217.

5. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. Nota descriptiva N°311. Mayo de 2012. who.int

6. Hernández N, Alves D, Arroyo M, Basabe N. Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez: actitudes y dieta. Nutr Hosp. 2012;27 (4):1148-1155.

7. Iglesias, M. T.; Mata, G.; Pérez, A.; Hernández, S.; García-Chico, R.; Papadaki, C. Estudio nutricional en un grupo de estudiantes universitarios madrileños. Nutr. clín. diet. hosp. 2013; 33(1):23-30

De la Mujer Cuidadora a las Prácticas Avanzadas

Autores: Mª Carmen Pérez-Lobato, Miguel A. Rodríguez-Monge, José Mª Salas-Rubio.

INTRODUCCIÓN

Durante la historia, la práctica de los cuidados diarios se ha ligado fundamentalmente a la mujer. La mujer que ha estado en la situación de invisibilidad y subordinación. La evolución del cuidado enfermero está estrechamente ligada a la evolución social de la mujer. Este avance ha pasado por diversas etapas cuidadora, profesionalización, participación en la toma de decisiones y en la actualidad se encuentra desarrollando la práctica avanzada enfermera unas nuevas competencias basadas en la evidencia científica para conseguir mejores resultados en pacientes, familias y en las propias organizaciones.

Palabras Clave: cuidados, mujer, historia, enfermería.

OBJETIVOS

El objetivo de este póster es abordar la evolución de la enfermería con una perspectiva de género a través de la historia.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión Bibliográfica.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Cómo resultado, se ha dividido cronológicamente en 5 etapas diferenciadas: 1. Etapa del cuidado doméstico. La mujer cuidadora de todas las necesidades básicasse desarrolla en el período histórico que comprende desde las primeras civilizaciones a la caída del Imperio Romano. 2. Etapa del cuidado vocacional. Desde el origen del pensamiento cristiano, salud basada en la enfermedad desde un valor religioso. Va hasta el final de la Edad Moderna. 3. Etapa del cuidado técnico. Va del siglo XIX y gran parte del XX, se centra en la lucha contra la enfermedad, en la que el saber médico predomina y los cuidadores ejercen un papel de auxiliar. 4. Etapa profesional del cuidado. La enfermería se consolida como disciplina y como profesión con una responsabilidad definida en el cuidado de la salud de la población. 5. E-

tapa la evidencia del cuidado. Basada en criterios científicos la enfermería no solo participa en la toma de decisiones sino que genera nuevas competencias que mejora la eficacia y eficiencia de los sistemas de salud.

CONCLUSIONES:

La mujer y la enfermería de su mano, han conquistado espacios en la sociedad y los sistemas sanitarios a pesar de los estereotipos ligados al sexo y vinculados al quehacer doméstico. Ambos forman un binomio indisoluble que participa activamente en la toma de decisiones. Aunque aun no se ha logrado la plena igualdad el desarrollo de las prácticas avanzadas contribuye a la visibilidad del cuidado enfermero.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Antonín Martín, N. Flor Pérez, P. Tomás Sabado, J. Mujer y cuidados: ¿historia de una relación natural? Cultura de los Cuidados - 2003, Año VII, N. 13.
2. Hernández Conesa, J.: (1995) Historia de la Enfermería. Análisis histórico de los cuidados de enfermería. Interamericana McGraw-Hill. Madrid.
3. García Martín-Caro, C.; Martínez Martín, M.L.;(2001) Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero, Harcourt, Madrid, p.53-59.
4. Vicente, T. "Actitudes ante la Historia de la Enfermería". Enf. Anest, n.º 1. Año 1993, pp. 17-20.
5. García Martín-Caro, C, Martínez Martín, M.L. Historia de la Enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero. Ed. Harcourt 2002.
6. Nightingale, F. Notas de Enfermería. Qué es y qué no es. Salvat. Barcelona1990.
7. Sato-Tomás Pérez, M. et al. “Historia de la Enfermería” en Enfermería Fundamental pp. 3-127. Ed. Masson . Barcelona 2003.
8. Sellán Soto, M. C. La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería Española contemporánea. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería. Madrid 2010.
9. Hernández Yáñez, J.F. ¿Qué significa Enfermería de Práctica Avanzada hoy y aquí? Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria Vol. 4 - nº 2 octubre 2011.
10. Hernández Yáñez JF. La enfermería frente al espejo: mitos y realidades. Madrid: Fundación Alternativas; 2010.

Tratamiento con CPAP: Condicionantes en la Adherencia

Autores: Eva Pérez-González; Rosario del Valle-Rodríguez; Bella Romero-Morgado.

INTRODUCCIÓN

La enfermería siempre ha abanderado la educación sanitaria como uno de los pilares fundamentales en la adherencia a los tratamientos. La CPAP es una terapia respiratoria compleja (presión positiva continua en la vía aérea) empleada en pacientes con apnea del sueño que requiere una óptima intervención educactiva, (1) un seguimiento estrecho y unos cuidados y atención continuos. Como terapia de larga duración y que debe ser autoadministrada, nos panteamos la adherencia como objetivo a evaluar (2). La literatura muestra datos muy dispares de adherencia, así como sobre su consideración. Los estudios son más abundantes sobre los factores que influyen en la adherencia, siendo la percepción de una mejoría con el tratamiento y un buen control de los efectos secundarios los más importantes. (3)

Palabras Clave: Air Pressure, Medication Adherence, Nurse Patient Relations.

MATERIAL Y MÉTODO

Con la finalidad de mejorar la adherencia en la CPAP y para reforzar los factores que han mostrado un mayor papel en la misma, los profesionales de la UGC de Neumología del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla han establecido un circuito multidisciplinar que ha ido evaluándose y modificándose de forma continua desde el año 2008. Sus principales elementos son: Prescripción y formación inicial. *Desde el momento de la indicación de uso de CPAP el paciente entra a nuestro circuito y en menos de una semana se le cita para recoger el dispositivo y recibir formación específica sobre su utilización a través de un taller grupal de 90 minutos de duración impartido conjuntamente por una enfermera de la Unidad y la empresa suministradora del dispositivo. La información, que se entrega por escrito, se centra en el uso y mantenimiento de la CPAP así como en la resolución de dudas e inquietudes*. Refuerzo de la formación. Valoración en consulta de enfermería. *Al mes y medio de la prescripción, el paciente es valorado conjuntamente por una enfermera de la*

UGC y un profesional de la empresa suministradora. Una hoja de registro específica recoge distintos parámetros, como horas de uso de la máquina, adaptación del paciente a la terapia, valoración subjetiva a la misma, efectos secundarios e intervención con medidas específicas. Se aclaran dudas y se comparten impresiones con el paciente. Seguimiento por especialista. *A los tres meses de la prescripción. Se realiza análisis y evaluación de parámetros clínicos (analítica general y gasométrica) y de uso del dispositivo. Se refuerza la importancia del cumplimiento del tratamiento.* Soporte por la empresa suministradora. *A los seis meses de la prescripción.* Soporte continuo. *De 8-17h, de lunes a viernes, el paciente puede contactar con el referente de la empresa suministradora en la Unidad. Asimismo, la empresa ofrece soporte a través de un Call Center en caso de malfuncionamiento y/o rotura de componentes.*

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Los resultados muestran una mejora de la adherencia, si bien son medidos a partir de manifestaciones de los pacientes y contabilizando horas de uso a través del chip interno de la máquina. Se está trabajando con la empresa suministradora para disponer de datos objetivos del uso del dispositivo así como en el empleo de test validados que midan la cumplimentación del tratamiento.

CONCLUSIONES:

En la actualidad el planteamiento de la enfermería es presentar pacientes gran cumplidores ante una terapia compleja que no muestra positivos efectos inmediatos que precisa un trabajo continuo (4). Según la literatura debemos hablar de factores que condicionan la adherencia eludiendo el término de adherencia global (5).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Bazurto María Angélica, Herrera Karen, Vargas Leslie, Dueñas Élida, González-García Mauricio. Factores subjetivos asociados a la no adherencia a la CPAP en pacientes con síndrome de apnea hipopnea de sueño. Acta Med Colomb [serial on the Internet]. 2013 Apr [cited 2015 Mar 14] ; 38(2): 71-75.

2. Weaver TE, Sawyer A. Adherence to Continuous Positive Airway Pressure Treatment for Obstructive Sleep Apnea: Implications for Future Interventions. Indian J Med Res 2010; 131: 245–258.

3. McDougall P. Caring for bronchiolitic infants needing continuous posi-

tive airway pressure. Paediatr Nurs. 2011 Feb;23(1):30-5.

4. Odell M. Detection and management of the deteriorating ward patient: an evaluation of nursing practice. J Clin Nurs g s. 2014 Jul 8.

5. Bouloukaki I, Giannadaki K, Mermigkis C, Tzanakis N, Mauroudi E, Moniaki V, Michelakis S, Siafakas NM, Schiza SE. Intensive versus standard follow-up to improve continuous positive airway pressure compliance. Eur Respir J. 2014 Nov;44(5):1262-74.

Evidencias sobre los beneficios de una Consulta Prequirúrgica en Pacientes de Cirugía programada

Autores: Mónica Guerrero-Navarro; Almudena Arroyo-Rodríguez.

INTRODUCCIÓN

El área quirúrgica es un ámbito que requiere en los pacientes que les apliquemos cuidados específicos. Es por ello, que la Enfermería debe estar preparada para ofrecerlos. Se detecta un vació entre la consulta de preanestesia y el ingreso hospitalario del paciente; creándoles, dudas, malestar y ansiedad prequirúrgica que pueden tener repercusiones en la recuperación postquirúrgica.

Palabras claves: Enfermería Basada en la Evidencia. Enfermería Perioperatoria. Enfermería de Quirófano. Consulta prequirúrgica. Visita prequirúrgica.

OBJETIVO

Nos preguntamos sobre los beneficios obtenidos a la hora de realizar una consulta prequirúrgica de Enfermería, si es eficaz realizarla a todo tipo de pacientes de cirugía programada y en qué momento se debe aplicar. De este modo, se podría divulgar la Práctica Avanzada de Enfermería, suponiendo un reto para la Enfermería.

METODOLOGÍA

Se utilizó la EBE (Enfermería Basada en la Evidencia), para ello se siguió un proceso iniciado con la siguiente pregunta PICO: ¿Qué beneficios se obtienen de una consulta de enfermería prequirúrgica dirigida a pacientes de cirugía programada y cuál es el momento idóneo para realizarla? Mediante esta pregunta, se eligió la NIC “Enseñanza: Prequirúrgica” (5610), y se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Biblioteca Cochrane, Biblioteca Virtual de Salud, Cuiden Plus y PubMed. Se encontraron gran cantidad de referencias bibliográficas, de las cuales seis de ellas fueron revisadas mediante las fichas de lectura crítica de CASPe.

RESULTADOS

Las actividades a través de la NIC que se desarrollan en una consulta prequirúrgica de Enfermería aportan un nivel de evidencia alto; ya que en la literatura científica hemos encontrado varios ensayos clínicos aleatorizados que así lo demuestran.

CONCLUSIONES

La realización de la visita prequirúrgica de Enfermería aporta diversos beneficios en el paciente. Se deberá realizar 24 horas antes de la intervención, por Enfermería del área quirúrgica y sí sería recomendable hacerla a pacientes de cirugía programada, aunque seleccionándolos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ªed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.

2. Castro Díaz A, Martín González MJ. La visita prequirúrgica y el proceso enfermero en cesárea urgente: un caso. En: I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia. Granada; 2013. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n19/pdf/084d.pdf.

3. Torres LB, Alvarez HRP, Gallegos MEL, Jiménez DT. Calidad en la visita preoperatoria de la enfermera quirúrgica. Rev Horizonte Sanitario [revista en Internet] 2008; 7 (1): [21-8 pp.]. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n14/003r.php, http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2200_ene_abr/04%20calidad%20de%20la%20visita.pdf

4. Castro Álvarez JC. Contrato Programa Período 2005-2008 Hospitales del Servicio Andaluz de Salud [monografía en Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2005. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/183/pdf/CPHOSPITALES2005.pdf

5. Orihuela-Pérez I, Pérez-Espinosa JA, Aranda-Salcedo T, Zafra-Norte J, Jiménez-Ruiz RM, González-Ramírez AR, et al. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. Rev Enferm Clin [revista en Internet] 2010; 20 (6): [349-54 pp.]. Disponible en: http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=667053_1.

6. Mata J, Moral V, Moya MM, Nolla M, Segura C, Valldeperas I, et al. Is a preanesthetic interview by a team including nurses effective, safe, and e-

fficient?. Rev Esp Anestesiol Reanim [revista en Internet] 2007; 54 (5): [279-87]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17598718

7. Gálvez Toro A, Bonill de las Nieves C, Torres Luzón C, Rodríguez Bailón M, Rodríguez Bailón ML, Ayudarte Larios ML. Experiencia sobre la visita prequirúrgica: una revisión de evidencias. Rev Evidentia [revista en Internet] 2006; 3(8). Disponible en: http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=660848_1

8. Díez-Álvarez E, Arrospide A, Mar J, Alvarez U, Belaustegi A, Lizaur B, et al. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Rev Enferm Clin [revista en Internet] 2012; 22 (1): [18-26 pp.]. Disponible en: http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=673813_1

9. Sadati L, Pazouki A, Mehdizadeh A, Shoar S, Tamannaie Z, Chaichian S. Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. Scand J Caring Sci [revista en Internet]. 2013; 27(4):994-8. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23350886

10. Chirveches 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. Rev Enferm Clin [revista en Internet] 2006; 16 (1): [3-10 pp.]. Disponible en: http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=441791_1

11. Núñez García A, Ramos Fernández M, Aparcero Bernet L, Galisteo Domínguez R, López Rodríguez L, Barea Mochón A. Valoración de un programa estandarizado de visita preoperatoria de enfermería. Rev Enferm Anest [revista en Internet] 2006; 14: [12-6 pp.]. Disponible en: http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=483001_1

12. Cutcliffe J, McKenna H, Hyrkäs K. Modelo de relaciones interpersonales de Hildegard Peplau. (Director/Coordinador/Editor del Libro). Modelos de Enfermería. Aplicación a la práctica. (Lugar de publicación): Manual Moderno, (año). 39-53.

13. Valenzuela-Millán J, René Barrena-Serrano J, Ornelas-Aguirre JM. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Rev Cir Cir [revista en Internet] 2010; 78(2):[151-6 pp]. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66219077008

14. Osuna MJE. ¿Cuál es la mejor forma de realizar en nuestro medio la visita prequirúrgica para obtener resultados en términos de satisfacción del paciente y reducción del nivel de ansiedad? Rev Evidentia [revista en

Internet] 2006; 3(8). Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/n8/203articulo.php

15. Kruse HML, Abreu MdA, Keretzky KB, Roberts E, Silva FPd, Schenini FdS, et al. Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. Rev Elect Enf [revista en Internet] 2009; 11 (3): [494-500 pp.]. Disponible en: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a05.htm.

16. Basozabal Zamakona B, Durán Díaz de Real MA. Manual de Enfermería Quirúrgica [monografía en Internet]. Hospital de Gadalkao: 2003. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckserv01/es/contenidos/informacion/hgal_guias_manuales/es_hgal/adjuntos/manual_de_enfermeria_quirurgica.pdf

17. Mafetoni RR, Higa R, Bellini NR. Comunicação enfermeiro-paciente no pré-operatório: revisão integrativa. Rev Rene, Fortaleza [revista en Internet] 2011; 12(4): [859-65 pp.]. Disponible en: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/323/pdfAvailable from: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-682307.

18. Osuna MJE, Imbernón PZ, Peña MP, Miró JC, Delgado ER, Cardoso SJ, et al. Personalizando la atención: Protocolo de visita pre-quirúrgica (VPQ). Rev Evidentia [revista en Internet] 2006; 3 (8). Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/n8/204articulo.php

19. Landeros Olvera EA, Amezcua M. Enfermería basada en evidencia: Principios básicos. Revista Mexicana de Enfermería en Cardiología [revista en Internet] 2005; 13 (1-2): [65-6 pp.]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2005/en051_2m.pdf

20. Ponce Mejides S. Consulta telefónica prequirúrgica de Enfermería. Rev Tesela [revista en Internet] 2010; 8. Disponible en: http://www.index-f.com/tesela/ts8/ts7409.php

21. Ebevidencia.com [sede web]. Barcelona. Santillán A. Fases de la enfermería basada en la evidencia. Disponible en: http://ebevidencia.com/archivos/167

22. Slideshare [sede Web]. Barcelona: Slideshare; abril 2013. Lectura crítica de la literatura científica [33]. Disponible en: http://es.slideshare.net/APapIB/lectura-crtica-20087697

23. Cabello JB. Por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-17.

24, Cabello JB. Por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender Estudios de Cohortes. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno II. p.23-27.

25. Cabello JB. Por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.15-8.

Hiperglucemia en el Embarazo: Importancia de la Educación para la Salud basada en la Evidencia científica

Autores: María del Mar Ortega-Pérez, Ester Ortega-Pérez.

INTRODUCCIÓN

Tasas elevadas de azúcar en sangre están presentes en un número significativo de mujeres embarazadas y se asocian con una amplia gama de situaciones adversas para ellas y sus bebés. La educación para la salud juega un papel importantísimo en la gestión de estos casos ya que en la mayoría de ellos, los cambios en los estilos de vida y en los hábitos dietéticos constituyen la clave para solventar estos efectos, no siendo necesario el uso de insulinas ni antidiabéticos orales.

OBJETIVO

Evaluar la importancia de la educación para la salud basada en la evidencia científica para ayudar a la mujer a evitar los problemas derivados de las hiperglucemias en el embarazo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza en Febrero 2015, búsqueda de la literatura en las bases de datos bibliográficas MEDLINE, PUBMED y EMBASE, en las bases de revisiones sistemáticas COCHRANE y DARE , el buscador científico Google Scholar y en el banco de preguntas de evidencia UpTo- Date. Términos de búsqueda libres y descriptores MeSH (“pregnancy”, “hyperglycemia”, “health education”). Uso de operadores booleanos AND y OR, truncamientos y sinónimos. Límite: periodo de búsqueda últimos 10 años; idioma: inglés y español.

RESULTADO Y CONCLUSIONES

Para la OMS, la educación para la salud comprende “las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.” Es por ello que es muy importante identificar en

primer lugar, cuáles son las necesidades en salud de la embarazada para poder proponer una correcta opción terapéutica. Del mismo modo, la formación del personal sanitario para abordar esta enseñanza es básica y no basta sólo con la buena voluntad y actitud generosa, que si bien son indispensables, no son suficientes para poner en práctica la evidencia científica. La información proporcionada debe cumplir unos requisitos para que alcance su objetivo de modificación de hábitos de conducta. Ésta debe ser: clara, concreta, realista, evaluable y pertinente. Una correcta actuación por parte del personal sanitario, en especial la matrona y la enfermera, conllevará una disminución de los efectos adversos derivados de la presencia de cifras elevadas de glucosa en sangre en mujeres embarazadas y así queda demostrado en la evidencia científica consultada.

BIBLIOGRAFIA

1. Han S, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. Los diferentes tipos de asesoramiento dietético para las mujeres con diabetes mellitus gestacional. Cochrane Database Syst Rev. 2013 28 de marzo; 3: CD009275

2. Tieu J, Crowther CA, Middleton P. El asesoramiento dietético durante el embarazo para prevenir la diabetes mellitus gestacional. Cochrane Database Syst Rev. 2008 16 de abril, (2): CD006674

3. Walsh JM1 Mahony RM, Canty G, Foley ME, McAuliffe FM. Identification of those most likely to benefit from a low-glycaemic index dietary intervention in pregnancy. Br J Nutr. 2014 Aug 28;112(4):583-9.

La Terapia de Presión Negativa. ¿Una Práctica Segura?

Autores: Belén López-Pertegaz; María de los Ángeles Gómez-Zubeldia; António Casa Nova; Adriano Pedro; Raúl Cordeiro; Juan Antonio Carrillo-Norte.

INTRODUCCIÓN

La terapia de presión negativa supone una alternativa terapéutica ante heridas muy exudativas y de difícil cicatriación. Se trata de una técnica no invasiva con muy buenos resultados en la mejoría de los síntomas de estas heridas.

Palabras Claves: Heridas penetrantes, úlcera por presión, Terapia combinada, Cicatrización de Heridas.

OBJETIVOS

Conocer los riesgos en la aplicación de la terapia de presión negativa, con el fin de poder prevenir las posibles complicaciones y fomentar la práctica segura en su aplicación. Describir el protocolo clínico en la aplicación de Terapia de presión negativa.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de protocolos de aplicación de Terapia de Presión Negativa junto con estudio de las diversas complicaciones detalladas en casos de heridas de difícil cicatrización.

RESULTADOS

En la terapia a través del sistema V.A.C. se producen unos gradientes de difusión a través de los cuáles el exudado es retirado del lecho ulceral, mejorando el entorno de la úlcera y por tanto la cronicidad de la misma, resolviendo la fase inflamatoria de la úlcera. Tanto la colocación del tubo de drenaje como el sellado de la herida son dos maniobras que determinarán que se cree o no un ambiente de presión negativa en la lesión y que por lo tanto extraerá o no los fluidos que emanan de la herida y que son los responsables del retraso en el proceso de cicatrización. La práctica segura del tratamiento girará en función de estos parámetros.

CONCLUSIONES

Debemos hacer especial incidencia, y por consiguiente formar correctamente a los profesionales que utilizarán la Terapia de Presión Negativa, en la Técnica del sellado de la herida y la colocación del tubo de drenaje. Para ello describimos la técnica correcta de colocación del drenaje y posterior sellado de la lesión. Todo ello con el fin de limitar la infección y conseguir una correcta absorción del exceso de exudado de la úlcera o herida crónica.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Gabriel A, Hinrich C, Shorest JT, Baqaiwk, Rogers FR, Gupta S. Reducing bacterial bioburden in infected wounds with vacuum assisted closure and a new siler dressing- a pilot study. Wounds. 2006;18(9):245-55.

2. Weed T, Ratliff C, Drake D. Quantifying bacterial bioburden during negative pressure wound therapy: does the wound VAC enhance bacterial clearance? Annals of Plastic Surgery 2004; 52(3): 276-79.

3. Bueno-Lledó J, Sosa-Quesada Y, Gómez i Gavara I, Vaqué- Urbaneja J, Carbonell-Tatay F, Bonafé-Diana S, *et al.* Infección de la prótesis en la reparación herniaria. Nuestra experiencia en 5 años. Cir Esp 2009; 85:158–64.

4. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principios de las mejores prácticas: sistema de cierre al vacío: recomendaciones de uso. Documento de consenso. MEP Ltd, Londres (2008).

5. Trujillo-Martín M, García-Pérez L, Serrano-Aguilar P. Efectividad, seguridad y coste-efectividad de la terapia por presión negativa tópica para el tratamiento de las heridas crónicas: una revisión sistemática. Medicina Clínica 2011;137(7):321-28.

6. Brox-Jiménez A, Díaz-Gómez D, Parra-Membrives P, Martínez-Baena D, Márquez-Muñoz M, Lorente-Herce J, et al. Sistema de cierre asistido por vacío en heridas complejas. Estudio retrospectivo. Cirugía Española 2010 5;87(5):312-317.

7. Estrella AD, Rodríguez JAV. Curación de herida traumatológica mediante terapia de presión negativa. Metas de enfermería 2014;17:8.

8. Sarabia Cobo CM, Castanedo Pfeiffer C. ¿En qué consiste la presión tópica negativa?¿ Es eficaz/eficiente en el cierre de heridas complejas?: revisión del tema. Gerokomos 2014;25(1):44-47.

9. Hernández MP, Cano RM. Uso inadecuado de la presión negativa en terapias tópicas en heridas quirúrgicas con dehiscencias. Efectividad de la cura en ambiente húmedo en dehiscencia de herida quirúrgica tras uso de apósito pico. ENE, Revista de Enfermería. 2014;8(2).

Prevención de los Síndromes Diarreicos secundarios al tratamiento con Quimioterpia/ Radioterapia a través de los Probióticos

Autores: Cristina Villafáfila-Quintana; Elisabeth Escobedo-Mesas

INTRODUCCIÓN

La radioterapia/quimioterapia puede tener numerosos efectos sobre la mucosa intestinal y poder sufrir diarreas crónicas. Los probióticos son factores de resistencia, es decir, su carencia en individuos sanos apenas se nota, pero su falta en presencia de ciertas fuerzas patógenas puede tener consecuencias negativas.

OBJETIVO

Describir los efectos beneficiosos en la administración de probióticos para la prevención de síndromes diarreicos secundarios al tratamiento de quimioterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una búsqueda bibliográfica sistemática a través de bases de datos como PubMed, Scielo, Cochrane con las palabras “probiotics” “cáncer” y “diarrhea” de los últimos 5 años.

RESULTADOS

Los probióticos se les atribuye la secreción de substancias antibacterianas, compitiendo con los patógenos y previniendo su adhesión al epitelio intestinal. En un ensayo controlado aleatorizado administrando probióticos en la profilaxis de la diarrea durante la radioterapia en pacientes con cáncer de cuello uterino, se ha visto que se redujo significativamente. (año 2010). Una revisión de Cochrane (año 2013) hace hincapié en el uso de probióticos en la prevención de diarreas por Clostridum Difficile indican que son seguros y efectivos.

DISCUSIÓN

Un artículo de la organización mundial de gastroenterología (año 2008), afirman que “en la diarrea inducida por la radiación, el uso de probióticos son inadecuados y no permiten definir con certeza su eficacia”. Se ha visto que no es así.

CONCLUSIONES

Los probitóticos afectan al ecosistema intestinal estimulando los mecanismos inmunitarios y no inmunitarios. Se piensa que estos fenómenos median la mayoría de los efectos beneficiosos, incluyendo la reducción de la incidencia y gravedad de la diarrea. El uso de los probióticos cuenta con otros muchos beneficios: prevención de la diabetes gestacional, prevención del cáncer de cólon, erradicación del Helicobacter pylori, disminución de la dermatitis atópica e infecciones urogenitales, reducción de las diarreas agudas y crónicas

BIBLIOGRAFÍA:

1. Guarner F. et al “, Guías prácticas: probióticos/prebióticos”. Organización Mundial de Gastroenterología, 2008
2. Probióticos para la prevención de la diarrea asociada al Clostridium difficile en adultos y niños (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 5. Art. No.: CD006095. DOI: 10.1002/14651858.CD006095
3. McGough C, Baldwin C, Frost G, Andreyev HIN. Role of nutritional intervention in patients treated with radiotherapy for pelvic malignancy. British Journal of Cancer. 2004;90:2278–87
4. Chitapanarux I, Chitapanarux T, Traisathit P, Kudumpee S, Tharavichitkul E, Lorvidhaya V. Randomized controlled trial of live lactobacillus acidophilus plus bifidobacterium bifidum in prophylaxis of diarrhea during radiotherapy in cervical cancer patients. Radiation Oncology (London, England). 2010;5:31. doi:10.1186/1748-717X-5-31.
5. Praser Andrada. A “las bifidobacterias y la salud humana” METAS enfermería: 1998; 67: 28-32.

Evaluación de Competencias en Estudiantes de Enfermería en el Área de Cuidados Críticos y Urgencias

Autores: María Rosario Martínez-Jiménez; Dolores Torres-Enamorado; Isabel Mª Calvo-Cabrera; Inmaculada Lancharro-Tavero; Rocío Romero-Serrano; María del Socorro Morillo-Martín.

INTRODUCCIÓN

La planificación y la asignación de competencias en el Grado de Enfermeríavanorientadas a formarprofesionales de enfermería generalista. Se recibe formación en todas las ciencias que guardan relación directa para entender y comprender los signos y síntomas del paciente, así como, saber interpretarlos y abordarlos desde el ámbito de los cuidados enfermeros. En referencia al Área de Cuidados Críticos y Urgencias se identifican tres asignaturas específicas, concretamente Soporte Vital, Cuidados Críticos y Asistencia a Múltiples Víctimas y Ayuda Humanitaria. El desempeño de las funciones enfermeras requiere la adquisición de competencias por parte del alumnado. Por todo ello es importante promover el interés por la formación y desarrollo de competencias que favorezcan la independencia del alumnado a través de enfermería en práctica avanzada en áreas específicas, como,los Cuidados Críticos y Urgencias.

Palabras claves: Competencia profesional. Cuidados críticos. Emergencias. Urgencias. Estudiantes de enfermería.

OBJETIVO

Analizar las competencias adquiridas en asignaturas relacionadas con el Área de Cuidados Críticos y Urgencias por el alumnado del cuarto curso del Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios" (CUESJD). Universidad de Sevilla.

MATERIAL Y MÉTODO

Investigación de metodología cuantitativa, dirigida al alumnado del cuarto curso del Grado Universitario de Enfermería del CUESJD que tengan superadas las asignaturas anteriormente mencionadas. Los datos han sido recogidos a través de una encuesta compuesta por once competencias generales y cinco específicas.

Cada competencia ofrece cinco opciones que van desde no adquirida a adquirida con mucha destreza.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En las once competencias generales la mayoría del alumnado responde entre los rangos de que han adquirido en esa área la competencia con destreza

CONCLUSIONES

En todas las competencias un porcentaje significativo de los encuestados responden que han adquirido las competencias establecidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Libro blanco. Título de Grado de Enfermería. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación 2008; Disponible en: http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf

2. Memoria para la solicitud de verificación del título oficial de graduado o graduada en enfermería. Universidad de Sevilla. 2008; Disponible en: http://www.us.es/downloads/estudios/nu

Enfermería Vestibular de Práctica Avanzada

Autores: Antonio Manuel Barbero-Radío; María de los Reyes Asencio-Pérez; Rocío de Diego-Cordero; Ester Rojas-Andrade; Ángel Hueso-Beltrán.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del equilibrio vinculantes a lesión del nervio vestibular por isquemia o inflamación del mismo, son habituales entre las personas mayores. Razón ésta por la que proceden los talleres de Educación para la Salud como prevención terciaria de los mismos: rehabilitación vestibular mediante el aprendizaje de ejercicios vestibulares; de condicionamiento y control visual, y propioceptivo.

Palabras Clave: Equilibrio, Ejercicios Vestibulares, Personas Mayores.

OBJETIVOS

Mejorar la marcha de los mayores y prevenir el deterioro senil por falta de movilidad. Por lo demás asegurar una óptima velocidad de marcha (^{3}0,75 m./sg.), disminuir la prevalencia de caídas en favor de la integridad osteotegumentaria, eliminar la ansiedad y/o estrés por miedo a la deambulación y caídas, incrementar la sensación de seguridad e independencia al caminar, y posibilitar la práctica regular de ejercicio físico.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra de 54 personas vinculadas a 3 talleres de 2 sesiones cada uno; implementados en la Unidad de Personas Mayores del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla a partir del historial clínico y examen gerontológico como criterios de inclusión. Ésta última valoración de la fragilidad se repite a los 2 meses de la última sesión.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Progreso sustancial del 85,2% de la muestra. No obstante a pesar del ahorro sanitario por la consecuente remisión del número de caídas (en proporción a la del número de usuarios con “Bloomberg” positivo), y la mejora anímica tras la desaparición de ansiedad y/o estrés por miedo al caminar; la educación vestibular conlleva la dificultad del aprendizaje (concominante a los pormenores propios de la situación senil), así como la exigencia del compromiso para con la práctica diaria de los ejercicios.

CONCLUSIONES

Se confirma la eficacia de la formación dos meses después de la misma; por una mayor sensación de seguridad e independencia en la persona mayor; más movilidad y velocidad de su marcha inclusive.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perez N, Santandreu E, Benitez J, Rey-Martinez J. Improvement of postural control in patientes with peripheral vestibulopathy. Eur Arch Otorhinolaryngolog. 2006; 263: 414-20.

2. Colomer Revuelta C, Álvarez-Dardet Díaz C. Promoción de la Salud y Cambio Social. Barcelona: Elsevier Masson; 2006.

3. Rey J, Boleas MS, Perez N. Análisis postural de la prueba “Time-up-and-go” en pacientes con vértigo. Acta Otrorrinolaringol Esp. 2005; 56:107-11.

4. Brandt T, Bronstein AM. Cervical Vertigo. J Neurol Neurosurg Psichiatry. 2001; 71 (1): 8-12.

5. Pérez N, Garmendia I, García-Granero M, Martín E, García Tapia R. Factor análisis and correlation between Dizziness Handicap Inventory and Dizziness Characteristics and Impact on Quality of Life Scales. Acta otolaryngologica (Stockholm). 2001; Suppl 545:145-54.

6. Herdman S.J. Treatment in vestibular hypofunction. En: Vestibular Rehabilitation. 2ª ed. Phyladelphia: F.A. Davis Company; 2000: 387-423.

7. Yardley L, Beech S, Zander L, et al. A randomized controlled trial of exercise therapy for dizzeness and vertigo in primary care. Br J Gen Pract 1998; 48: 1136-1140.

8. Cooksey FS. Rehabilitation of vestibular injuries. Proc R Soc Med. 1945; 39: 273-8.

9. Cawthorne T. The phisiologycal basis for head exorcices. J Chart Soc Physiother 1944; 30: 106-7.

Diabetes Gestacional: Asesoramiento Nutricional y Cuidados en la Embarazada

Autores: Mª del Mar Casares Rivas; Rocío Izquierdo Vílchez; Mª José Osorio López

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)[1], la diabetes mellitus (DM) es el tercer problema más importante de salud pública en el mundo. La OMS identifica la diabetes gestacional (DG) como una hiperglucemia detectada durante el embarazo e inducida por este.

Se estima que en nuestro medio la prevalencia de DG está entre 3-5%, que aumenta a cifras entre 10-14% si hablamos de embarazadas con riesgo diabético.

OBJETIVO

Evaluar los efectos del asesoramiento nutricional para normalizar las cifras de glucosa acercándolas en la medida de lo posible a las de las embarazadas no diabéticas.

METODOLOGÍA

Se hicieron búsquedas en bases de datos Cochrane, Pubmed, Medline y Scielo, estableciendo como criterios de selección estudios aleatorios de intervenciones nutricionales para la prevención de la DM en el embarazo.

- Se incluyeron estudios desde 2009 hasta la fecha actual.
- Idioma de referencia: castellano e inglés.
- Descriptores utilizados DeCS:
    - Embarazo y diabetes.
    - Pregnancy in diabetics.
    - Diabetes, Gestational.
    - Glucose intolerance.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 107 mujeres distribuidas en tres ensayos. El primer ensayo (25 mujeres embarazadas), analizó dietas con alto contenido en fibra sin resultados significativos. Los otros dos ensayos (82 mujeres embarazadas) evaluaron dietas con bajo índice glucémico (BIG) frente a dietas con alto índice glucémico. Entre las mujeres que realizaron dieta BIG se registraron menos recién nacidos (RN) grandes para su edad gestacional, RN con índices ponderales inferiores e inferiores niveles maternos de glucemia en ayunas. Se observó gran heterogeneidad en la mayoría de los resultados. Uno de los ensayos incluyó también una rutina de ejercicios estándar para todas las participantes.

CONCLUSIONES

Se observó que las dietas con bajo índice glucémico resultaron beneficiosas tanto para la madre como para el niño, pero los resultados de la revisión no fueron concluyentes. Para poder obtener resultados sería necesario realizar ensayos con muestras de población más grandes y cuyo seguimiento se prolongara durante más tiempo. No ha sido posible establecer conclusiones a partir de la comparación de una dieta con alto contenido en fibra vs una dieta de control.

La eficacia de la intervención nutricional es multifactorial y comprende los hábitos alimentarios de las pacientes, obstáculos como la economía y satisfacción personal con los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1 Organizacion Mundial de la Salud.OMS.http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/.

2 OMS.http://www.who.int/topics/diabetes.mellitus/es/.

3 American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of diabetes mellitus. Diabetes care 2004;27 (Suppl,1): S5-S10.

4 Tieu Joanna, Crowther Caroline A, Middleton Philippa Asesoramiento nutricional en el embarazo para la prevención de la diabetes mellitus gestacional (Revisión Cochrane traducida).

Cuidados en el Embarazo: Obesidad y Preeclampsia

Autores: Mª del Mar Casares Rivas; Mª José Osorio López; Rocio Izquierdo Vílchez

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es un desorden hipertensivo relativamente común durante el embarazo y se asocia a graves consecuencias maternas y perinatales.

La obesidad es un factor que complica el periodo de gestación y el parto, siendo además un indicador de aterosclerosis, riesgo vascular y síndrome metabólico. La grasa visceral es resistente a la insulina y provoca un aumento del flujo de ácidos grasos al hígado con dos consecuencias inmediatas: esteatosis hepática por incremento de la síntesis de triglicéridos y aumento de la formación de lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) incrementando la concentración sanguínea de triglicéridos.

OBJETIVO

Determinar la influencia de la obesidad en el riesgo de preeclampsia.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de los artículos publicados en las bases de datos: Cochrane, Medline y Cuiden.

Palabras Clave o descriptores utilizados: “terapias alternativas”, “posparto”, “complementary and alternative therapies”, “pospartum”, “pregnancy”.

Se incluyeron estudios desde el 2009 hasta la fecha actual.

RESULTADOS

El período preconcepcional constituye el escenario ideal para desplegar intervenciones que mejorarán los resultados para las mujeres obesas en el embarazo. El índice de masa corporal (IMC) pregestacional tiene relación directa con la salud materna y fetal independientemente de la ganancia de peso en el embarazo.

Numerosos estudios han demostrado un aumento significativo del riesgo de diversas patologías del embarazo, cesáreas y una mayor mortalidad perinatal vinculada a un exceso de peso materno. Existen pocos artículos centrados en el postparto.

La obesidad pregestacional influye en los resultados maternos y perinatales y en el riesgo de preeclampsia eclampsia, convirtiendo a estas gestantes en un grupo de alto riesgo que requiere una atención especializada durante el embarazo, el parto y el puerperio.

CONCLUSIÓN

Los resultados de la revisión sugieren que la preeclampsia está fuertemente relacionada al peso incrementado antes de la gestación y a algunos otros factores de riesgo, como la edad madura y el antecedente de preeclampsia en embarazos previos. Las mujeres que tienen este importante factor de riesgo de obesidad y otros descritos por otros autores deben ser cuidadosamente controladas y orientadas para reducir la incidencia y complicaciones de este desorden hipertensivo y para ello es fundamental el uso de medidas higiénico-dietéticas basadas en una alimentación saludable que permita mantener un rango adecuado de IMC entre otros objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Ginebra: OMS; ©2010 [actualizado 28 Sep 2006; citado 28 de Ago 2010]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html

Los 10 países con más obesidad en el mundo. Impre.com. 2010 [actualizado el 30 de marzo de 2010; citado el 2 de agosto de 2010]. Disponible en: http://www.laprensafl.com/section/SALUD.

Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wadsworth J, Joffe M, Beard RW, et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. Int J Obes Relat Metab Disord. 2011;25:1175-82.

Castro LC, Avina RL. Maternal obesity and pregnancy outcomes. Curr Opin Obstet Gynecol. 2012;14: 601-6

Efectividad de un Grupo Psicoeducativo para Reducir el Burnout en las Enfermeras.

Aurores: Mª Irene Fernández-Morales; Mª Ángeles Segura-Rey; Elisa Molina-López

Palabras claves: “nurse” and “burnout” and “psychoeducation”.

INTRODUCCIÓN

El burnout se define generalmente como un estado de agotamiento físico, emocional y mental que resulta de la participación a largo plazo en el trabajo en situaciones que son emocionalmente exigente. Esto supone un costo y una mermación de la calidad de la asistencia prestada, debido a que la persona pierde el interés y los sentimientos positivos que tenían para el paciente, y deja a su vez de estar satisfecho con su trabajo, desarrollando una imagen negativa de él y disminuyendo su rendimiento. En Las enfermeras se ha encontrado que llegan a experimentar mayores niveles de estrés en su lugar de trabajo lo que provoca una peor salud entre ellas, lo que a su vez se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollar un burnout que otros profesionales de la salud.

OBJETIVOS

Analizar a medio y largo plazo la eficacia de un grupo de psicoeducación formado por enfermeras y siendo dirigido por la enfermera especialista en salud mental.

MATERIAL Y MÉTODOS

El programa de intervención está basado en el abordaje psicoeducativo de la enfermera especialista en Salud Mental que llevará a cabo hacia enfermeras susceptibles de sufrir burnout.

Se pretende enseñar a los miembros estrategias para identificar, vencer y afrontar las consecuencias del síndrome de burnout, siguiendo un enfoque psicoeducativo, puesto que se trata de una experiencia didáctica estructurada. Se llevaran a cabo un total de 6 sesiones de 1 hora cada una.

Como material usaremos; folios, bolígrafos, portátil, proyector, cuestionario de evaluación y aula didáctica.

RESULTADOS

Al tratarse de un proyecto en fase de ejecución, aun no disponemos de resultado de este estudio.

CONCLUSIONES

Aunque no poseemos conclusiones de este estudio, nos basamos en la evidencia científica la cual justifica la psicoeducación para disminuir los efectos del síndrome de burnout.

BIBLIOGRAFÍA

- Papathanasiou IV, Fradelos EC, Kleisiaris CF, Tsaras K, Kalota MA, Kourkouta L. Motivation, leadership, empowerment and confidence: their relation with nurses 'burnout. Meter sociomed. 2014 Dec;26(6): 405-10. DOI 10.5455/msm.2014.26.405-410.
- Toh SG, Ang E, Devi MK. Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology setting. Int J Evid Based Healthc. 2012 Jun; 10(2): 126-41. DOI 10.1111/j.1744-1609.2012.00271.x.
- Khamisa N , Peltzer K , Oldenburg B . Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. Int J Environ Res Salud Pública. 2013 31 de mayo; 10 (6): 2214-40. DOI 10.3390 / ijerph10062214.

- Regehr C, Glancy D, Pitts A, Le Blanc VR. Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis. J Nerv Ment Dis. 2014 May; 202 (5): 353-9. DOI 10.1097/ NMD.0000000000000130.

Beneficios del Parto en el Agua: Cuidados de Enfermería

Autores: María del Carmen Ramírez-Pérez; Paula Urquizar-Solano; Marina Lorente-Costela; Guillermo Arturo-Cañadas de la Fuente

PALABRAS CLAVES: parto, dolor, agua

INTRODUCCIÓN

El parto en una bañera obstétrica con agua tibia reduce el nivel del dolor, evitando en la mayoría de casos el uso farmacológico de analgesia como la epidural o paracervical.

Hay una disminución de actuaciones instrumentales durante el periodo de expulsión de feto y menos traumatismo perineal extenso o hemorragia postparto en la madre. Además de una menor tasa de síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo durante la cuarentena.

OBJETIVOS

Analizar los beneficios de la inmersión en agua tibia durante el parto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión teórica en páginas de búsqueda como son DIALNET, COCHRANE y PUBMED, durante los años 2005- 2015. Los términos de búsqueda fueron: “parto AND dolor AND agua”.

RESULTADOS Y DISCUSION

Aunque todavía hay pocos estudios al respecto y/o con muestras limitadas, se ha visto que la inmersión de la madre durante el primer periodo del parto favorece la disminución del dolor debido al efecto analgésico que produce el calor del agua, aumenta la perfusión uterina, las contracciones uterinas son menos dolorosas y acelera la dilatación vaginal acortando el tiempo de parto.

Durante el alumbramiento la madre puede adoptar la posición que le resulte más cómoda para la expulsión del feto, teniendo más control de su cuerpo. Hay una disminución del uso de instrumental en los alumbramientos inmersos en el agua, así como la tasa de cesáreas intraparto.

Otra de las ventajas es que la madre tiene una disminución de síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo después de 42 días del parto.

CONCLUSIÓN

Los partos en el agua son aconsejables para evitar el dolor en el parto y el uso de instrumentación durante el periodo expulsivo y previenen posibles complicaciones. Por tanto, gracias a los cuidados realizados en esta técnica aumenta la calidad del proceso

BIBLIOGRAFÍA

Yinglin Liu, Yukun Liu, Xiuzhi Huang, Chuying Du, Jing Peng, Peixian Huang, and Jianping Zhang. A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labor and conventional labor and delivery. BMC Pregnancy Childbirth, 2014; 14.

Jane Henderson, Ethel E Burns, Anna L Regalia, Giovanna Casarico, Mary G Boulton, and Lesley A Smith. Labouring women who used a birthing pool in obstetric units in Italy: prospective observational study. BMC Pregnancy Childbirth,2014;14.

Elizabeth R. Cluett, Ethel Burns. Immersion in water in labour and birth. Sao Paulo Medical Journal, 2013; 131(5):364.

Mirjam Lukasse, Rachel Rowe, John Townend, Marian Knight, and Jennifer Hollowell. Immersion in water for pain relief and the risk of intrapartum transfer among low risk nulliparous women: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014; 14: 60.

Práctica Avanzada Enfermera: Una Ventaja en la Atención a Enfermos Críticos

Autores: María Begoña Martos - Cabrera, Alba Magdalena Avilés - Guzmán, Marina Bueno - Gómez.

INTRODUCCIÓN

La práctica avanzada en el campo de los cuidados de enfermería requiere una experiencia que puede adquirirse tras realizar una especialidad enfermera. Esto aporta unos conocimientos de un campo específico más amplios que los adquiridos como enfermera generalista.

OBJETIVO

Dar a conocer la importancia de la especialización enfermera en los cuidados críticos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión de la bibliografía publicada en los últimos 5 años. Las palabras clave fueron: enfermería, críticos, especialidad tomadas de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y de la Biblioteca Virtual de Salud (BIREME). Se consultaron las bases de datos Pubmed, CUIDEN, CINAHL y Scielo. Se incluyeron estudios primarios en español e inglés relacionados con la temática.

RESULTADOS/ DISCUSIÓN

La posesión de conocimientos específicos para realizar unos cuidados enfermeros eficaces y efi-cientes en una unidad de pacientes críticos es un tema que, más en estos últimos años, se está con-virtiendo en una prioridad.

La experiencia es fundamental y ha de ser adquirida mediante unas prácticas específicas en el campo a trabajar. En diferentes artículos subrayan la importancia de poseer dicha experiencia para trabajar con neonatos críticos (grandes prematuros, patologías cardíacas graves), críticos adultos, y urgencias - emergencias. Son conocimientos muy específicos que, si no se han adquirido previa-mente, pueden dar lugar a cometer graves errores.

CONCLUSIONES

La mayoría de los artículos hallados y relacionados con la temática defienden la importancia de la especialización de enfermería y gran ventaja que supone poseer un personal cualificado en esta áreas. También destaca la capacidad que posee de prevenir más riesgos en estos pacientes

críticos y de llevar a cabo unos cuidados de alta calidad.

Pero una de las dificultades aún presentes en España es que aún no están suficientemente desarrolla-das las vías necesarias para poder realizar una especialidad enfermera.

BIBLIOGRAFÍA

* Wielenga JM; Tume LN; Latour JM; van den Hoogen A.European neonatal intensive care nur-sing research priorities: an e-Delphi study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed . 2015;100(1): 66-71.

* Sasangohar F; Donmez B; Easty A; Storey H; Trbovich P. Interruptions experienced by cardio-vascular intensive care unit nurses: an observational study.J Crit Care. 2014; 29(5): 53 - 848.

* Sturge SA. Is there a need for placement evaluations for specialist practice students? A proposal. Community Pract. 2014;87(10): 3 - 30.

* Galao Malo R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. Index En-ferm. 2009; 18 (4).

* Glaucia Valente V; Ligia de Oliveira V. Viviendo el choque de la realidad: la inserción del enfer-mero en la especialidad. Rev. enferm. UERJ. 2009;17(1).

* Santana N; Fernandes JD. El proceso de habilitación profesional del enfermero intensivista. Rev. bras. enferm. 2008; 61(6):809-815.

El Aprendizaje Sobre la Práctica: Prácticum de Enfermería

Autores: Patricia Ferrero-Sereno, Belén López-Pertegaz, María de los Ángeles Carreto-Lemus, Francisco De Llanos-Peña, Noelia Durán-Gómez, Valentina Castilla-Fernández.

PALABRAS CLAVE
Educación basada en competencias, metodología, educación en enfermería.

INTRODUCCIÓN

El nuevo modelo educativo del Espacio Europeo de Educación Superior tiene como objetivo producir mejores titulados, capaces de cumplir mejor con las expectativas de los perfiles profesionales de su profesión. Así, debemos poder acreditar que producimos titulados con una serie de competencias profesionales y con capacidad para aprender autónomamente y para actualizarse.

Todo ello, requiere de nuevas estrategias de enseñanza-aprendizaje y de evaluación-certificación. Por lo tanto, la planificación reflexiva y explícita del proceso de enseñanza-aprendizaje constituye un factor fundamental de calidad de la actividad docente universitaria.

OBJETIVOS

Establecer las competencias transversales y específicas mínimas que se deben trabajar y adquirir durante la realización de prácticas externas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de la metodología de planes docentes de las asignaturas de la Diplomatura de Enfermería y del Grado de Enfermería.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las estrategias metodológicas han cambiado a lo largo de los años de implantación del Grado en Enfermería. El trabajo autónomo del alumno estaría basado en el aprendizaje inductivo, donde se plantean problemas que les obliguen a buscar y aprender información relevante por sí mismos. Es por ello que las competencias eminentemente prácticas deben definirse y evaluarse de forma independiente y dinámica con el fin de conocer su alcance. En Enfermería, las prácticas clínicas constituyen el pilar fundamental del aprendizaje en el campo la asistencia sanitaria, por lo que las competencias a adquirir deben contemplar desde la gestión hasta establecer una comunicación eficaz, proteger la salud y el bienestar de las personas, planificar y prestar cuidados y trabajar en equipo.

CONCLUSIONES

La nueva metodología didáctica empleada los planes docentes del Grado en Enfermería está basada en aprendizaje activo, aprendizaje colaborativo y en el aprendizaje inductivo. Este aprendizaje nos obliga a marcar unos objetivos en las prácticas externas, de forma más concreta, la definición y evaluación de competencias específicas del prácticum.

BIBLIOGRAFÍA

- Leal Costa C, Díaz Agea JL, Rojo Rojo A, Juguera Rodríguez L, López Arroyo MJ. Practicum y simulación clínica en el Grado de Enfermería, una experiencia de innovación docente. REDU Revista de Docencia Universitaria 2014;12(2):421-451.

-Fernández-Sola C, Granero-Molina J, Márquez-Membrive J, Aguilera-Manrique G, Castro-Sánchez AM. Implantación del nuevo modelo de formación práctico-clínica en Andalucía: una evaluación cualitativa en las titulaciones de Enfermería y Fisioterapia.

Enfermería Clínica 2014;24(2):136-141.

- Agea JLD, Costa CL. Aprendizaje basado en problemas con escenarios simulados: un modelo pedagógico autodirigido en enfermería. Revista de Enfermagem da UFSM 2014;4(3):652-659.

- Porras B, Cano Plans S. Evaluación de competencias en el Prácticum de Enfermería. Metas de Enfermería 2012;15(1):15-22.

- López JRV, Mérida MCF, Morente LM. Guía para el seguimiento y evaluación de las prácticas clínicas en centros de salud: Grado de Enfermería, prácticum II y III: el cuaderno del profesor/a. Málaga: Escuela Universitaria de Enfermería; 2012.

- Siles González J, Solano Ruiz, María del Carmen, Gabán Gutiérrez Á, Noreña Peña AL, Ferrer Hernández ME, Núñez del Castillo, María Mercedes, et al. El aprendizaje clínico en el EEES desde la perspectiva de los alumnos de enfermería. Alicante:

Universidad de Alicante. Instituto de Ciencias de la Educación; 2013.

Cuidando al Cuidador a través de la Enfermería

Autores: Francisco Javier Cabrera-Fuentes; Antonio Ángel Cobos-Hidalgo; Herminia Cervera-Rodríguez; Rafael Fernández-Castillo

INTRODUCCION

Cada vez son más las personas que asumen el rol de cuidadoras y cuidadores familiares de enfermos crónicos, unidos así a una gran cantidad de tareas que les coloca en una situación de alta vulnerabilidad, estrés e incertidumbre. Todo ello constituye una serie de factores que incrementan el riesgo de padecer diversos problemas físicos y emocionales.

OBJETIVOS

Dar a conocer la importancia que tiene la enfermería en los cuidadores de enfermos crónicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión teórica en las siguientes bases de datos: Scielo y Pub/Medline. Se han seleccionado artículos y revisiones de guías clínicas entre los años 2009 a 2014. Además, se han elegido artículos referentes a los cuidados enfermeros a cuidadores de enfermos crónicos desde la enfermería comunitaria.

RESULTADOS

Los cuidados enfermeros desde el punto de vista de la enfermería comunitaria demuestran que ayudan a una mejor atención y cuidado por parte del cuidador hacia el enfermo crónico. La cercanía y el conocimiento que los profesionales de enfermería suelen tener de la situación de la cuidadora, facilitan su papel para resolver dudas en los momentos más conflictivos. Asimismo, el facilitar ayuda y medios para evitar la sobrecarga evita situaciones negativas para el cuidador.

CONCLUSIONES

Son varios los estudios que demuestran que la enfermería y en especial la enfermería comunitaria es un importante instrumento terapéutico, estableciendo relaciones profesionales con compromiso, intención y conciencia, en la ayuda prestada a las personas y sus familias. De igual forma, la enfermera ha de potenciar su sentido de observación sin patrones rígidos preestablecidos, para contribuir a solucionar los problemas de la cuidadora dándole así los recursos necesarios que le permiten afrontar el día a día con sus familiares dependientes de ella.

Fecha

18 de marzo de 2015

Lugar

Excmo. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

Avda. Ramón y Cajal, 20 acc. B · 41005 Sevilla

Información y contacto

Web: http://idi.enfermeriadesevilla.org

Correo electrónico: esense@cruzroja.es

Tlf: 954 350 997

Organiza:

Cruz Roja Española
Centro de Enfermería Adscrito a la Universidad de Sevilla

Cruz Roja Española

www.enfermeriadesevilla.org 954 350 997

Humanidad Imparcialidad Neutralidad Independencia Voluntariado Unidad Universalidad