

Investigación en Enfermería

Número 22- Noviembre 08

EDITORIAL

“Investigación: Base para la práctica enfermera”

ARTÍCULOS

“Comunicación Interna en el Equipo de Enfermería”. Primer Autor: Plaza Escribano, T. Grupo GIERyC

“Eficacia de la Terapia Láser Interferencial en el Tratamiento del Dolor y la Inflamación en la Patología de Rodilla”. Primer Autor: Montes Molina, R. Servicio Fisioterapia

“Diagnósticos de Enfermería en Cuidados al Paciente con Máscara Esterotáxica”. Primer Autor: Crespo Izquierdo, JF. Servicio Radioterapia

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

“Proyectos de Investigación. Convocatoria Intramural 08”

LECTURA CRÍTICA

“Úlceras por presión: evaluación de la utilización sistemática de un parque de superficies especiales para el manejo de la presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Tarrasa”. Enfermería Intensiva 2000; 11(3):118-126



Dirección:

Isabel Gómez García
Ascensión Cuñado Barrio

Redacción y Coordinación:

Ana Rodríguez Gonzalo
M^a Jesús Muñoz Lobo
Ruth Prieto Aguilar

Colaboración:

Félix Sánchez Vicario
Cristina Martínez Chamorro
Patricia Carrasco Rodríguez
Carmen Ramos Elvira

Dirección de Enfermería
Investigación Docencia y Calidad



ÍNDICE

APARTADO	PÁGINA
EDITORIAL: Investigación: Base para la práctica enfermera	<u>3</u>
NUESTROS ARTÍCULOS CIENTÍFICO:	
“Comunicación Interna en el Equipo de Enfermería” Autores: Teresa Plaza Escribano, Cristina Martínez Chamorro, Ana Rodríguez Gonzalo. Grupo de Investigación Enfermero. GIERyC	<u>4</u>
“Eficacia de la Terapia Láser Interferencial en el Tratamiento del Dolor y la Inflamación en la Patología de Rodilla”. Autores: Ramón Montes Molina, Ana Belén Romojaro Rodríguez, César Marques Lucas, Mónica Pérez Ferreiro, Vanesa Gallego Méndez, María Antonia Madroñero Ágreda, Carolina Prados Cabiedas, Fidel Martínez Ruiz. Servicio de Fisioterapia	<u>9</u>
“Diagnósticos de Enfermería en Cuidados al Paciente con Máscara Esterotóxica”. Autores: Juan Francisco Crespo Izquierdo, Silvia Mateos Herrero, Esther Martín Blanes, Carmen Torre García, Jose Frutos Muñoz Pérez, José Villalba Santos. Servicio de Radioterapia	<u>12</u>
ACTIVIDADES CIENTÍFICAS:	
Proyectos en Activo	<u>14</u>
Convocatoria de Proyectos de Investigación	<u>15</u>
Publicaciones	<u>15</u>
Participación en Congresos y Jornadas Externas	<u>16</u>
Sesiones Generales	<u>20</u>
HERRAMIENTAS PARA LA INVESTIGACIÓN:	
Lecturas de Apoyo a la Metodología en Investigación	<u>22</u>
Lectura Crítica:	
“Úlceras por presión: evaluación de la utilización sistemática de un parque de superficies especiales para el manejo de la presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Tarrasa”	<u>26</u>
Recursos en Internet	<u>29</u>
Revistas de Enfermería	<u>29</u>
Bases de Datos	<u>34</u>
Cursos Relacionados con Investigación	<u>35</u>
ACTIVIDADES DOCENTES:	<u>36</u>
FOROS DE ENCUENTRO:	<u>37</u>
LISTA DE DIFUSIÓN	<u>39</u>
SUGERENCIAS	<u>40</u>



EDITORIAL

🔗 INVESTIGACIÓN: BASE PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA.

La enfermería basada en la evidencia se puede definir como “proceso sistemático de buscar, valorar y aplicar la investigación más actual para la toma de decisiones clínicas en el cuidado del paciente”.

El paciente quiere estar bien informado y que sus preferencias y necesidades se tengan en cuenta, en sintonía con una atención sanitaria fundada en decisiones que hayan demostrado resultados clínicos beneficiosos. La enfermería basada en la evidencia puede aplicarse en la práctica mediante cuatro pasos:

1. Formular una pregunta clara a partir de un problema en la práctica clínica: plantear la situación, la intervención alternativa y el resultado esperado.
2. Buscar sistemáticamente la evidencia disponible en la bibliografía para identificar los trabajos relevantes y la evidencia obtenida en estudios anteriores: bases de datos bibliográficas (Medline), bases de datos de revisiones sistemáticas (Colaboración Cochrane), revistas con originales y artículos de revisión evaluados (Evidence Based Nursing).
3. Evaluar críticamente la validez y utilidad de los resultados: cuando sobre un mismo problema se dispone de múltiples estudios, existen una serie de escalas para evaluar el rigor científico del diseño del estudio. El ensayo controlado aleatorio es el diseño más apropiado para evaluar una intervención de enfermería, la asignación aleatoria de los participantes a los grupos control y experimental hace que los grupos sean comparables, de manera que ofrece mejores

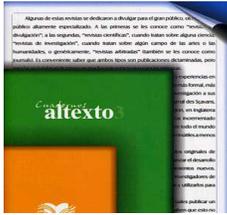
garantías de que una intervención sea la responsable de un determinado efecto. Sin embargo, las distintas fases de un ensayo clínico, su diseño, su ejecución, el análisis de los resultados y su difusión, están sometidos a múltiples sesgos potenciales que pueden comprometer su validez. Por lo que se hace necesario evaluar su validez interna o grado en que las conclusiones de un estudio reflejan correctamente lo que sucedió en realidad en su diseño y ejecución.

4. Poner en práctica los hallazgos obtenidos: La obtención de la evidencia científica conduce a la indicación de una intervención concreta y simple dirigida a los pacientes o la formulación de recomendaciones y guías de práctica clínica.

La práctica enfermera es una experiencia de relación interpersonal en la que intervienen los valores, las opiniones y la experiencia del profesional junto con las preferencias y expectativas de los pacientes. Implementar los resultados de la investigación es una parte de un proceso, que debe ser evaluado en relación al contexto en el que se proporciona el cuidado y en el que influyen factores individuales y organizativos. De la práctica enfermera derivada de la investigación, cabe esperar mejores resultados en los pacientes que de la práctica de rutina.

Las evidencias disponibles en la actualidad son de limitado valor para enfermería, disciplina en la que es necesario ampliar y mejorar la investigación exploratoria, siendo esta la primera etapa para impulsar estudios generadores de evidencia.

Dña. Ascensión Cuñado Barrio
Subdirectora de Enfermería
Hospital Ramón y Cajal



NUESTROS ARTICULOS

Título: “Comunicación Interna en el Equipo de Enfermería”.

Autores: Teresa Plaza Escribano¹, Cristina Martínez Chamorro², Ana Rodríguez Gonzalo³. *¹Enfermera de Oncología, ²Enfermera de Urología. Miembros del grupo de investigación GIERyC. ³Supervisora de Investigación.*

Dirigido por la Unidad de Investigación Enfermera H. R y C.



INTRODUCCIÓN

Los sistemas sanitarios en la actualidad están sometidos a importantes dinámicas de cambio, basadas en una orientación hacia el cliente, donde además, se introducen nuevas tecnologías y se busca incentivar la innovación, la asunción de responsabilidades y la participación de los profesionales (1). La optimización del capital humano de la organización y su implicación en esta nueva cultura institucional, pasa necesariamente, por un uso adecuado de la comunicación (2).

La comunicación es un proceso de interacción social a través de símbolos y sistemas de mensajes, que surgen como producto de la actividad humana, donde se transmite una información desde un emisor que es capaz de codificarla hasta un receptor el cual decodifica la información recibida, a través de un medio físico o canal (3).

La comunicación es, por tanto, un instrumento de creación de un lenguaje común para toda la organización. En concreto, nos referimos a la comunicación interna, cuando nos centramos en los procesos de comunicación que se producen entre el personal de una institución. La comunicación interna viene constituida por una serie de procesos y procedimientos, que utilizando unos canales o vías determinados de antemano, transmite informaciones o mensajes en el interior de la organización, entre los distintos estamentos de la misma. Trata de “contar a la organización lo que la propia organización está haciendo” (2). Sin duda la comunicación interna crea un clima de confianza,

motivación e ilusión a la vez que fomenta los proyectos en común, el trabajo coordinado y en equipo. Constituye por tanto, una estrategia de la institución, y como tal es preciso gestionarla (4).

La función de ésta es establecer una relación fluida entre los dos grandes bloques que constituyen la organización: superior y subordinado, empleador y empleado, supervisor y personal de enfermería a su cargo. La eficacia de los mensajes no depende tanto de lo que se cuente sino de cómo se cuente (5). Una de las premisas para conseguirlo es la utilización de los canales más adecuados, para hacer que los mensajes alcancen de la forma más eficaz al mayor número posible de profesionales y del modo más adecuado al tipo de mensaje (6).

Desde los puestos de gestión, se opina que el fallo de la comunicación, está a nivel del personal, que lee poco, que no le interesa y que no se implica, aunque ellos hacen esfuerzos para que la comunicación sea fluida (7). Sin embargo los profesionales perciben todo lo contrario, creen que la información que reciben es escasa, confusa, poco creíble y que circula por canales informales (8).

Por ello, nos parecía importante conocer el clima de comunicación de la organización, explorando los intereses y las posibles limitaciones que surgen en la comunicación interna con enfermeros de hospitalización del Hospital Ramón y Cajal y que pueden afectar, en último término, a nuestra práctica profesional.

“La Comunicación interna trata de contar a la organización lo que la propia organización está haciendo, creando una relación fluida entre superior y colaborador”

OBJETIVOS

Conocer la motivación de los profesionales enfermeros y los canales de comunicación existentes, analizando el papel del supervisor e identificando las

posibles propuestas de mejora en la comunicación interna, planteadas por los propios profesionales.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Hospital Ramón y Cajal del área 4 de la Comunidad de Madrid. *Sujetos de estudio:* enfermeros asistenciales de hospitalización médica y quirúrgica. El número de puestos enfermeros asistenciales totales de las unidades analizadas es de 512. Se realizó un muestreo no probabilístico accidental por conveniencia y disponibilidad, al 25% de la población objeto de estudio, estimada un 5% por encima para contemplar las posibles pérdidas. Los profesionales que participan en este estudio han dado su consentimiento verbal, para su inclusión en el mismo. *Instrumento:* Cuestionario autodiseñado con un total de 23 preguntas: 22 cerradas y 1 abierta. Las tres primeras preguntas hacen relación a variables sociodemográficas y laborales. Las siguientes 8 preguntas valoran la motivación en la comunicación, en relación a la recepción de información, búsqueda y papel del supervisor como elemento motivador. Estas preguntas tienen 3 opciones de respuesta, expresadas como "Nunca, A veces y Siempre". Los 11 ítems restantes valoraban los canales de información en la comunicación en relación al correo institucional, Intranet, tablón de anuncios, actas de reuniones, circulares divulgativas, guías y protocolos, espacios de información, rapidez y suficiencia del canal, papel del supervisor como difusor de información y uso de los rumores. En este caso las respuestas son categóricas; sí o no. Las preguntas de estos dos grandes bloques temáticos, se orientan a la detección de interés y formas dentro de la comunicación interna de la organización, así como el papel del supervisor en el manejo de la información. Finalmente la pregunta abierta explora las propuestas de mejora.

Las *Variables* estudiadas son las siguientes:

Sociodemográficas: edad y sexo, *Laborales:* antigüedad laboral en el hospital, *Motivación* en la Comunicación: importancia de la información, suficiencia, implicación en la búsqueda de información, atención prestada a la información divulgada, presencia en reuniones, papel del supervisor, escucha, *Canales de información* en la comunicación: recursos electrónicos, tablón de anuncios, actas, circulares, guías o protocolos, espacios, tiempo, actos organizados, supervisor, rumores y *Propuestas de mejora.* *Procedimiento:* Uno de los miembros del equipo investigador entregaba en cada control de enfermería de hospitalización un número determinado de cuestionarios, de forma que se garantizase la cumplimentación del mismo en los tres turnos: mañana, tarde y noche, por uno de los enfermeros del mismo. Previamente habían sido informadas de que los datos serían utilizados para un estudio de investigación, sin desvelar el objeto del mismo y garantizando el anonimato y la confidencialidad. La respuesta a los ítems del formulario es de carácter individual y privado.

Para el análisis de los datos obtenidos, mediante las preguntas cerradas, se utilizó el programa informático SPSS 12.0., analizando la frecuencia y los porcentajes. Para el análisis de la pregunta abierta, se agruparon las respuestas en dos bloques temáticos, según su relación con la motivación o con los canales de información.

RESULTADOS

Se entregaron 129 cuestionarios, obteniéndose un *índice de respuesta* de un 82.9%, es decir, 107 cuestionarios.

En la características *sociodemográficas* de la muestra se observa: 81 mujeres (91%) y 8 hombres (9%), de los cuales 18 (16.8%) eran menores de

30 años, 46 (43%) estaban entre 30-40 años y 43 (42.2%) eran mayores de 40 años. En cuanto a la *antigüedad laboral* de los encuestados el 48.1%, que corresponde a 50 enfermeras de la muestra, llevaban más de 10 años trabajados en la organización.

En el análisis de los datos en cuanto a la *motivación* del personal de enfermería para recibir y buscar información, las puntuaciones más altas las encontramos en el reconocimiento de la importancia de recibir siempre la información (93.5%) y en la importancia que tiene el supervisor en la difusión de esa información (79.2%). Un 76% reconoce sentirse escuchado por su superior. Sin

“Para el 93% de los empleados es importante recibir información de la organización”.

embargo, aproximadamente un 40% reconoce no acudir siempre a las reuniones de su servicio y un 68% reconoce no tener suficiente implicación en la búsqueda de información para la mejora de la práctica asistencial. Además un porcentaje elevado manifiesta no prestar suficiente atención a la información divulgada en Intranet o en el correo institucional, a pesar de consultarlo (ver tabla 1 y 2).

Tabla 1, Motivación en la comunicación

<i>Pregunta</i>	<i>n</i>	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Siempre</i>
Importancia de recibir información	107	1 (9%)	6 (5.6%)	100 (93.5%)
¿La información recibida es suficiente?	107	11 (10.3%)	79 (73.8%)	17 (15.9%)
Implicación suficiente en la búsqueda de información en la práctica asistencial	105	3 (2.9%)	72 (68.6%)	30 (28.6%)
¿Prestas suficiente atención a...?				
- Intranet	106	20 (18.9 %)	75 (70.8%)	11 (10.4%)
- Correo institucional	102	45 (44.1%)	44 (43.1%)	13 (12.7%)
- Tablón de información	106	2 (1.9%)	39 (36.8%)	65 (61.3%)
- Protocolo de acogida	103	10 (9.7%)	47 (45.6%)	46 (44.7%)
- Actas y circulares	105	3 (2.9%)	59 (56.2%)	43 (41.0%)
- Jornadas y actos científicos	106	7 (6.6%)	73 (68.9%)	26 (24.5%)
Acudes a las reuniones de tu servicio	106	5 (4.7%)	43 (40.6%)	58 (54.7%)
Importancia de la supervisión en la divulgación de la información	106	1 (9.0%)	21 (19.8%)	84 (79.2%)
Te sientes escuchado por tu supervisor	106	1 (9.0%)	24 (22.6%)	81 (76.4%)

En el análisis de los datos que hacen referencia al análisis de los *canales* en la comunicación interna para el equipo de enfermería, destacamos que las puntuaciones más altas se encuentran en la identificación del tablón de información, de las actas de reuniones, circulares y guías de acogida, como canales identificados y conocidos de difusión de información. Aproximadamente un 37% considera que no hay suficientes espacios para la

divulgación de la información. Un porcentaje elevado cree que la información relacionada con la actividad docente llega a tiempo, no así la relacionada con los actos científicos. Un 72% considera que el gestor es mediador de información relevante para la práctica asistencial. Además el 65% de los encuestados, reconoce que la información les llega a través de rumores (ver tabla 2).

Tabla 2. Canales en la Comunicación

<i>Pregunta</i>	<i>n</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>
Manejo de Intranet para obtener información	106	34 (32.0%)	72 (67.9%)
Conocimiento de la existencia del correo institucional	106	44 (41.5%)	62 (58.5%)
Visibilidad y accesibilidad del tablón de información de tu planta	106	3 (2.8%)	103 (97.2%)
Accesibilidad a las actas de las reuniones	104	11 (10.6%)	93 (89.4%)
Información a través de las circulares	101	13 (12.9%)	88 (81.7%)
Conocimiento de guías/ protocolos de acogida	104	12 (11.5%)	92 (88.5%)
Suficientes espacios para la divulgación de la información	100	37 (37.0%)	63 (63.0%)
Información suficiente y a tiempo de las actividades docentes	101	28 (27.7%)	73 (72.3%)
Información suficiente y a tiempo de los actos científicos	97	61 (62.9%)	36 (37.1%)
La supervisión divulga conocimientos científicos para tu práctica asistencial	90	25 (27.8%)	65 (72.2%)
La información es recibida por rumores	101	35 (34.7%)	66 (65.3%)

Respecto a la identificación de *propuestas de mejora*, si bien el índice de respuesta ha sido bajo, en el área correspondiente a la motivación las enfermeras sugieren: “aumentar las reuniones de equipo”; “mayor implicación del personal para conocer el funcionamiento de la planta”; “más tiempo para poder comunicarse, más reuniones”; “disminuir la carga asistencial del supervisor para tener más tiempo para comunicarse con su

personal”. En relación a los canales de información, demandan: “que toda la información esté por escrito”; “que todo el mundo tuviera acceso a un correo personalizado para poder consultar la información siempre”; “un buen y correcto conocimiento por parte del personal de Intranet”; “aumento de la existencia de protocolos unificados y conocimiento de los mismos” y “mantener libre el tablón de anuncios libre de información pasada”.

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que para las enfermeras es muy importante recibir información relacionada con aspectos asistenciales, docentes e investigadores. Sin embargo un porcentaje muy alto cree que la información recibida es insuficiente, esto puede ocurrir por la falta de implicación en la búsqueda de información de interés, por parte del personal de enfermería, y por la falta de atención a la información divulgada en medios como el correo institucional e Intranet, herramientas de gran difusión en la actualidad. Dado que reconocen su manejo, pero no prestan atención a la información allí difundida. Esto coincide con que la gran mayoría de los encuestados son mayores de 40 años, lo que nos hace suponer, que en esta franja de edad existe un mayor desconocimiento en el empleo adecuado

de la herramienta informática para la búsqueda de información que en el personal más joven. Se identifica así, una barrera, en la comunicación, ya que a través de la red interna del hospital se difunde mucha de la información de relevancia para las enfermeras como cursos, jornadas, actos científicos y sesiones generales.

“La supervisión es la encargada de facilitar la información necesaria, siendo mediador dentro de la organización. Se reconoce como pieza clave en la comunicación”.

Sin embargo estas barreras no existen a la hora de acceder a las guías/protocolos y a las actas de las reuniones del servicio que son ampliamente consultadas. Tampoco existen a la hora de consultar el tablón de anuncios, ya que es accesible y visible en la mayoría de los casos, aunque por parte de las enfermeras se sugiere que estos tabloncillos estén libres de información pasada.

Otro aspecto a resaltar, es que algunas veces en las áreas de hospitalización los espacios para reunirse (salas de reuniones) son insuficientes, no habiendo un lugar adecuado para la divulgación de la información de una manera correcta.

La supervisión es la encargada de facilitar la información necesaria de interés para el personal de su servicio, actuando como elemento mediador dentro de la organización. Se destaca el reconocimiento del gestor, por parte del personal, como pieza clave en la comunicación. Pinillos, ya señalaba la importancia de establecer contactos personales entre los empleados y sus superiores, mediante entrevistas, reuniones o cafés, resaltando que era más importante cómo se transmitiera la información que el mensaje en sí (5). Sentirse por tanto escuchado por un superior es un gran elemento motivador.

Las áreas en las que las enfermeras se sienten poco informadas, por parte de su superior, puede tener relación con la falta de implicación del gestor en el campo objeto de comunicación, bien porque resulta novedoso y desconocido o bien porque carezca de interés.

En este punto de la discusión llegamos a una de las barreras más importantes para que la información que la enfermería maneja sea de calidad, a los rumores; mucha de la información recibida, supuestamente relevante llega de "boca a boca". Esto se relaciona con que a la supervisión se le atribuye la falta de tiempo por la carga asistencial en detrimento del espacio reservado para comunicarse con el personal. Coinciden estos resultados con los obtenidos en el estudio llevado a cabo por la Escuela Andaluza de salud pública,

en el cual observaron que un 63% de los encuestados señalan a los compañeros como la principal fuente de información sobre aspectos generales del hospital (7).

Por otro lado, si consideramos que nuestra práctica asistencial hay que basarla en la evidencia científica, es relevante destacar de los resultados, que no a todos los profesionales les llega suficiente información basada en un conocimiento científico, para en último caso, mejorar la calidad de la práctica clínica, por lo que creemos que la supervisión debería tener como una de las prioridades el transmitir este tipo de información.

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio, resaltamos la falta de información recogida por parte de los gestores de las unidades, que nos permitiría hacer una comparativa entre lo que ambos grupos de profesionales demandan o esperan. La falta de integración de la visión del supervisor por un lado y del enfermero por otro, impide entender la globalidad del proceso de comunicación dentro de las unidades. Igualmente tendría interés conocer la opinión del resto de los profesionales que configuran los equipos de trabajo, elementos todos importantes para el manejo adecuado y eficiente de la información.

Sería útil favorecer la mayor difusión de la información: pasando desde los gestores de las unidades a los colaboradores, reduciendo así, el poder del rumor en el manejo de la comunicación e incidir en la formación de las herramientas informáticas puede ayudar a que la información difundida en estos medios se le preste la atención adecuada, y pueda ser usada para la práctica enfermera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jovell AJ. Gobierno cívico: el valor de las políticas sanitarias. Rev Calidad Asistencial 2001; (16)159-161
2. March.JC, PrietoMA, Bilbao.I, Martínez.P, Guerrero.C, Bono.L. Marketing y comunicaron interna. Horizontes sanitarios 2002. Sep
3. Conceptos de comunicación. Colectivo de autores del ISP. Texto básico Comunicación Profesional. [citado 10 Marzo 2008]. Disponible en: <http://www.apuntesgestion.com/2007/02/06/concepto-de-comunicacion/>
4. Somoza.F. La Comunicación Interna, instrumento de motivación de la alta empresa. Alta Dirección 1995:37-43
5. Pinillos.A. Comunicación Interna, un paso por el tiempo. Harvard Deusto Business Review, 1995; 314:48
6. Amat.D. El Marketing dentro del Hospital; Su conexión con el Público Interno. Todo Hospital 1998; 47: 37-44.
7. Pajares.DR, March .JC, Gómez. M.ª E. , Auditoria de Comunicación Interna de un Hospital 1998; 12(5): 231 - 238
8. March.JC. El contacto directo sigue siendo la mejor vía de comunicación interna. Diario Médico [online] disponible en: <http://212.80.128.9/gestion/ges240200comtris.html>

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a los supervisores de las unidades objeto de estudio por su colaboración en la recogida de datos, al Grupo

de Investigación de Enfermería del Hospital Ramón y Cajal (GIERYC), por su apoyo y a la Unidad de Bioestadística Clínica por su ayuda en el análisis de los datos.

Título: “Eficacia de la Terapia láser Interferencial en el Tratamiento del Dolor y la Inflamación en la Patología de Rodilla”.

Autores: **Ramón Montes Molina; Ana Belén Romojaro Rodríguez; César Marques Lucas; Mónica Pérez Ferreiro; Vanesa Gallego Méndez; Maria Antonia Madroñero Ágreda; Carolina Prados Cabiedas y Fidel Martínez Ruiz.** Fisioterapeutas del Servicio de Rehabilitación. Físico. Unidad de Fisioterapia. H. R y C.

Proyecto Financiado por la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Ramón y Cajal. Convocatoria 2006.



Equipo Investigador

INTRODUCCIÓN

En términos económicos, el coste implicado en la patología de la rodilla es muy elevado, afectando a una gran cantidad de población, tanto en el ámbito laboral como en el deportivo. Es la causa de un gran número de bajas laborales, implicando un elevado gasto sanitario por el consumo de analgésicos y otros medicamentos.

En el tratamiento de las enfermedades de la rodilla se han utilizado múltiples terapias de electroterapia como onda corta, microondas, magnetoterapia, electroestimulación, ultrasonidos y láser. El láser de baja intensidad se utiliza desde el año 1975 con diferentes objetivos terapéuticos, tales como antiinflamatorio y analgésico. Estas aplicaciones terapéuticas están basadas en los efectos característicos de la radiación láser en el rango de longitudes de onda de la luz visible e infrarrojos. La técnica de irradiación tradicional del láser consiste en un solo haz aplicado perpendicular o en racimo, mediante técnica de contacto o no-contacto. Es una de las técnicas más utilizadas en electroterapia clínica y en continua expansión en fisioterapia y biomedicina. Una limitación de esta técnica es su marcada acción superficial, que está en función de la longitud de onda y potencia utilizada. Esta limitación se acentúa en ciertas situaciones clínicas como es la patología articular, donde se busca una acción del láser en profundidad. La técnica interferencial pretende superar esta limitación.

OBJETIVO

La aplicación de un patrón de interferencia generado a partir de dos haces de láser independientes e iguales de Ga-Al-As (longitud de onda de 810 nm), en la articulación de la rodilla, y su comparación, en

El fenómeno de la interferencia de la luz ha sido estudiado desde hace dos siglos por la física. Desde el clásico experimento de la doble rendija de Thomas Young en 1803 hasta la concepción actual como dualidad onda-partícula de la física cuántica. Se denomina interferencia a la superposición de dos ondas de igual amplitud y frecuencia, dando como resultado una de la misma frecuencia y mayor amplitud, llamada interferencia constructiva. Si las ondas están desfasadas 180º, la amplitud de la onda resultante es nula, denominándose interferencia destructiva.

La técnica de la terapia del láser interferencial (Patente Nacional 200602206), consiste en la utilización terapéutica del patrón de interferencia producido por dos sondas láser independientes, cuyos haces se cruzan en el interior de la zona a tratar. Las características terapéuticas que la diferencian de la técnica convencional son, por una parte, la aparición de modulación en frecuencia y amplitud y, por otra, un mayor efecto en profundidad, además de un aumento en la producción de resonancias en los tejidos atravesados por los haces. El fenómeno de la interferencia ha sido ya usado terapéuticamente mediante la superposición de corrientes eléctricas de media frecuencia (1 KHz-10KHz), en la técnica denominada terapia interferencial eléctrica. Fue introducido por Hans Nemeç en 1952.

cuanto a resultado terapéutico, con un grupo control (haz único, Ga-Al-As, 810 nm) aplicado también sobre el área de dolor de dicha articulación en la reducción del dolor y la inflamación de rodilla.

METODOLOGÍA

Diseño Estudio comparativo, doble ciego y aleatorizado con dos grupos: láser interferencial y láser convencional. Técnica interferencial: dos sondas simultáneamente en contacto con la piel y ambas activas. Técnica convencional: dos sondas simultáneamente de contacto con la piel, aunque solamente activa una de ellas. El enmascaramiento de ambas técnicas se realiza mediante gafas de protección láser y en las que no se visualiza la radiación y por tanto el enfermo no sabe si el láser se encuentra o no activo.

Estimación del tamaño muestral Como resultado de un estudio piloto previo realizado en 35 pacientes, el tamaño muestral necesario para estimar un efecto de 1 punto en la escala VAS es de 70 pacientes para cada grupo, aceptando un nivel de significación del 5% y una potencia de ensayo del 95% y asumiendo una disminución del dolor en el grupo control de 2,5 y una desviación típica de la diferencia en la disminución del dolor de 2. Suponiendo unas pérdidas del 10% ante eventualidades, daría como resultado una cifra de 77 pacientes para cada grupo. De acuerdo con esta previsión, por tanto, es necesario aleatorizar un grupo de 154 pacientes en total.

Variables independientes Grupos: interferencial y convencional. Momento de la toma de datos: pretest, medio y postest.

Variables dependientes Dolor en sedestación. Dolor en bipedestación. Dolor en decúbito supino. Dolor durante la flexión de rodilla. Dolor durante la extensión de rodilla. Dolor durante la marcha. Dolor al subir escaleras. Dolor al bajar escaleras. Temperatura de superficie (grados centígrados) de la rodilla en partes anterior, posterior, interna y externa.

Pacientes Los pacientes (154) fueron seleccionados del departamento de Rehabilitación y que eran remitidos a Fisioterapia o a Electroterapia para su tratamiento con láser. El síntoma común a los sujetos incluidos en el estudio ha sido el dolor articular. Los tratamientos se realizaron a lo largo del año 2006 y 2007. Los pacientes estaban afectados por patologías de rodilla musculoesqueleticos. La edad de los mismos ha estado comprendida entre los 18 y los 70 años. El diámetro transversal de las rodillas fue de 11,43 (Desviación Standard=1,47) para el grupo de interferencial y 11,31 (Desviación Estándar, 1,34) para el convencional. Antes de proceder al tratamiento, se explicó a los pacientes el propósito del estudio, obteniendo el consentimiento informado de cada uno de ellos. El ensayo contó también con la aprobación previa del Comité de Ética del Hospital Ramón y Cajal.

Aleatorización El criterio de aleatorización escogido para esta división establecía que, según el orden de llegada, los sujetos impares recibirían el tratamiento de láser interferencial (Grupo I) y los sujetos pares el tratamiento de láser convencional (Grupo II).

Criterios de inclusión y exclusión Los criterios de inclusión fue dolor de la rodilla. El criterio de exclusión fue pacientes con prótesis de rodilla y dolor de etiología de patologías del sistema nervioso central o periférico.

Instrumentación Láser de infrarrojos de GaAlAs (Mettler Electronics Sys. Stim 540), emisión continua y potencia máxima 100 mW. Longitud de onda: 810 nm. Densidad de potencia 1.09 w/cm². Se aplicó sobre cinco puntos (1 minuto / punto) de la articulación de la rodilla.

Método de irradiación A lo largo de los tratamientos, las dos sondas de láser experimental (interferencial) se han aplicado manualmente por los fisioterapeutas sobre la zona dolorosa y su opuesta de la articulación de la rodilla, mediante la técnica de contacto, resultando ambas geométricamente enfrentadas 180°. En el caso de los pacientes a los que se ha aplicado la técnica convencional se ha aplicado la sonda en la zona superficial correspondiente al lugar del dolor, mientras que la otra, apagada, se mantenía enfrentada 180° a la primera. Sesiones: 15. Dosis de energía: 6 Julios por punto. Dosis total por sesión: 30 Julios. Emisión continua. Tiempo de tratamiento: 6 minutos. Frecuencia de las sesiones: 5 por semana. Técnica de irradiación del haz, mediante sonda manual, multipuntual y de contacto.

A todos los pacientes se les proporcionó un par de gafas y se les posicionó de forma que no pudieran ver si se estaban aplicando una o dos sondas láser. Asimismo, los fisioterapeutas encargados de realizar las evaluaciones antes, durante y después del tratamiento, desconocían el grupo al que pertenecía cada paciente, siguiendo el protocolo para el estudio en doble ciego.



Figura 1.-Aplicación de ambas sondas de láser mediante técnica de contacto sobre la rodilla.

Medidas principales

Medida del dolor. Se utilizó la escala analógica visual (rango de 0 a 10). La evaluación de cada paciente al principio (día 1º), durante (día 8º) y al final (día 15º) del estudio. .

Medida de la temperatura. Se utilizó un termómetro

láser de no contacto (Raytek, MiniTemp tm F5) para medir la temperatura de superficie de la rodilla. La distancia aproximada de registro, 5 cm. Los puntos de medida elegidos han sido establecidos sobre la parte anterior, en el punto medio de la rótula, sobre las zonas centrales de la cara lateral y medial de la rodilla, y posteriormente, en el hueco poplíteo.

RESULTADOS

Dolor La evolución de la disminución del dolor, en todas las escalas VAS medidas fue estadísticamente significativo ($p < 0.05$; ANOVA para medidas repetidas), sin embargo no fue significativo al comparar los tratamientos entre sí ($p > 0.05$).

Temperatura El análisis de la varianza muestra la ausencia de variación térmica ($p > 0.5$, ANOVA para medidas repetidas) en ambos grupos de tratamiento y a lo largo de las sesiones.

CONCLUSIONES

La aplicación de láser interferencial reduce el dolor de igual forma que la técnica convencional, aplicadas ambas mediante técnica de contacto, no existiendo diferencia significativa entre ambas. Los resultados obtenidos indican la conveniencia de orientar la investigación mediante terapia de laser interferencial hacia articulaciones de tamaño menor de la estudiada, así como utilizar sondas de laser en racimo y aumentar la potencia del mismo, con el fin de potenciar el efecto endoarticular de la interferencia del láser. Así mismo, ensayar distintas angulaciones de los haces enfrentados, así como encontrar guías

ópticas anatómicas para una óptima ubicación de los aplicadores de láser. La aplicación terapéutica convencional del láser de baja intensidad en el tratamiento de las enfermedades músculo esqueléticas de la rodilla reduce significativamente el dolor (escala VAS), medido en diferentes situaciones biomecánicas de la vida diaria (decúbito, flexión y extensión de rodilla, subir y bajar escaleras, durante la marcha y en bipedestación). En la actualidad, el láser de baja intensidad en su modalidad interferencial ya se está aplicando en el hombro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bjordal, J.M., Johnson, M.I., Iversen, V., Aimbire, et al (2006). Photoradiation in acute pain: a systematic review of possible mechanisms of action and clinical effects in randomized placebo controlled trials. *Photomedicine and Laser Surgery*. 24(2), 158 – 168.
2. Bjordal JM et al. (2003). A systematic review of low level laser therapy with location-specific doses for pain from chronic joint disorders. *Australian Journal of Physiotherapy*. Vol.49:107-116.
3. Brosseau L, Welch V, Wells G de Bie R, Gam A, Harman K, Morin M, Shea B, Tugwell P.(2003) Low level laser therapy (Classes I,II and III)for treating osteoarthritis. *Cochrane Database Syst. Rev.*(2):CD002046.
4. Enwemeka, C., Parker, J., Dowdy, D. et al (2004). The efficacy of low-power lasers in tissue repair and pain control: a meta-analysis study. *Photomedicine Laser Surgery*. Volume 22, Number 4,323-329.
5. Ferreira, D.M., Zângaro, R.A., Balbín Villaverde, A., et al. (2005). Analgesic effect of He – Ne low – level laser therapy on acute inflammatory pain. *Photomedicine and Laser Surgery*. 23(2), 177 – 181.
6. Frank L. Pedrotti, S.J. and Lenos Pedrotti. *Introduction to optic*, Second edition.1993. chapter 10: Interference of light. Book., USA, Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall International Edition.
7. Feynman, R.P., Leighton,R.B. & Sands,M.L. *The Feinmann Lectures on Physics Vol.3* (Adison-Wesley, Massachussets,1965.
8. Gur, A., Cosut, A., Sarac, A. J., et al. (2003). Efficacy of different therapy regimes of low – power laser in painful osteoarthritis of the knee: a double – blind and randomized controlled trial. *Lasers in Surgery and Medicine*. Vol 33, (5): 330 – 338.
9. Oficina Española de Patentes y Marcas. *Aparato de terapia laser interferencial*. (P2255833).
10. Tascioglu F, Armagan O, Tabak Y, Corapci I, Oner C.(2004) Low power laser treatment in patients with knee osteoarthritis. *Swiss Med Wkly*, May; 1; 134(17-18)254-8.

AGRADECIMIENTOS

Fundación Biomédica de Investigación del Hospital Ramón y Cajal por la financiación del estudio. A la

Unidad de Bioestadística del Hospital Ramón y Cajal por su asesoramiento. A la Unidad de Investigación en Enfermería.

Título: “Diagnósticos de Enfermería en Cuidados al Paciente con Máscara Estereotáxica”.

Autores: Juan Francisco Crespo Izquierdo, Silvia Mateos Herrero, Esther Martín Blanes, Carmen Torre García, Jose Frutos Muñoz Pérez, José Villalba Enfermeros y ¹Supervisor de Área Funcional. Servicio de Oncología Radioterápica.
H. R y C.



INTRODUCCIÓN

La radioterapia estereotáxica permite la administración de la misma cantidad de radiación (o superior) que la radiocirugía convencional, pero es aplicada en pequeñas dosis distribuidas en una serie de tratamientos diarios (dosis fraccionada). El fraccionamiento de la dosis favorece la reparación del tejido sano cercano a la lesión, especialmente de estructuras críticas tales como las vías ópticas o el tronco cerebral.

Con la radioterapia estereotáxica fraccionada se podrán tratar lesiones intracraneales: tumores

benignos (neurinomas del acústico, meningiomas y adenomas de hipófisis), patología vascular (malformaciones arteriovenosas y angiomas cavernosos) y neoplasias malignas (tumores primarios del SNC y metástasis cerebrales).

Se han identificado los diagnósticos más prevalentes según la taxonomía NANDA, se han establecido los resultados según la taxonomía NOC y se han propuesto intervenciones siguiendo la taxonomía NIC.

OBJETIVOS

Definir los diagnósticos enfermeros presentes en el

proceso de realización y en la fase de tratamiento con máscara estereotáxica.

METODOLOGÍA

Análisis cualitativo apoyado en entrevistas personales, panel de experto y dinámica de grupo.

Para realizar un plan de cuidados estandarizados se propuso utilizar el modelo de M. Gordon por

patrones funcionales de salud, para ello se ha acudido a la evidencia científica existente en este terreno a través de la bibliografía y se ha conjugado con la experiencia profesional de distintos enfermeros.

RESULTADOS

Conseguimos detectar entre otros los seis diagnósticos enfermeros siguientes:

1. **Temor relacionado con**

- ✳ Pruebas diagnósticas
- ✳ Proceso patológico

Los objetivos propuestos serán:

La familia y el paciente verbalizarán sus miedos en la siguiente consulta

Actividades:

- ✳ Favorecer expresión de sentimientos
- ✳ Aclarar dudas y conceptos erróneos
- ✳ Informar sobre técnicas y cuidados a realizar
- ✳ Enseñar técnicas de respiración que faciliten la relajación
- ✳ Ofertar disponibilidad

2. **Ansiedad relacionada con**

- ✳ Déficit de conocimiento de lo que se le iban a realizar y quien se lo realizaba

Como objetivo:

La familia y el paciente conocerán el nombre de al menos dos personas del equipo que le atiende

Actividades:

- ✳ Aplicar protocolo de acogida
- ✳ Presentación de personal
- ✳ Responder de forma clara a sus dudas

3. **Riesgo de infección relacionado con**

- ✳ Solución de continuidad de la piel
- ✳ Vías periféricas

Objetivos:

El paciente y la familia identificarán signos y síntomas de alarmas y conocerá medidas preventivas

CONCLUSIONES

La definición de los diagnósticos nos permite la planificación de las actividades de enfermería desde un punto de vista preventivo mejorando los cuidados de nuestros pacientes.

La realización de las actividades surgidas tras la concreción del objetivo definido mejora la adhesión del paciente al tratamiento.

En los tratamientos radioterápicos, al igual que en otras actividades asistenciales de nuestra

Actividades:

- ✳ Enseñar signos y síntomas de infección
- ✳ Medidas de prevención universales

4. **Riesgo de alteración de la integridad de la piel relacionado con la realización de la máscara de esterotáxica**

Objetivos:

- ✳ Mantendrá la integridad de la piel
- ✳ Identificará las medidas preventivas para la protección de la piel

Actividades:

- ✳ Limpieza e hidratación de la piel

5. **Alteración de la comunicación verbal relacionado con la máscara de esterotáxica**

Objetivos:

- ✳ Demostrará el manejo de sistemas de comunicación alternativos

Actividades:

- ✳ Mantener código apropiado y conocido por el paciente y por el personal que lo trata

6. **Alteración del sueño relacionado con**

- ✳ Proceso patológico
- ✳ Desconocimiento de pruebas de tratamiento

Objetivos:

- ✳ Referirá haber descansado

Actividades:

- ✳ Fomentar ambiente relajado
- ✳ Facilitar el mantenimiento de la postura de tratamiento

competencia, la enfermera debe contar con un plan de cuidados estandarizados para poder ofrecer así una asistencia de calidad al paciente radioterápico, comenzando por una valoración de patrones que nos permita detectar los problemas, formulándolos a través de los diagnósticos enfermeros (NANDA), con sus respectivos objetivos (NOC), que debemos ir alcanzando mediante las actividades (NIC); y todo ello sin olvidar realizar una evaluación continua durante todo el proceso.

BIBLIOGRAFÍA

- Diagnostico enfermero. Proceso y aplicación. Gordon M. 3ª Ed. Barcelona 1996
- Planes de Cuidados y taxonomías en enfermería. FUDEN.
- Proceso y Diagnostico de enfermería. Patricia W. Barbara J, Donna Bernocchi. 2ª Ed. Madrid: McGRAW-HILL-Interamericana; 1993



ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

PROYECTOS EN ACTIVO

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID 2008.

Según un acuerdo del Consejo Interterritorial, la CC.AA. destina unos fondos para la cohesión territorial 2008 del Ministerio de Sanidad y Consumo, que fueron aprobados en el CISNS como apoyo a la implementación de nuevas Estrategia en relación con el ICTUS encuadradas dentro de la Seguridad del paciente.

- “*Formador de Cuidadores en Pacientes con ICTUS*”. IP: **D. Oscar Rus Gómez**. IC: Enfermeros y Supervisora de Neurología. H. R y C. Proyecto financiado

Desde el Servicio de Neurología plantean la necesidad de formar a los familiares de los pacientes con problemas neurológicos ingresados en su servicio, debido a las dificultades que estos presentan en el manejo del cuidado del paciente; centrado especialmente en el manejo de sus necesidades básicas, como movilidad, alimentación o higiene, potenciando en todo caso su autonomía. Una consulta de enfermería creada a tal fin desde la atención especializada, favorecería una atención asistencial continuada de cara al alta posterior del paciente.



I CONVOCATORIA PARA GRUPOS INVESTIGADORES EMERGENTES

El Plan Estratégico de Investigación del Hospital Ramón y Cajal contempla entre sus objetivos, el desarrollo de un Plan de Apoyo a Investigadores o Grupos Emergentes. Con esta acción institucional, se pretende dotar al personal con potencial investigador de un apoyo inicial que le ayude a

desarrollar un proyecto de investigación, para en líneas sucesivas de trabajo poder lograr financiación externa de entidades oficiales públicas. La Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital, en su Plan de Actuación 2008, aprobó destinar una partida presupuestaria a la financiación de este plan.

- “*Estudio Comparativo para conocer la efectividad de la urokinasa frente a la heparina en la prevención de complicaciones en dispositivos venosos de larga duración en paciente adultos oncohematológicos*”.

Investigadores: Unidad de Trasplante de Progenitores Hematológicos. H. R y C.

Proyecto financiado en fase de revisión metodológica



CONVOCATORIA DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

III CONVOCATORIA INTRAMURAL PARA UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

La Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario Ramón y Cajal incluye entre sus fines fundacionales el fomento de la investigación científico-técnica: dentro de la cual se incluye la investigación en enfermería. Con esta convocatoria anual, la Fundación pretende contribuir al desarrollo de líneas de investigación de alto interés menos favorecidas en programas de investigación externos, nacionales o autonómicos. En esta ocasión, por tercera vez consecutiva, y en colaboración con la Dirección de Enfermería del Hospital, la Fundación ha convocado una ayuda,

con una dotación económica de 23.000 euros, para un Proyecto de Investigación en Enfermería, mediante un régimen de concurrencia competitiva. Con este apoyo se impulsa la investigación en nuestra profesión, iniciando a los jóvenes investigadores en el campo de la investigación, dotándoles de herramientas que faciliten la posterior participación en otras convocatorias de investigación. Los resultados de las investigaciones contribuirán a un mayor desarrollo de nuestra disciplina enfermera, repercutiendo en último término en la calidad asistencial.

Se ha presentado el siguiente proyecto:

- “Educación a Cuidadores de Pacientes Dependientes Hospitalizados”. IP: D^a. Ascensión Ocaña Colorado¹. IC: ²M^a José Baquera de Mícheo, ³Eugenia Barrio Martín, ⁴Natividad Flores Andujar, ⁵Patricia Carrasco Rodríguez, ⁶Laura Muñoz Correcher, ⁷Carmen Ramos Elvira, ⁸Ana Rodríguez Gonzalo. ¹SAF Hospitalización Quirúrgica, ²SAF Hospitalización Médica, ^{3,4}Supervisoras Unidad Asistencial, ^{5,6,7}Enfermeras Asistenciales, ⁸Supervisora Investigación. H. R y C. Proyecto de un año

PUBLICACIONES

ARTÍCULOS DE REVISTAS

Gofi Olangua, M.A; Blanco Prieto, R.M; Chamorro Rubio, S; Gómez García, I. Calidad de vida profesional de enfermeras y supervisores de enfermería del Hospital Ramón y Cajal y estrategias de desarrollo. Tesela [Rev Tesela] 2008; 3. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts3/ts6610r.php> Consultado el 17 de Octubre de 2008

Montes Molina, R; Madroñero Agreda, M.A; Martínez Ruiz, F; Romojaro Rodríguez, A.B; Gallego Mendez, V; Prados Cabiedas, C. Interferencial Low, Level Laser Therapy: Technical approach and clinical applications in joint pain reduction. Lasers in Medical Science 2008. Volume 23, Number 1. Abstracts. Springer London

Muñoz Lobo, MJ; García González, JL; Rodríguez Gonzalo, A; Marzo Martínez, A; Navares Muñoz, H. Gestionar para incrementar la investigación. Revista Tesela [Rev Tesela] 2008; 4. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts4/ts5666.php> Consultado el 29 de Octubre de 2008.

PARTICIPACIÓN EN CONGRESOS Y JORNADAS EXTERNAS

XXXV JORNADAS NACIONALES DE SOCIODROGALCOHOL

Realizado en Palexco-A Coruña del 10 al 12 de Abril 2008.

Ponencia:

- “EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN CONSUMO DE COCAINA”. **Salvador Vadillo, E.** Enfermera de Psiquiatría. H. R y C

II CONGRESO INTERNACIONAL Y VI NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Realizado en A Coruña del 23 al 25 de Abril 2008.

Póster:

- “COLOCACIÓN Y VÍAS DE ABORDAJE EN ARTROPLASTIAS DE SUSTITUCIÓN EN PRÓTESIS DE CADERA, RODILLA Y TOBILLO”. ¹**Murillo Dávila, A;** ²**Briones Pino, A;** ³**García Moriche, N.** ^{1,2}Enfermeros del Quirófano de Traumatología. ³Responsable de la URPA. H. R y C

I JORNADA NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA. AVANZANDO EN LA CALIDAD

Realizado en Móstoles el 29 de Abril 2008.

Comunicación:

- “GUÍA DE ACTUACIÓN PARA LA TUTORIZACIÓN DE PRÁCTICAS DE ALUMNOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA”. **Santos García, MP; Villoria Lecussan, J.** Auxiliares de Enfermería. H. R y C

Póster:

- “PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL MICROBIOLÓGICO DE DIETAS EN BIBERONERÍA Y DIETÉTICA”. **Marquez Sánchez, PC; Villoria Lecussan, J; Santos García, MP.** Auxiliares de Enfermería. H. R y C

XXVI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ARTROSCOPIA

Realizado en Gerona del 7 al 9 de Mayo 2008.

Póster:

- “CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA”. **Bonillo Ruíz, V; Fernández Nuñez, M.A; Martín Cámara, M; Martín Sancho, L; Sanz Moreno, N; Vadillo Santaolalla, M; Saceda Legaz, O.** Enfermeros y Supervisora de la UCMA. H. R y C

XX CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA VASCULAR

Realizado en Barcelona del 28 al 31 de Mayo 2008.

Comunicación:

- “RELACIÓN DE AYUDA EN PACIENTES AMPUTADOS DE CAUSA VASCULAR DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA”. ¹**Carrasco Rodríguez, P;** ²**Alía Villas, A;** **Martín Ludeiro, ³E; San José León, P;** ⁴**Tomé Bueno, S;** ⁵**Barrio Martín, E.** ¹Enfermera Miembro del Grupo de Investigación GIERyC, ^{2,3,4}Enfermeras de Cirugía Vascular, ⁵Supervisora de Cirugía Vascular. H. R y C. **1º Premio a la mejor comunicación oral votada por el Comité Científico**

XXI CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE TÉCNICOS DE LABORATORIO

Realizado en Sevilla del 29 al 31 de Mayo 2008.

Póster:

- “IMPORTANCIA DEL RECUENTO CORRECTO DE PLAQUETAS EN LOS PACIENTES CON TROMBOPENIA”. **Candela Zamora, I; Ramos León, O; García Sánchez, A.** Técnicos de Laboratorio. H. R y C **2º Premio del Comité Científico**

24 JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Realizado en Burgos del 21 al 23 de Mayo 2008.

Comunicación:

- “¿DISMINUYE LA PREVALENCIA DE UPP EL CONOCIMIENTO Y USO DE UN PROTOCOLO DE UPP”. **Muñoz Correcher, L; Ramos Elvira, C; Gómez Sánchez, E.** Enfermeras de Traumatología. H.RyC

XII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA. La Excelencia por la Calidad. Cuidados Integrales en Tratamiento y Diagnóstico por la Imagen

Realizado en Córdoba del 4 al 6 de Junio 2008. Hospital Universitario Reina Sofía

Póster:

- “DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS AL PACIENTE CON MÁSCARA ESTEROTÁXICA”. **Crespo Izquierdo, JF; Mateos Herrero, S; Martín Blanes, E; Torre García, C; Muñoz Pérez, JF; Jose Villalba Santos, J.** Enfermeros y ¹Supervisor de Área Funcional. Servicio de Oncología Radioterápica. H. R y C

CONFERENCIA IBEROAMERICANA DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Realizado en Barcelona del 5 al 6 de Junio 2008. Universidad Autónoma

Póster:

- “PROFUNDIZANDO EN LA EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES QUE SE SOMETEN AL PROCESO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO. UN ESTUDIO MULTIMÉTODO”. ¹**Cano Arana, A;** ²**Martín Martín, C;** ³**Arevalillo González, S;** ⁴**Pérez Gómez, M;** ⁵**Durango Limarquez, I;** ⁶**Vidal Pérez, I.** ¹Antropóloga Unidad de Bioestadística, ²Supervisora de Consultas, ³Coordinadora de Trasplantes. H. R y C. ^{4,5} Enfermeras H. Gregorio Marañón. ⁶Enfermera H. 12 de Octubre.
- “ESTUDIO FENOMENOLÓGICO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRAS EL PRIMER EPISODIO DE ICTUS”. ¹**García Moriche, N;** ²**Rodríguez Gonzalo, A;** ³**Muñoz Lobo, MJ;** ⁴**Parra Cordero, S;** ⁵**Parada López, I;** ⁶**Fernández de Pablos, A.** ¹Responsable de la URPA, ²Supervisora de Investigación, ³Supervisora Área Funcional, ⁴Contrato de apoyo, ⁵Enfermero de Hemodiálisis, ⁶Enfermera de Neurología. H. R y C

XXIII REUNIÓN NACIONAL DE COORDINADORES DE TRASPLANTE. II EDICIÓN IBEROAMERICANA

Realizado en Zaragoza del 25 al 26 de Junio 2008.

Ponencia:

- “IMPLICACIÓN DE LA COORDINACIÓN DE TRASPLANTES EN LA DONACIÓN HEPÁTICA DE VIVO”. **Arevalillo González, S.** Coordinadora de Trasplantes. Miembro del Grupo de Investigación GIERyC. H. R y C

22 ANNUAL SCIENTIFIC MEETING OF THE ASSOCIATION FOR VASCULAR ACCESS. AVA

Realizado en Savannah, Georgia del 11 al 14 de September 2008.

Póster:

- “PROSPECTIVE STUDY TO KNOW THE INCIDENCE OF COMPLICATIONS IN CENTRAL VENOUS CATHETERS LONG-TERM (CVC TUNNELLED, IMPLANTABLE CENTRAL VENOUS ACCESS PORTS AND PICC)”. **¹Carrero Caballero, C;** **²Cano Arana, A;** **³Rodríguez Gonzalo, A;** **⁴Sánchez Vicario, F.** ¹Enfermera Terapia Intravenosa, ² Antropóloga Unidad de Bioestadística, ³ Supervisora de Investigación, ⁴ Contrato de Apoyo Investigación. H. R y C

CAMINOS PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL. III CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA RAQUEL RECUERO DÍAZ

Realizado en Toledo el 18 de Septiembre 2008.

Comunicación:

- “EVITAR LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL ESTÁ EN NUESTRAS MANOS. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS”. **¹Zaballos Bautista, C;** **²Gómez Pizarroso, P;** **³Velásquez García, MJ;** **⁴Gil Recamal, A;** **⁵Valencia Monreal, H;** **⁶Díaz-Agero Pérez, C;** **⁷Robustillo Rodela, A;** **⁸Monge Jodrá, V.** ^{1,2,3,4,5}Enfermeras. ^{6,7,8}Médicos. Servicio de Medicina Preventiva. ¹Miembro del Grupo de Investigación GIERyC. H. R y C. **Ganadora del Primer Premio. Otorgado por el Colegio Oficial de Enfermería de Toledo**

PRIMER FORO INTERNACIONAL DE METAS DE ENFERMERÍA

Realizado en Madrid. Del 8 al 10 de Octubre 2008.

Comunicaciones:

- “CONCILIACIÓN DE LA VIDA FAMILIAR Y PROFESIONAL ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA FEMENINOS DE LOS HOSPITALES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD. ESTUDIO FENOMENOLÓGICO”. **¹Goñi Olangua, MA;** **²Cano Arana, A;** **³Villarón García, Y;** **⁴Moreno Regidor, S;** **⁵Rodríguez Gonzalo, A;** **⁶Díaz Sánchez, V.** ¹Subdirectora Enfermera, ²Supervisora Recursos Humanos, ³Supervisora Área Funcional, ⁴Supervisora Investigación. H. R y C. ⁶Enfermera H. Fuenlabrada.
- “PROFUNDIZANDO EN LA EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES QUE SE SOMETEN AL PROCESO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO. UN ESTUDIO MULTIMÉTODO”. **¹Martín Martín, C;** **²Cano Arana, A;** **³Arevalillo González, S;** **⁴Pérez Gómez, M;** **⁵Durango Limarquez, I;** **⁶Vidal Pérez, I.** ¹ Supervisora de Consultas, ²Antropóloga Unidad de Bioestadística, ³Coordinadora de Trasplantes, miembro del Grupo de Investigación GIERyC. H. R y C. ^{4,5} Enfermeras H. Gregorio Marañón. ⁶Enfermera H. 12 de Octubre.
- “PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIACA POR CANULACIÓN EXTRACORPÓREA”. **Medina Ruíz, C;** **Pelegrín Valero, S;** **Moreno del Toro, L;** **Portero López, P;** **Tamayo Capillas, E;** **Chinchilla Nevado, A.** Enfermeras de Hospitalización. Miembros del Grupo de Investigación GIERyC. H. R y C

- “ESTUDIO FENOMENOLÓGICO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRAS EL PRIMER EPISODIO DE ICTUS”. ¹**García Moriche, N;** ²**Rodríguez Gonzalo, A;** ³**Muñoz Lobo, MJ;** ⁴**Parra Cordero, S;** ⁵**Parada López, I;** ⁶**Fernández de Pablos, A.** ¹Responsable de la URPA, ²Supervisora de Investigación, ³Supervisora Área Funcional, ⁴Contrato de apoyo, ⁵Enfermero de Hemodiálisis, ⁶Enfermera de Neurología. ^{1,3}Miembros del Grupo de Investigación GIERyC. H. R y C

Póster:

- “ESTUDIO PROSPECTIVO PARA EL ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN CATÉTERES VENOSOS CENTRALES DE LARGA DURACIÓN”. ¹**Carrero Caballero, C;** ²**Rodríguez Gonzalo, A;** ³**Cano Arana, A;** ⁴**Sánchez Vicario, F.** ¹Enfermera de Terapia Endovenosa, ²Supervisora Investigación, ³Antropóloga Unidad Bioestadística, ⁴Contrato Apoyo Investigación. H. R y C

III CONGRESO NACIONAL EQUIPOS DE TERAPIA INTRAVENOSA

Realizado en Pamplona. Del 15 al 17 de Octubre 2008.

Ponencia:

- “SOCIEDAD EUROPEA TIV IMPACTO EUROPEO DE LA TÉCNICA PICC, ADHESIÓN Y DIVULGACIÓN EN ESPAÑA”. **Carrero Caballero, MC.** Enfermera Equipo de Terapia Intravenosa. H. R y C

Comunicaciones:

- “ASPECTOS A CONSIDERAR EN EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO INFANTIL. EL DOLOR ANTE EL ACCESO VENOSO, EXPERIENCIA PIONERA”. **Sánchez García, J;** **López Galindo, MA.** Enfermera de Pediatría. H. R y C
- “SISTEMA EFICAZ Y SEGURO EN LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA”. **Fernández Puentes, MA,** **Elvira Santos, EM** **Castellano Jiménez, Prieto Benítez, A.** Supervisora de Oncología. H. R y C
- “NECESIDAD DE CATÉTER VENOSO CENTRAL (CVC) EN PACIENTES ONCOLÓGICOS”. **Elvira Santos, EM** **Castellano Jiménez, B;** **Beotegui Lebrero, ML;** **Ladra Laguna, MA;** **Bravo Vivas, R;** **Fernández Puentes, MA.** Enfermeras y Supervisora de Oncología. H. R y C
- “EL ENFERMO DE FIBROSIS QUÍSTICA Y EL ACCESO VASCULAR”. ¹**Montecino del Saz, Y,** ²**Lamas Ferrerío, A.** ¹Enfermera. ²Médico. Hospital de Día Pediátrico. H. R y C

Póster:

- “EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS CUANTITATIVOS DIFERENCIALES EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS PORTADORES DE CATÉTER CENTRAL”. **Fernández Puerto, D;** **Prieto Martín C;** **Ramos Lozano, D;** ¹**Chao Lozano, C.** Enfermeras y ¹Supervisora de Hematología. H. R y C

JORNADAS FORMATIVAS EN CRIOCIRUGÍA

Realizado en Soria. Del 16 al 17 de Octubre 2008.

Ponencias:

- “PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL. ÁREA QUIRÚRGICA DE UROLOGÍA”. **De Nicolás Gaya, P.** Supervisora de Quirófano. H. R y C
- “PROTOCOLO DE CRIOCIRUGÍA PROSTÁTICA”. **García Haro, M.** Enfermera Quirófano Urología. H. R y C

La Jornada se completa con una sesión formativa práctica en el Quirófano de preparación e instrumentación.

VII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN ORL. Asociación Española de Enfermería en Otorrinolaringología

Realizado en Tarragona. Del 20 al 21 de Octubre 2008.

Comunicación:

- “COMUNICACIÓN DE NECESIDADES EN EL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO”. Orduña Benzón, AJ; Vicente Bardón JM; **Martínez Gago AL**. Enfermeros del H. de Fuenlabrada. Enfermera de Cardiología. H. R y C

SESIONES GENERALES

SESIÓN GENERAL DE CALIDAD

Celebrada el 7 de Octubre en el Aula de Docencia Médica del Hospital Ramón y Cajal

Ponencias:

- Resultados de las últimas mediciones de la Comisión de Calidad enfermera. **D^a. Ascensión Cuñado Barrio**. Subdirectora Enfermera. H. R y C
- Observaciones y Propuestas de mejora. **D^a. Carmen García Gabas**. Enfermera T.M.O. Miembro de la Comisión de Calidad. H. R y C
- Presentación de los protocolos: “Catéteres venosos periféricos” y “Exitus”. **D^a. Mercedes López Fernández**. **D^a. Nuria Gutiérrez León**. Supervisora y Enfermera UVI Médica. Miembros del Grupo de Protocolos. H. R y C
- Gestión por procesos. **D^a. M^a Jesús Muñoz Lobo**. Supervisora de Área de Docencia Pre-grado, Investigación y Calidad. H. R y C

Conclusiones:

Con el aforo casi completo por supervisores de unidad se llevó a cabo dicha sesión. Comenzó con la presentación de los resultados totales por áreas de las mediciones realizadas en el mes de Mayo, así como un resumen de los datos sobre las caídas del año 2007 y lo transcurrido del 2008, llamando la atención que la mayor parte de las caídas se producen por la noche y en pacientes independientes.

Se hizo mención también a las observaciones que recogen los miembros de la comisión de calidad cuando realizan las mediciones, así como las propuestas de mejora que se sugieren desde dicha comisión.

Se presentaron los protocolos “Catéteres venosos periféricos” y “Éxitus” que han sido elaborados por el grupo de trabajo de “protocolos y procedimientos”. Se suscitó un interesante debate sobre el mantenimiento de los catéteres venosos periféricos, del que salió el compromiso de una siguiente sesión para trabajar sobre la evidencia científica que haya al respecto.

Para finalizar se expuso el objetivo de la dirección de enfermería de trabajar por procesos, para lo que se realizó una introducción sobre qué es un proceso y como es su gestión, ofertando la Comisión de Calidad su disponibilidad para formar a todos aquellos que lo precisen.

Gracias a todos por participar

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ENFERMEROS

Celebrada el 20 de Octubre en el Aula de Docencia Médica del Hospital Ramón y Cajal

Moderación:

D^a. Ana Rodríguez Gonzalo. Supervisora Investigación. H. R y C

Ponencias:

- Eficacia de la terapia láser interferencial en el tratamiento del dolor en la patología músculo esquelética de la rodilla.
D. Ramón Montes Molina. Fisioterapeuta. H. R y C
- Una mirada etnográfica al dolor desde el contexto hospitalario.
D. Ena Barroso Pérez. Supervisora Oftalmología. H. R y C

Conclusiones:

A la sesión acudieron aproximadamente 50 personas, con un alto porcentaje de alumnos de tercero de enfermería. A lo largo de la jornada se analizaron en profundidad los resultados de ambos proyectos, los cuales se habían financiado por un periodo superior a un año, por la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Ramón y Cajal. Se concluyó que, en concreto el empleo del láser interferencial para la patología de rodilla tiene la misma eficacia que el empleo del láser convencional, si bien esto puede ser debido a la dimensión anatómica de la estructura. De cara a seguir investigando en esta línea, se está probando la eficacia de este tipo de láser en articulaciones de menor tamaño, en concreto en el hombro. En relación al proyecto etnográfico del dolor, quedó claramente manifiesta la importancia de entenderlo dentro de una dimensión sociocultural, donde la vivencia personal del dolor es única y requiere de un enfoque terapéutico multidisciplinar.

Gracias a todos por participar

PRÓXIMAS SESIONES GENERALES ENFERMERAS EN EL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL

El próximo 20 de Noviembre celebraremos en el Aula de Docencia Médica del Hospital Ramón y Cajal

- **“Necesidad de Seguridad”**

Horario: 12:00 a 14:00 horas

Moderación:

D^a. Gema Nieto Gómez. Supervisora Recursos Materiales. H. R y C

Ponencias:

- Estudio y Manejo del Dolor. **D^a Inmaculada García Montes.** Enfermera Unidad del Dolor. H. R y C
- Mantenimiento de la integridad cutánea, mucosa oral y termorregulación.
D. Javier Revuelta Castedo. Enfermero de la UVI Médica. Miembro de la Comisión de Úlceras por Presión. H. R y C
- Cómo minimizar las infecciones.
D^a. Esther Antúnez Melero. Responsable Cardiología. H. R y C
- Educación en el cuidado de las Urostomías
Enfermera Urología. H. R y C



HERRAMIENTAS PARA LA INVESTIGACION

LECTURAS DE APOYO A LA METODOLOGÍA EN INVESTIGACIÓN

La realización de estudios científicos precisa de conocimiento metodológico, la epidemiología clínica y la estadística son nuestros instrumentos de ayuda. Este nuevo apartado pretende dar cabida a todos esos artículos de interés, para mejorar nuestra habilidad como investigadores. Todos ellos están disponibles en:

http://www.nureinvestigacion.es/formacion_metodologica_detalle.cfm?ID_MENU=150 Ánimo a los compañeros que pongan en conocimiento de todos, aquellas lecturas que consideren de interés sobre el tema, pudiendo contactar con nosotros vía e-mail en la dirección indicada en el último apartado de sugerencias.

Diseños de muestreo probabilísticos y no probabilísticos

Autor: Robledo Martín, J. Nure Investigación, nº 11; Diciembre 2004. nº 12; Febrero 2005.

Muestreos Probabilísticos

Los muestreos probabilísticos, son aquellos en los que se utiliza algún sistema de selección aleatoria para garantizar que cada unidad de la población tenga una probabilidad específica de ser seleccionada, cumpliéndose así dos requisitos: Toda unidad tiene una probabilidad de ser elegida y esa probabilidad es conocida de antemano.

Las principales técnicas probabilísticas son:

Muestreo Aleatorio Simple

Es el método conceptualmente más sencillo de muestreo, sin embargo es el menos utilizado ya que requiere contar a priori con un listado de todas las unidades de la población accesible a partir del cual se seleccionará la muestra. El procedimiento para realizar un muestreo aleatorio simple consiste en:

- Disponer de la lista de todos los elementos de la población y a continuación numerar los consecutivamente.
- Mediante la utilización de una tabla de números aleatorios o mediante programas informáticos diseñados al efecto obtendremos aleatoriamente los "n" números que componen nuestra muestra en función del tamaño deseado.
- Iremos al listado donde tenemos numerados los elementos de la población y tomaremos cada uno de los "n" elementos de la población, que correspondan a los números obtenidos anteriormente de forma aleatoria y esos elementos serán los que constituirán nuestra muestra.

Todos los elementos tienen una probabilidad de ser elegidos, esa probabilidad es conocida de antemano y además esa probabilidad es la misma para todos los elementos.

El Muestreo Aleatorio Simple es el método que produce muestras más representativas puesto que solo interviene el azar y, por lo tanto, no está la muestra sujeta a sesgos del investigador, además de ser el método más simple tanto conceptual como estadísticamente.

Sin embargo cuenta con ciertas desventajas que hace que no sea muy utilizado:

- Es necesario contar con una lista enumerada de todas las unidades de la población.
- Los sujetos seleccionados pueden estar muy dispersos por lo que contactar con cada uno de ellos puede resultar costoso en tiempo y dinero.
- Algunos subgrupos de la población, especialmente aquellos más minoritarios, pueden prácticamente no estar representados en la muestra si ésta es pequeña.

Muestreo sistemático

Consiste en seleccionar a los individuos según una regla o proceso periódico. Para ello en primer lugar se debe calcular la constante de muestreo (K), dividiendo el total de la población elegible por el tamaño de la muestra deseado ($N/n = K$)

La primera unidad (r) se extrae tomando un número al azar entre 1 y la constante de muestreo (K) y a partir de ahí se va sumando la constante de muestreo consecutivamente hasta completar el tamaño de la muestra, (siendo el primer individuo r, el segundo $r + K$, el tercero $r + 2K$ y así sucesivamente hasta completar los "n" individuos).

Este tipo de muestreo tiene la ventaja de no necesitar tener la lista de la población cerrada de antemano para seleccionar la muestra, por ejemplo si deseáramos conocer como se recogen los hábitos tóxicos en las historias que se abrirán durante el próximo año, teniendo un cálculo aproximado del total de historias que se van a

abrir podemos calcular la constante de muestreo y el punto de arranque e ir seleccionando las historias que correspondan para nuestra muestra según se vayan abriendo.

Sin embargo este tipo de muestreo no es aconsejable en las situaciones en que las unidades de muestreo están ordenadas por algún criterio periódico y la constante de muestreo puede coincidir con ello. Por ejemplo si queremos conocer la demanda en un centro de salud y elegimos como unidad de muestreo el día de la semana, puede ocurrir que obtengamos como constante de muestreo (K) el número 7, en ese caso estaríamos describiendo siempre la demanda que se produce un día determinado, por ejemplo el sábado, teniendo una elevada probabilidad que la demanda que se produce el sábado sea diferente de la demanda que se produce a lo largo de toda la semana, no siendo por tanto la muestra obtenida representativa de la población que queremos estudiar.

Si en el ejemplo que desarrollamos anteriormente sobre la incidencia de caries en alumnos de 1º de Educación Primaria de una Zona Básica de Salud optásemos por un muestreo sistemático, necesitaríamos calcular primero la constante de muestreo (si $N = 200$ y $n = 50$) la constante de muestreo K será 4 ($200/50 = 4$) cogeremos aleatoriamente un número entre 1 y el 4 (supongamos que es el 3, $r = 3$) y ese será nuestro punto de arranque. Tomaremos el listado de los alumnos matriculados en ese curso en los colegios de la zona numerados consecutivamente y el primer niño que tomaremos será el que ocupa el puesto 3 ($r = 3$), el segundo 7 ($r + K$, es decir $3 + 4$), el tercero 11 ($r + 2K$, es decir $3 + 2 \times 4$), el cuarto 15 ($r + 3K$ es decir $3 + 3 \times 4$) y así sucesivamente hasta tomar los 50 niños que constituyen nuestra muestra.

La figura 1 nos representa gráficamente otro ejemplo de muestreo sistemático con un tamaño de población de 71 ($N = 71$) un tamaño de la muestra de 12 ($n = 12$) la constante de muestreo (K) es de 6 ($N/n = K$) y el punto de arranque un número aleatorio entre 1 y 6 en nuestro ejemplo 3 ($r = 3$), el primer elemento de la muestra será el que ocupa el puesto 3 (r), el segundo el que ocupa el puesto 9 ($r + K$) el tercero el que ocupa el puesto 15 ($r + 2K$) y así sucesivamente hasta completar el último elemento de la muestra que será el que ocupa el puesto 69 ($r + 11K$).

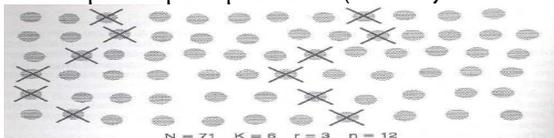


Fig. 1 Muestreo Sistemático. Fuente: Silva LC Muestreo para la investigación en ciencias de la salud. Edic. Díaz de Santos, Madrid, 1993.

Muestreo estratificado

El muestreo estratificado es un diseño de muestreo probabilístico en el que dividimos a la población en subgrupos o estratos. La estratificación puede basarse en una amplia variedad de atributos o características de la población como edad, género, nivel socioeconómico, ocupación, etc.

En un diseño de muestreo estratificado, los pasos que daremos serán, en primer lugar, establecer en base a que atributo vamos a estratificar; en segundo lugar, definiremos cuantas variables de ese atributo se dan en la población y, por tanto, en cuantos estratos dividimos a la población (la figura 2 nos muestra un diseño de muestreo estratificado con 5 estratos, $L = 5$). Una vez determinados los subgrupos, el siguiente paso consistirá en conocer el total de población que pertenece a cada estrato (N_1, N_2, N_3, N_4, N_5) y, por último, tomaremos una muestra de forma aleatoria de cada uno de los estratos que tenemos (n_1, n_2, n_3, n_4, n_5). La suma de las submuestras constituirá nuestra muestra total ($n_1 + n_2 + n_3 + n_4 + n_5 = n$).

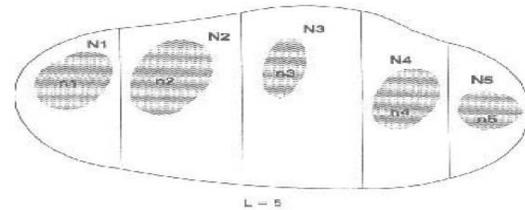


Fig. 2 Muestreo estratificado. Fuente: Silva LC, Muestreo para la investigación en ciencias de la salud. Edit. Díaz de Santos, Madrid, 1993

Como hemos comentado anteriormente, una vez que sabemos la población de cada estrato, debemos elegir una muestra aleatoria de cada uno de ellos. En este punto podemos optar por:

- El tamaño de cada una de las muestras sea **proporcional** al tamaño de cada estrato. En este caso, la proporción de sujetos en la muestra es similar a lo que ocurre en la población.
- Tomar muestras cuyo tamaño **no sea proporcional** al tamaño del estrato, en este caso la proporción de individuos con un determinado atributo en la muestra es mayor que lo que ocurre en la población. Es frecuente tomar muestras no proporcionales cuando si las tomamos de manera proporcional el tamaño de la muestra de algún estrato es tan pequeña que no nos permite sacar conclusiones sobre ese subgrupo. Sin embargo, tenemos que tener en cuenta que siempre que tomamos muestras no proporcionales a la hora de inferir los resultados a la población tenemos que ponderar, es decir, otorgarle un peso a cada muestra en función de su proporción en la población.

Pongamos un ejemplo para aclararlo, supongamos que deseamos conocer la proporción de fumadores en un fabrica cuya población es de 1000 trabajadores ($N = 1000$). Decidimos tomar una muestra de 100 trabajadores ($n = 100$) mediante un muestreo estratificado según el género. Para ello dividimos a la población de la fabrica en dos estratos varones y mujeres, y recabamos información sobre el numero de población en cada estrato siendo en nuestro ejemplo de 900 hombres y 100 mujeres. Como tenemos que tomar una muestra aleatoria simple de cada estrato, necesitamos el listado de los 900 hombres y el de las 100 mujeres para que mediante la utilización de una tabla de números aleatorios tomemos los hombres y mujeres que componen nuestra muestra.

Pero antes de ello, debo decidir si tomo una muestra proporcional a cada estrato o no:

- Si opto por un muestreo proporcional, la muestra estaría formada por el 90% de hombres y el 10% de mujeres. Al haber tomado el tamaño de cada muestra de manera proporcional al tamaño del estrato, el número de mujeres es tan pequeño que probablemente no pueda sacar conclusiones sobre el consumo de tabaco en ese estrato.
- Si estuviese interesada en conocer que proporción de mujeres de mi fábrica fuman, debería tomar una muestra no proporcional. En ese caso, la muestra estaría formada por 50 hombres y 50 mujeres. De esta manera, sí que podré obtener resultados sobre la proporción de mujeres fumadoras, pero tendré que tener en cuenta a la hora de inferir los resultados de mi estudio a todos los trabajadores de la fábrica, que el peso de las mujeres en mi población de estudio es inferior al de los hombres. En el ejemplo que estamos desarrollando, si tras haber pasado la encuesta a los 50 hombres y a las 50 mujeres, obtengo que fuman 38 hombres y 6 mujeres, sabré que alrededor de un 76 % de hombres de la fabrican fuman, mientras que en las mujeres la proporción de fumadoras se sitúa alrededor de un 12 %. Sin embargo, no puedo decir que alrededor del 44% [3] de los obreros de la fábrica fuman, sino que tendré que hallar una media ponderada teniendo en cuenta el peso relativo de hombres y mujeres en la población. En este caso, el peso relativo de mujeres (n_1/N) es 0,1 ($100/1000 = 0,1$) y el de los hombres es de 0,9 ($900 /1000 = 0,9$), la proporción de mujeres fumadoras es del 12% y la de hombres del 76%. La media ponderada será el resultado de multiplicar cada proporción por su peso relativo, en este caso 69,6 %, y esa media ponderada sí que me indicará alrededor de que proporción de fumadores hay en la fabrica.

Este tipo de muestreo tiene la ventaja de permitirnos estimar con determinada precisión como se comporta la variable que estamos investigando en subgrupos pequeños dentro de la población. Sin embargo, presenta el inconveniente de necesitar una mayor información que en el muestreo aleatorio simple, ya que necesitamos una lista enumerada de la población existente en cada uno de los estratos.

Muestreo por conglomerados

Podemos también realizar un muestreo por conglomerados bietápico que consistiría en una vez que tenemos seleccionados los "m" conglomerados en vez de tomar todas las unidades de análisis de ellos tomaremos una muestra aleatoria de cada uno de los "m" conglomerados seleccionados, siendo la suma de esas submuestras la que formará nuestra muestra, como vemos en la figura 3.

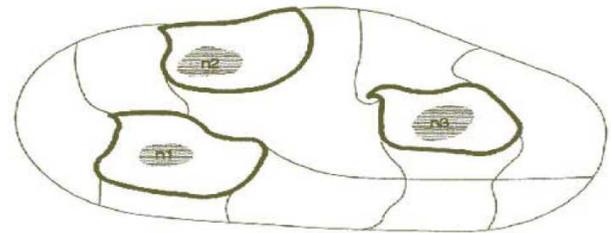


Fig.3 Muestreo por conglomerados bietápico. Fuente: Silva LC. Muestreo para la investigación en ciencias de la salud. Edit. Díaz de Santos, Madrid, 1993.

Podemos aumentar las etapas de muestreo y, de los "m" conglomerados seleccionados en la primera etapa, podemos dividirlos en subconjuntos, llamados unidades de segunda etapa. Y así, sucesivamente, hasta llegar a cierto nivel de subdivisión en que las unidades de esa etapa estén directamente integradas por las unidades de análisis. En ese caso, estaríamos realizando un muestreo por conglomerados polietápico.

Este tipo de muestreo se suele utilizar cuando la población de referencia es muy dispersa o cuando no se dispone de un listado de los individuos, pero sí de las agrupaciones o conglomerados. Sin embargo, tiene el inconveniente de precisar muestras de mayor tamaño que otros diseños de muestreo para obtener una misma precisión en las estimaciones poblacionales. No obstante, la principal desventaja de este procedimiento de muestreo es la imposibilidad de conocer de antemano el tamaño de la muestra que se van a obtener, ya que el tamaño de la muestra depende de los conglomerados que hayan sido seleccionados. Si el tamaño de los conglomerados no es muy diferente, entonces la imprevisibilidad de la muestra no será muy acusada; pero si no es así, la variabilidad puedes ser elevada.

Muestreos no probabilísticos

Los diseños de muestreo no probabilísticos son aquellos en los que las unidades de análisis se recogen utilizando métodos en los que no interviene el azar, de modo que no es posible estimar la probabilidad que tiene cada elemento de ser incluido en la muestra y no todos los elementos tienen posibilidad de ser incluidos.

Entre los muestreos no probabilísticos, destacan:

Muestreo Consecutivo

Es el muestreo no probabilístico más utilizado. Si se realiza de manera adecuada, la representatividad de la muestra que se obtiene puede ser semejante a la obtenida con un muestreo probabilístico.

El diseño de muestreo consecutivo consiste en reclutar a todos los individuos de la población accesible que cumplan con los criterios de selección durante el periodo de reclutamiento fijado para el estudio. El periodo de reclutamiento se fija en función del tamaño muestral deseado y del número de sujetos reclutables cada día.

Por ejemplo, si deseamos hacer un estudio para conocer las horas de sueño diarias de los niños recién nacidos, podríamos realizar un muestreo consecutivo tomando a todos los recién nacidos que acudan al centro de salud "x" durante un año.

Como lo que hacemos en este diseño de muestreo es reclutar a toda la población elegible durante un periodo de tiempo determinado, uno de los problemas que nos podemos encontrar es cuando el periodo de reclutamiento es corto y no refleja fluctuaciones estacionales del problema que estamos estudiando; lo cual sesgaría la muestra obtenida. Otro error frecuente es que el reclutamiento no se realice de manera consecutiva, produciéndose interrupciones, por ejemplo, por situaciones de alta demanda asistencial. Esta situación produciría también un sesgo en la muestra.

Muestreo de conveniencia

El muestreo de conveniencia es un diseño de muestreo en el que se seleccionan aquellos sujetos más fácilmente accesibles, que en ocasiones pueden ser voluntarios.

Si deseáramos conocer la opinión de los individuos sobre los servicios sanitarios, podríamos optar por situarnos en una calle determinada y realizar el cuestionario elaborado a personas que paseen por esa calle, en este caso realizaríamos un muestreo de conveniencia.

Cuando colocamos un anuncio en un periódico para recabar individuos que quieran participar en la investigación, realizamos también un muestreo de conveniencia.

El muestreo de conveniencia se trata de una de las técnicas menos sólidas, aunque se utiliza en numerosas ocasiones. Cuando los fenómenos que se investigan son suficientemente homogéneos en la población, se reduce el riesgo de sesgo, pero en la mayoría de las ocasiones lo que prima es la heterogeneidad, por lo que las posibilidades de sesgo en este tipo de diseño son muy elevadas.

Muestreo a criterio

El muestreo a criterio, también llamado muestreo intencional, es un tipo de muestreo donde es el propio investigador el que selecciona a aquellos sujetos que considere más apropiados para formar la muestra.

El muestreo a criterio se aplica a menudo cuando se desea tomar una muestra de expertos. Por ejemplo, si deseáramos conocer que dificultades encuentra la enfermería para investigar, y el método que utilizásemos fuese una técnica de consenso, como por ejemplo la técnica Delphi, a la hora de seleccionar el grupo de expertos que participarían, podríamos optar por realizarlo mediante un muestreo a criterio.

Este tipo de diseño de muestreo no ofrece ningún método externo y objetivo, para valorar la idoneidad de los sujetos seleccionados, sin embargo, su utilización puede ofrecer ciertas ventajas en investigaciones como la presentada en el ejemplo.

Bibliografía consultada:

1. Polit, Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud. 5ª ed. México: Edit. McGraw-Hill Interamericana; 2002.
2. Rebagliato M, Ruiz I, Arranz M. Metodología de investigación en epidemiología. Madrid: Edit. Díaz de Santos; 1996.
3. Silva LC. Muestreo para la investigación en ciencias de la salud. Madrid: Edit. Díaz de Santos; 1993.
4. Silva LC. Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria. Madrid: Edit. Díaz de Santos; 2000.

LECTURA CRÍTICA DE UN ARTÍCULO CIENTÍFICO

 **Lectura Crítica**, comentario y discusión sobre un **Artículo Seleccionado**. Se realizará el **18 de Diciembre de 2008**, a las **14:30h** en la **Uvi Médica 1ª D/A**.
Lectura Crítica dirigida por **D^a. Cristina Martínez Chamorro** Enfermera de Urología. Miembro del Grupo de Investigación Enfermero, GIERyC.

A continuación se detalla el resumen del Artículo a debatir:

“Úlceras por presión: evaluación de la utilización sistemática de un parque de superficies especiales para el manejo de la presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Tarrasa”

Autores: Ramón Cantón C., Salvador Guadyol C., Torra i Bou J.E. *Enfermería Intensiva* 2000; 11(3):118-126

Las úlceras por presión son uno de los importantes retos a los que se enfrentan los profesionales sanitarios que trabajan en todos los niveles asistenciales, constituyendo un gran problema de salud ya que devalúan el estado de salud del paciente y pueden complicarlo, afectando a su calidad de vida y repercutiendo en el entorno, suponiendo, además, un elevado consumo de recursos materiales y humanos. Algunos autores constatan la falta de conocimientos concretos para abordar con éxito la prevención de las úlceras por presión en niveles institucionales. Los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos constituyen un importante grupo de riesgo para dicho programa. La utilización sistemática dentro de un protocolo de las superficies especiales para el manejo de la presión, es una medida básica para la prevención de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Existen diferentes tipos de superficies especiales para el manejo de la presión, según sus características y niveles de presión, se podrían clasificar en: superficies estáticas y dinámicas. Éstas, para optimizar su utilización, deben utilizarse siempre dentro de un protocolo de prevención que incluya la valoración sistemática del riesgo y la realización de todos los

“La utilización sistemática, dentro de un protocolo de prevención, de un parque de superficies especiales, para el manejo de presión, es básica para reducir la incidencia de úlceras”

cuidados preventivos. El estudio compara la incidencia de úlceras por presión antes y después de la implantación de un protocolo de prevención que incluye la utilización sistemática de superficies especiales para el manejo de la presión. Se ha realizado en el Hospital de Tarrasa durante los años 1998 y 1999, monitorizando la incidencia de úlceras en todos los pacientes ingresados en dicho periodo. Los resultados hacen relación a tres momentos de medición: uno antes de la intervención, con una incidencia del 6,4% y dos mediciones posteriores a la intervención, con una incidencia del 1,1% en una primera fase tras la puesta en marcha del protocolo inicial y de 0% en una segunda fase después de la consolidación del protocolo. Concluyen que la utilización sistemática de superficies especiales para el manejo de la presión dentro de un es una medida básica para reducir la incidencia de úlceras por presión en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos.

El trabajo completo lo podéis encontrar en la Intranet del Hospital y también en el Departamento FIP, Planta 6ª Centro, y en la Uvi Médica, 1D/A, donde se efectuará la lectura

- ❏ **Conclusiones de la Lectura Crítica** del artículo **“Efecto del tratamiento a corto plazo con antiinflamatorios no esteroideos en la presión arterial media. Un ensayo clínico”**. *Reumatol Clin. 2006;2(1):10-14.* Autores: J. Álvarez-Nemegyei, E. N. J. Rubio-Solís y G. M. Herrera-Correa.

Realizada el 22 de Abril de 2008 en la Unidad de Medicina Interna, planta 4ª D/B. Dirigida por: **Patricia Carrasco Rodríguez**. Enfermera de Cirugía Vascul. Miembro del Grupo de Investigación Enfermero, GIERyC.

A la lectura acudieron un total de 15 personas. Comenzamos con una introducción de lo que significa la Práctica Basada en la Evidencia y la importancia de los estudios clínicos en el día a día de la asistencia. Se prosiguió con un acercamiento de la metodología científica al personal de la unidad, incidiendo en la búsqueda de la calidad a la hora de revisar los artículos y confeccionar un estudio, para lo cual se explicó brevemente lo que es la Lectura Crítica. Se brindó ayuda para todos los compañeros que la necesitaran a la hora de realizar sus estudios. Propusimos las parrillas CASPE como elementos de ayuda durante la realización de las lecturas:

<http://www.redcaspe.org/herramientas/index.htm#lecturacritica>.

El artículo escogido para realizar la lectura crítica con los compañeros de Medicina Interna procede de la revista Reumatología Clínica, año 2006.

El objetivo del estudio fue evaluar el efecto a corto plazo de la terapia con AINE sobre la Presión Arterial Media (PAM). Además de evaluar el efecto postratamiento sobre la PAM, se analizó la incidencia de un incremento de la presión arterial mayor o igual a 5mmHg, debido a que se ha visto que incrementa de manera significativa el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Se trataba de un ensayo clínico controlado en el que se reclutaron 239 pacientes que requerían terapia con AINE y fueron prospectivamente aleatorizados para recibir indometacina, naproxeno, diclofenaco, sulindaco, meloxicam y celecoxib. Los pacientes fueron seguidos de forma ambulatoria en tres visitas, durante 21 días de tratamiento, tiempo máximo.

Utilizando las plantillas CASPE como elementos de ayuda, se pudieron apreciar aspectos relativos a la dudosa validez interna y externa del estudio, dada la baja significación de los resultados, como los propios autores del estudio reconocen.

Gracias a todos por acudir y participar.



 **Conclusiones de la Lectura Crítica** del artículo “**Educación continuada en consulta de enfermería especializada: la herramienta para mantener los cambios en el estilo de vida del paciente coronario**”. *Enfermería Cardiológica*. N° 35. 2º cuatrimestre. 2005. Autores: González López JL, Capote Toledo ML.

Realizada el 24 de Junio de 2008 en la Unidad de Cardiología, planta 4I/A y C. Dirigida por **D^a. Carmen Ramos Elvira**. Enfermera de la Unidad Coronaria. Miembro del Grupo de Investigación Enfermero, GIERyC.

La lectura crítica transcurre con una alta participación del personal de cardiología. En esta ocasión contamos con la presencia de 14 personas, lo que permitió una discusión enriquecedora. Pretendiendo acercar al trabajo de todos vosotros la metodología científica, se comenzó con una pequeña introducción sobre lo que es una Lectura Crítica, dando pautas para la búsqueda de la calidad del diseño y del contenido que los artículos nos aportan. Propusimos las parrillas CASPE como elementos de ayuda a la hora de realizar las lecturas, las cuales podéis descargar en:

<http://www.redcaspe.org/herramientas/index.htm#lecturacritica>

En la unidad analizamos en profundidad el artículo, utilizando para ello la parrilla CASPE para estudios de Cohortes.

Según se avanza en la lectura crítica, se hace evidente una deficiencia en la especificación de la intervención enfermera de educación sanitaria para controlar los factores de riesgo de la patología cardíaca y adoptar estilos de vida cardiosaludables. En la comprobación de la

eficacia de la intervención, se mide parámetros biomédicos, como dislipemias, hipertensión, tabaquismo, diabetes, sobrepeso, sedentarismo y consumo de alcohol, demostrándose la mejora de los mismos. Sin embargo la causalidad de los mismos en relación con el programa de educación, es dudosa, dado que no queda clara la relación de esa disminución o mejora de los parámetros clínicos, respecto a la intervención enfermera. No se especifica cual ha sido el protocolo de educación, ni en que consistió la aplicación sistemática del mismo. Por otro lado se desconocen las características sociodemográficas del grupo objeto de intervención del programa de educación, así como los criterios de inclusión en el mismo, pudiendo determinar esto el tipo de intervención más adecuado.

Además, durante la reunión se discutió la importancia de detallar con exactitud nuestro objeto de estudio y que los resultados den respuesta exacta a los mismos.

Gracias a todos por acudir y participar.



RECURSOS EN INTERNET

A continuación os facilitamos diferentes link de Interés que nos pueden ayudar a realizar investigación en enfermería.



Entidades de Investigación:

Instituto de Salud Carlos III

http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/investen_presentacion.jsp

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-ISCIII):

http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/investen_presentacion.jsp

Fundación Joanna Briggs

<http://www.joannabriggs.edu.au/about/home.php>

o bien a través de <http://www.jsciii.es/investen>

Fisterra: recursos útiles en red APS con Biblioteca Virtual.

<http://www.fisterra.com/index.asp>

Fundación Enfermería INDEX: Gestión del Conocimiento en Cuidados para la salud

<http://www.index-f.com/>

Agencia Laín Entralgo

<http://www.madrid.org/cs>

Colegio Oficial Enfermería. Madrid

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

REVISTAS DE ENFERMERÍA



Revistas en formato papel de la Biblioteca

Enfermería Clínica 1993-

Bimestral

Enfermería Intensiva 1998-

Trimestral

Gerokomos 2001-

Trimestral

Index de Enfermería Española e Iberoamericana 2001-

Mensual

Metas de Enfermería 2001-

Bimestral

Nursing 1983-

Bimestral

Nursing Inquiriy

Trimestral

Rol de Enfermería (1978-80)1981-

Mensual

Cultura de Cuidados

Semestral



Índice de las revistas de enfermería de nuestro hospital

Metas



Volumen 11. Número 7. Septiembre 08

Pág.

Nuevo curso, nuevos proyectos

3

El cribaje de arteriopatía periférica en Atención Primaria mediante doppler

8

Prevalencia de lactancia materna en Atención Primaria e influencia de factores sociosanitarios y culturales

14

La artrosis

19

Opiniones y percepciones de las enfermeras sobre los valores que desarrollan en la prestación de cuidados

26

Enfermería al día

33

Drogadicción en el embarazo: un problema emergente

50

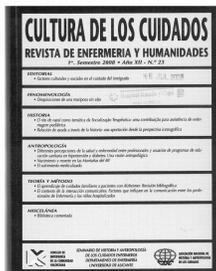
Educación para la Salud, aprendizaje y cambio

58

Protocolo de prevención del suicidio en el ámbito hospitalario

64

Cultura de Cuidados



1er Semestre 2008. Año XII – Nº 23

	Pág.
Factores culturales y sociales en el cuidado del inmigrado	5
Disquisiciones de una mariposa sin alas	7
O rito de natal como temática da Socialização Terapêutica: uma contribuição para assistência de enfermagem pediátrica	18
Relación de ayuda a través de la historia: una aportación desde la perspectiva iconográfica	27
Diferentes percepciones de la salud y enfermedad entre profesionales y usuarios de programas de educación sanitaria en hipertensión y diabetes. Una visión antropológica	35
Nacimiento y muerte en las Montañas de RIF	45
El sufrimiento medicalizado	50
El aprendizaje de cuidados familiares a pacientes con Alzheimer. Revisión bibliográfica	57
El contexto de la interacción comunicativa. Factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de Enfermería y los niños hospitalizados	70
Biblioteca comentada	80

ROL de Enfermería



Volumen 31 nº6 – Junio 2008

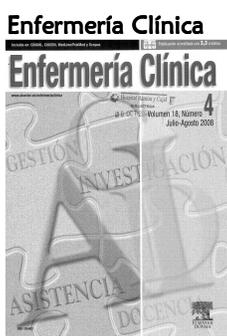
	Pág.
Parto por vía vaginal en presentación de nalgas	9
Taponamiento nasal posterior	15
Consentimiento informado	19
Las pinzas cortantes (y II). Clasificación	29
Concordancia entre muestras extraídas por reservorio subcutáneo y punción periférica	36
Instauración del tratamiento con bomba de infusión continua de insulina (BICI)	43
Gasometría arterial	50
La enfermedad de Alzheimer (y III). La familia	59
Especial formación continuada 2008 - 2009	63

Gerokomos

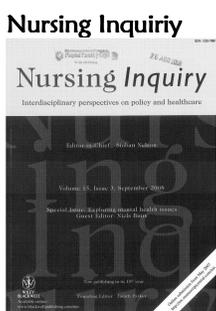


Volumen 19. Número 2. Junio 2008

	Pág.
Calidad de vida es...	60
Relaciones entre variables físicas y de bienestar en la calidad de vida de las personas mayores	63
Revisión de la literatura sobre el uso del testamento vital por la población mayor	68
La vejez, patrimonio inmaterial de la humanidad	69
Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: uso clínico en España y metaanálisis de la efectividad de las escalas	84
Úlceras por presión: un problema potencial en los servicios de urgencias colapsados	99



Enfermería Clínica	Volumen 18. Número 4. Julio – Agosto 2008	Pág.
	Excelencia clínica y tecnologías de la información	173
	Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género	175
	Factores predictores de la aparición de nuevos casos de infección tuberculosa y de viraje tuberculínico en un estudio de contactos	183
	Conocimientos de las enfermeras de hospitalización del plan de atención a las situaciones de amenaza vital inmediata	190
	Satisfacción y experiencia personal de 50 pacientes oncológicos portadores de reservorio vascular subcutáneo	197
	Factores relacionados con la larga permanencia laboral de las enfermeras en las unidades de cuidados intensivos	201
	¿Por dónde empezar?: la pregunta en investigación cualitativa	205
	Inserción y mantenimiento de catéteres venosos periféricos en neonatos	211
	Caso clínico: paciente gastrectomizada en tratamiento con quimioterapia y radioterapia	216
	Intervention Mapping: un protocolo útil para el desarrollo e implantación de intervenciones en enfermería	220
	La importancia del lavado de manos y de utilizar guantes para evitar las infecciones cruzadas	221
	Uso del chupete en la primera infancia en relación con la lactancia, síndrome de muerte súbita del lactante y mal oclusión dental	223
	El electrocardiograma como técnica enfermera: la calidad del registro electrocardiográfico	226
	Test de Guthrie: otra perspectiva de la prueba del talón en el recién nacido	227



Nursing Inquiry	Volume 15, Issue 3, September 2008	Pág.
	EDITORIAL. Exploring mental health issues	177
	The power of routine and special observations: producing civility in a public acute psychiatric unit	178
	Negotiating clinical knowledge a field study of psychiatric nurses' everyday communication	189
	As mental health nursing roles expand, is education expanding mental health nurses? An emotionally intelligent view towards preparation for psychological therapies and relatedness	199
	From good intentions to real life: introducing crisis resolution teams in Norway	206
	Personality disorders: illegitimate subject positions	216
	Humanism in forensic psychiatry: the use of the tidal nursing model	224
	Refining the model for an emergency department-based mental health nurse practitioner outpatient service	231
	How patients and nurses experience the acute care psychiatric environment	242
	Creating a space for recovery focused psychiatric nursing care	251

Nursing 2008
Edición Española

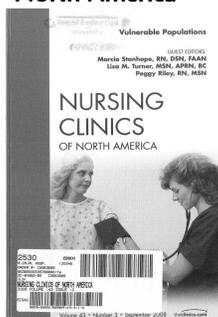


Volumen 26. Número 7. Agosto - Septiembre 2008

Pág.

Protección de los pacientes: reducción de los riesgos relacionados con los medicamentos de alerta máxima	7
¿Presenta su paciente médico o quirúrgico un problema de abstinencia del alcohol?	14
Consejos para la comunicación con pacientes de otras culturas	20
La gripe	29
Cómo evitar la gripe	30
Prevención y tratamiento de la diverticulitis aguda	33
Test clínico	36
Test de Autoevaluación	38
Terapias complementarias	40
Control del dolor	42
Temas de salud	44
El diario reflexivo como herramienta de autoaprendizaje en la formación de enfermería	52
Competencias de las profesiones sanitarias	56

Nursing Clinics of North America



Volume 43. Number 3. September 2008

Pág.

Collaboration for Prevention of chronic Disease in Kentucky: The Health Education Through Extension Leaders (HEEL)	329
The Good Samaritan Nursing Center: A Commonwealth Collaborative	341
Determining Standards of Care for Substance Abuse and Alcohol Use in Long-Haul Truck Drivers	357
Promoting Oral Health Among the Inner City Homeless: A community-Academic Partnership	367
Transformation for Health: A Framework for Conceptualizing Health Behaviors in Vulnerable Populations	381
Translating Research on Healthy Lifestyles for Children: Meeting the Needs of Diverse Populations	397
Facilitators and Barriers for Implementing Home Visit Interventions to Address Intimate Partner Violence: Town and Gown Partnerships	419
African Americans with Memory Loss: Findings from a Community Clinic In Lexington, Kentucky	437
Maternal and Newborn Care During Disasters: Thinking Outside the Hospital Paradigm	449
From Ethics to Palliative Care: A Community Hospital Experience	469
Vulnerable Populations: Drug Court Program Clients	477



XXX Congreso Nacional de la SEEIUC, Valencia 2008	109
Estrategias culturales para el afrontamiento de la muerte infantil en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos	113
Estudio de validez de la Escala de Valoración Actual del Riesgo de desarrollar Úlceras por presión en Cuidados Intensivos (EVARUCI)	123
Monitorización hemodinámica: sistema PiCCO	132
Papel de enfermería en el manejo del catéter de Swan-Ganz	141
Revisión de conocimientos sobre competencias de la práctica profesional y situaciones que alteran el bienestar del paciente	150
Revisión de conocimientos para cuidar a pacientes con problemas respiratorios	158

Revistas en formato digital

American Journal of Critical Care: 1995-	http://gateway.ovid.com
American Journal Of Nursing: 1985-	http://gateway.ovid.com
BestPractice.	http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/best_practice.php?title_find=Spanish:
Enfermería intensiva. P 1998-	http://www.doyma.es/
Enfermería Cardiológica.	http://www.enfermeriacardiologica.com
Enfermería científica. P 1994-	http://www.doyma.es/
Enfermería clínica. P 1993-	http://www.doyma.es/
Heart and Lung: 1978-	http://gateway.ovid.com
Index de Enfermería	http://www.index-f.com/indexenfermeria/44revista/44_sumario.php
Journal of Advanced Nursing: 1985-97	http://gateway.ovid.com
Journal Nursing Administration: 1984-2000	http://gateway.ovid.com
Journal Pediatric Nursing: 1995-	http://gateway.ovid.com
Nure Investigación	http://www.fuden.es

Claves Acceso:

Doyma: login [64119920](#), password [00BRLC](#)
 OVID: login [ryc999](#) password [mhryc18](#)

BASES DE DATOS

Bases de datos específicas enfermería

GRATUITAS INTERNET

BDIE. http://bdie.isciii.es/buscador_BDIE.htm Base de Datos para la Investigación en Enfermería. Instituto de Salud Carlos III.

Cuiden. <http://www.doc6.es/index/consulta.htm> Fundación Index de Enfermería.

CUIDATGE. <http://teledoc.urv.es/cuidatge/> Universitat Rovira i Virgili

ENFISPO. <http://alfama.sim.ucm.es/isishtm/enfispo.asp> Referencias bibliográficas sobre Enfermería, Fisioterapia y Podología en español. Universidad Complutense de Madrid.

CINAHL: Acceso desde OVID. <http://biblioteca.hrc.es/hospital/biblioteca/ovid.html>
OVID: Claves de Acceso login **ryc999** password **mhryc18**

Bases de datos generalistas

THE COCHRANE LIBRARY Cochrane Library Plus en español Revisiones Sistemáticas y Ensayos Clínicos Acceso gratuito. <http://www.update-software.com/Clibplus/ClibPlus.asp>

MEDLINE (National Library of Medicine). Revisiones sobre ciencias de la salud.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?DB=pubmed>
Acceso desde Pubmed.

IME. <http://bddoc.csic.es:8080/IME/BASIS/ime/web/docu/SF> Índice Médico Español.
Claves de Acceso: dhrcjl / Cvmd16

CURSOS RELACIONADOS CON LA INVESTIGACIÓN

Gestionados desde la Unidad de Desarrollo

CURSOS IMPARTIDOS EN EL HOSPITAL

- ***METODOLOGÍA EN INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA***
3, 4 y 5 DE FEBRERO 2009
Dirigido a Enfermeras/os y Supervisores
Aula: Docencia de Enfermería 6ª centro
- ***RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS***
10 y 11 DE FEBRERO 2009
Dirigido a Enfermeras/os, Supervisores y Técnicos superiores
Aula: Aula de informática del pabellón docente. Edificio exterior

CURSOS IMPARTIDOS EN LA AGENCIA LAÍN ENTRALGO

- ***TALLER DE LECTURA CRÍTICA. II EDICIÓN***
17, 18, 19, 20 y 21 DE NOVIEMBRE 2008
Dirigido a personal sanitario
Fecha Límite de inscripción: 5 Noviembre
Aula: Agencia Laín Entralgo
- ***TALLER DE BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS. II EDICIÓN***
17, 18, 19 y 20 DE NOVIEMBRE 2008
Dirigido a personal sanitario interesados en la búsqueda de información científica de calidad a través de Internet
Fecha Límite de inscripción: 5 Noviembre
Aula: Agencia Laín Entralgo
- ***ESTADÍSTICA BÁSICA CON SPSS***
15, 16, 17 y 18 DE DICIEMBRE 2008
Dirigido a profesionales del sistema sanitario interesados en la estadística
Fecha Límite de inscripción: 1 Diciembre
Aula: Agencia Laín Entralgo



ACTIVIDADES DOCENTES

INCORPORACIÓN DE ALUMNOS DE ENFERMERÍA

ESCUELA UNIVERSITARIA EN ENFERMERÍA DE SAN JUAN DE DIOS

Los alumnos de enfermería de San Juan de Dios, se incorporaron en las Unidades el día 1 de Octubre los alumnos de tercero y el día 13 de Octubre los alumnos de segundo.

Antes de la incorporación de estos alumnos se realizaron reuniones entre la escuela y los supervisores de las unidades que los recibían. Las reuniones se realizaron el día 23 de Septiembre para los alumnos de tercero y el 8 de Octubre para los de segundo.

Estas reuniones se pueden definir como muy provechosas tanto por parte de los profesionales de las Unidades como por parte de la escuela, ya que nos facilitan el diálogo y la posibilidad de crecer en calidad docente.

Se realiza por parte de los representantes de la escuela de San Juan de Dios una lectura de los objetivos de aprendizaje que tienen que llevar a cabo los alumnos en las unidades.

Se comentan estos objetivos por parte de los supervisores y se aportan ideas en cuanto a los talleres que reciben los alumnos antes de sus prácticas clínicas, comprometiéndose la Escuela a que los talleres los realizarán justo antes de que se incorporen los alumnos a las prácticas para que tengan reciente la formación. Todos son de la opinión de la importancia de transmitir a los alumnos el sentido de responsabilidad y compromiso.

La escuela y los supervisores plantean la necesidad de que se realice una evaluación del alumno consensuada y meditada, y teniendo en cuenta la consecución de los objetivos de las prácticas.

ESCUELA UNIVERSITARIA EN ENFERMERÍA DE ALCALÁ

Los alumnos de la Escuela Universitaria de Alcalá se incorporan el día 10 de Noviembre los de tercero y el día 24 de Noviembre los de segundo, estando convocada la reunión entre los supervisores y la escuela el día 7 de Noviembre.

NOVEDAD

Desde la Escuela de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Alcalá de Henares se programa para el año 2009 – 2010 “**Master en Ciencias Sociosanitarias**”.

Las clases son semi-presenciales, tiene una duración de dos cursos académicos y 120 créditos.

El inicio será en febrero de 2009 y la finalización en diciembre de 2010.

Más información en:

- la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia, Universidad Alcalá, e-mail: angel.asenio@uah.es
crispin.gigante@uah.es
- el Departamento F.I.P., Hospital Ramón y Cajal, e-mail: mmunozl.hrc@salud.madrid.org

INCORPORACIÓN DE ALUMNOS DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SESIÓN DE INCORPORACIÓN

Se han incorporado a las unidades los alumnos de Auxiliares de Enfermería.

El día 17 de Septiembre se realizó una Sesión de incorporación en el Aula de Docencia de la O Dcha, con el objetivo de informar y de facilitar su integración en el hospital, con sus profesionales y sus normas, ya que es la primera vez que tienen contacto con este centro.

Una vez realizada la presentación, las tutoras se responsabilizan de su presentación en las unidades y de garantizar la consecución de los objetivos docentes.



FOROS DE ENCUENTRO

JORNADAS Y CONGRESOS

En este apartado, os avanzamos encuentros científicos externos, de carácter nacional o internacional, que tendrán lugar en los próximos meses. Son muchas las comunicaciones que compañeros de este hospital están presentando en los diferentes foros científicos con temáticas relacionadas con sus unidades asistenciales de trabajo.

Desde la Unidad de Investigación Enfermera, os invito a seguir trabajando en la misma línea. Es en la práctica clínica, donde se generan dudas, que necesitan de la investigación para su solución, devolviéndose, luego, de nuevo a la práctica. Por tanto cualquiera de vosotros que tengáis interés en llevar a cabo algún trabajo disponéis del apoyo de nuestra Unidad para ayudaros y dirigiros, contribuyendo así a la mejora en la calidad de la producción científica y en último término en la calidad asistencial.

Estamos a vuestra disposición en la 6ª Centro/C. Extensión: 87 70

XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA. ELIMINANDO LAS BARRERAS DEL CONOCIMIENTO



Eliminando las barreras del conocimiento

XII Encuentro Internacional de Investigación de Enfermería conjuntamente con 6º Coloquio Bienal Joanna Briggs

Córdoba, España
12-15 Noviembre 2008

Fecha: 12-15 Noviembre 2008. Lugar: CÓRDOBA

Información: 918222546

<http://www.isciii.es/investen>

VII SIMPOSIO NACIONAL. ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS



Fecha: 12-14 Noviembre 2008. Lugar: TARRAGONA

Información: 937209189

<http://www.boцентium.com>

V REUNIÓN INTERNACIONAL SOBRE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA



Fecha: 20-21 NOVIEMBRE 2008. Lugar: GRANADA

Información: 958293304

<http://www.index-f.com/ri/inicio.php>

X CONGRESO NACIONAL Y V INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA



Fecha: 27-29 NOVIEMBRE 2008. Lugar: ALMERÍA

Información: 653 387 572

congreso@historiadelaenfermeria.es

20 JORNADAS NACIONALES SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA. ENFERMERAS GESTORAS



Fecha: 4-6 MARZO 2008. Lugar: VALENCIA
Información: 902 120 848
Fecha límite para el envío de resúmenes: 19 enero 2009

sanicongress@20supervisionenfermeria.com

II JORNADAS MULTIDISCIPLINARES ANDALUZAS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS



Fecha: 13-15 MAYO 2008. Lugar: SEVILLA
Información: 954 574 240
Fecha límite para el envío de resúmenes: 28 Febrero 2009

www.trianacongresos.com

XII CONGRESO NACIONAL. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA



Fecha: 3-6 JUNIO 2009. Lugar: SANTIGO DE COMPOSTELA
Información: 981 26 10 20
<http://www.seeo.org/>



LISTA DE DIFUSIÓN

Desde la Unidad de Investigación Enfermera, se ha creado una lista de difusión, que cuenta con todas aquellas personas de nuestro hospital, que tienen interés por recibir información de contenido científico, a través del correo electrónico. Es un medio de difusión de información dinámico, en el que se genera una red de apoyo, donde cada uno de los miembros puede intercambiar experiencias sobre proyectos de investigación, lecturas críticas, realizar nuevas propuestas sobre líneas de investigación, exponer dudas e inquietudes respecto a un tema de interés, comunicar al resto de los compañeros programas formativos, difundir actos científicos, etc.

Además desde Enero de 2005 está creado el Grupo de Investigación Enfermero, Grupo GIERyC, que contempla entre sus objetivos: Impulsar la investigación enfermera en el Hospital Ramón y Cajal y participar y promover actos científicos.

Los miembros del grupo son enfermeros asistenciales o gestores de diferentes unidades, a los cuales podéis acudir para solicitar apoyo y ayuda para dar forma a todas las propuestas que tengáis, tanto en la elaboración de comunicaciones o pósters, como en el desarrollo de proyectos de investigación.

Los componentes del mismo son:

- M^a Magdalena Aparicio Merino. Quirófano de Neurocirugía. robymag@hotmail.com
- M^a Soledad Arevalillo González. Coordinadora de Trasplante. marevalillo.hrc@salud.madrid.org
- Patricia Carrasco Rodríguez. Unidad de Cirugía Vascular. pcarrasco76@hotmail.com
- Ana Castillo Ayala. UVI de Neurocirugía. acay1@hotmail.com
- M^a Asunción Chinchilla Nevado. Servicio de Urgencias. machinchilla.hrc@salud.madrid.org
- M^a Luisa Conde Aragundi. T.M.O. mlconde.hrc@salud.madrid.org
- M^a Belén de Opazo Olano. Quirófano de Neurocirugía. belenopao@hotmail.com
- Cristina Fernández Fernández. Consulta Medicina Interna. cfernandezf.hrc@salud.madrid.org
- Nuria García Moriche. Responsable de la URPA. ngarciam.hrc@salud.madrid.org
- Lucía Herrero Montejo. Centro de Especialidades Emigrantes. lherrero.hrc@salud.madrid.org
- Cristina Martínez Chamorro. Unidad de Urología. crismarchamorro@hotmail.com
- Concepción Medina Ruiz. Quirófano de Cirugía cardiovascular. cmedina.hrc@salud.madrid.org
- Lourdes Moreno del Toro. Quirófano de Cirugía cardiovascular. lmorenod.hrc@salud.madrid.org
- Laura Muñoz Correcher. Unidad de Traumatología. lmcorrecher@gmail.com
- M^a Jesús Muñoz Lobo. Dpto de Investigación, Docencia y Calidad. mmunozl.hrc@salud.madrid.org
- Teresa Plaza Escribano. Oncología Médica. tplazaescribano@gmail.com
- Carmen Ramos Elvira. Unidad de Traumatología. carmenramoselvira@hotmail.com
- Ana Rodríguez Gonzalo. Dpto de Investigación, Docencia y Calidad. arodriguezg.hrc@salud.madrid.org
- Elisabet Tamayo Capillas. Unidad de T.M.O. e.boto@hotmail.com
- M^a del Carmen Zaballos Bautista. Medicina Preventiva. czaballos.hrc@salud.madrid.org
- Félix Sánchez Vicario. Dpto de Investigación, Docencia y Calidad. felix.sanchezvicario@salud.madrid.org

Esta lista está abierta a todas las personas interesadas en la investigación y/o quieran formar parte de ella. Para suscribirse contactar con Ana Rodríguez, Supervisora de Investigación, a través del correo electrónico: arodriguezg.hrc@salud.madrid.org o de la extensión 8770



SUGERENCIAS

Este es vuestro apartado y es donde pretendemos plasmar las inquietudes, observaciones y sugerencias que tengáis en cuanto a potenciar la Investigación Enfermera. Debéis de dirigirlas al Área de Formación, Investigación y Procesos (FIP) Planta 6ª Centro, Teléfono 91-336-8770, o a la dirección de correo arodriguezg.hrc@salud.madrid.org, a la atención de Ana Rodríguez Gonzalo, Supervisora de la Unidad de Investigación Enfermera.