

Córdoba 2018 #inves18

Libro de Ponencias
Book of abstracts

XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados

22nd International Nursing
Research Conference

Córdoba, España
14-16 Noviembre 2018

ISBN: 978-84-09-07462-4

Edita: Instituto de Salud Carlos III

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii). Madrid, 2018.



Colaboran:
Collaborate:



Patrocinan:
Sponsor:



¡Márcalo en tu calendario!
Mark in your calendar!



Mesa de Comunicaciones 1: Cuidados y Calidad

Concurrent Session 1: Care and Quality

AUTORES/AUTHORS:

Nuria Alcolea Ruiz, Francisco Esteban Paredes, Milagros Beamud Lagos, Teresa Villar Espejo, Esperanza Duralde Rodriguez, Francisco Javier Pérez Rivas

TÍTULO/TITLE:

PREVALENCIA DEL MIEDO A CAERSE Y FACTORES ASOCIADOS EN ANCIANOS QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD. ESTUDIO TRANSVERSAL.

1. Objetivos.

El objetivo general fue conocer, en la población mayor de 70 años, la prevalencia de la preocupación a caer según la versión corta del FES-I en ancianos que viven en la comunidad.

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- Conocer las características sociodemográficas de la población.
- Conocer la relación entre la puntuación en la versión corta del FES-I con:
 - o La capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (AVBD), medida a través del índice de Barthel.
 - o La capacidad funcional de la población, medida a través de la escala Short Physical Performance Battery (SPPB).
 - o Características clínicas (IMC, riesgo de caídas (tomando como referencia Escala Downton), caídas en el último año, lesiones asociadas a las caídas, tiempo desde la última caída).
 - o Comorbilidad asociada, según el índice de Charlson.
 - o Déficit sensorial.
 - o Farmacoterapia (polimedicación y uso de antidepresivos, sedantes, hipotensores, antipsicóticos o benzodiazepinas).

2. Métodos.

Se trata de un estudio descriptivo transversal, llevado a cabo en el Centro de Salud El Greco (Getafe, Madrid) de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP). La población de estudio fueron los ancianos mayores de 70 años que cumplían los criterios de selección y acudieron al Centro de Salud El Greco.

Los criterios de selección fueron los siguientes: personas nacidas a partir del 1 de enero de 1948; independientes para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)(puntuación en el Índice de Barthel mayor o igual a 60) e independientes para la deambulación (capaces de caminar 45m sin ayuda o con bastón); personas sin necesidad de cuidados paliativos; personas que no presenten en el momento de la captación algún proceso agudo que les produzca disconfort: (fiebre, dolor, malestar general,...); capaces de comprender el consentimiento informado y entender los procedimientos necesarios para el estudio; pacientes cuya participación no suponga un riesgo para su enfermedad o su situación funcional.

Para calcular el tamaño de la muestra, se estimó una prevalencia del 40% de temor a caer y asumiendo una Zbeta del 0,8 y una Zalfa de 0,95, con una precisión del 7%, se estima un tamaño muestral necesario de 189 individuos.

Se llevó a cabo un muestreo sistemático, sobre la agenda de los pacientes citados en las consultas de 5 enfermeras del CS El Greco, cada día. Cada enfermera incluyó al primer y quinto paciente que cumplía los criterios de selección, en un tramo horario definido para evitar la derivación de muchos pacientes al mismo tiempo. Los pacientes que aceptaron, fueron derivados directamente a una agenda creada para la realización del estudio. Dicha agenda estuvo formada por citas de 20 minutos (duración aproximada de la entrevista estructurada). En los casos en que los pacientes eran captados en un horario diferente al de la agenda creada, se concertaba una cita con el paciente de forma programada. El estudio se llevó a cabo entre los meses de abril y junio de 2018. Participó una sola investigadora en la realización de las entrevistas.

Se realizó un estudio piloto de una semana de duración para comprobar la adecuación del muestreo y la coordinación entre profesionales.

La variable dependiente fue el miedo a caerse, medida a través de la Falls Efficacy Scale International (FES-I) adaptada y validada al castellano por Araya et al en una versión de 7 ítems. (1)

Como variables independientes se midieron factores sociodemográficos (edad, sexo, convivencia); factores funcionales (IMC, capacidad funcional a través de la escala Short Physical Performance Battery (SPPB), riesgo de caídas a través del Índice de Downton y capacidad para realizar ABVD mediante el Índice de Barthel); factores clínicos (caídas en el último año, lesiones asociadas a las caídas, tiempo desde la última caída, comorbilidad (medido a través del Índice de Charlson), alteración de los sentidos, uso de dispositivo de la marcha, fármacos y polimedicación).

El FES-I es una escala basada en la teoría de Bandura de la autoeficacia, que mide el nivel de confianza demostrado por el paciente en la realización de ABVD, como ducharse, preparar las comidas, caminar alrededor de la casa, incluyendo actividades que se realizan fuera del hogar, independientemente de si el paciente realiza actividad física.(2) Ha sido validado al español por Araya et al. en una versión acortada de 7 ítems. Cada ítem se evalúa con una escala Likert con 4 categorías de respuesta: en absoluto preocupado, algo preocupado, bastante preocupado y muy preocupado.(1) El sistema de puntuación oscila desde 7 hasta 28 puntos. Los valores más altos indican mayor preocupación relacionada con las caídas. Kumar et al. establecieron el cribado positivo para el miedo a caerse con la escala short FES-I en ≥ 11 puntos.(3)

3. Resultados.

La media de edad de los participantes fue de 77,10 (4,86), siendo el rango de edad de 70 a 95 años. El 61,9% eran mujeres, y el 25,9% vivía solo/a. El 24,9% refirieron haberse caído en el último año. El 39,7% refirió haber tenido contusiones, el 15,9% había sufrido alguna fractura y un 0,5% requirió hospitalización. Los datos de las lesiones a consecuencia de las caídas recogen las caídas en los últimos 10 años. El 43,9% manifestó no haber sufrido ninguna lesión relacionada con las caídas.

No se han encontrado diferencias significativas entre la variable caídas en el último año entre ambos sexos. El uso de benzodiazepinas y antidepresivos es mayor en las mujeres, así como la comorbilidad es mayor en varones. ($p < 0,05$). Las alteraciones en el equilibrio entre ambos sexos son: 19,4% en varones y 31,6% en mujeres, no llegando a ser ésta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,067$).

La prevalencia global del miedo a caerse fue del 42,9% en la población de estudio. La puntuación media del short FES-I fue de 11,24 ($DE=4,87$). El miedo a caerse es significativamente mayor en mujeres que en varones, con una puntuación media en el short FES-I de 9,54 (3,41) frente a 12,28 (5,34) ($p = 0,000$). La prevalencia de temor a caerse es mayor en mujeres que en hombres (52,1% frente a 27,8%) y aumenta con la edad (38,2% en pacientes de 70-79 años, frente a 54,7% en personas de 80 años o más) siendo ambas diferencias estadísticamente significativas.

Según los datos obtenidos, el miedo a caerse está relacionado con la edad, sexo femenino, vivir solo, la capacidad para realizar ABVD, cribado positivo del riesgo de caídas según la escala Downton, caídas en el último año, presencia de lesiones relacionadas con las caídas, cribado positivo de la fragilidad según la escala SPPB, alteraciones en el equilibrio, velocidad de la marcha y disminución de la fuerza en miembros inferiores, uso de dispositivo de la marcha, audífono y el tiempo desde la última caída. Respecto a la farmacoterapia, se han encontrado resultados significativos en pacientes que tomaban antidepresivos e hipotensores.

Sin embargo, no se han obtenido resultados significativos con la presencia de comorbilidad según el índice de Charlson

(p-valor=0,64).

Tras conocer las variables que tienen asociación significativa con la variable dependiente, se realizó una regresión logística con varias variables regresoras. El modelo multivariante inicial incluía la totalidad de las variables con significación estadística y el modelo multivariante final incluye sólo aquellas que son estadísticamente significativas.

El modelo multivariante final está compuesto por las siguientes variables: sexo, alto riesgo de caídas y puntuación en SPPB, (como indicador de capacidad funcional).

El sexo femenino obtuvo una OR=2,96 (IC 95% 1,38-6,36). Es decir, que las mujeres tienen 2,96 veces más probabilidades de presentar miedo a caerse según el FES-I, ajustando por el resto de variables del modelo.

El cribado positivo para el alto riesgo de caídas obtuvo un OR=0.22 (IC 95% 0,11-0,46). Es decir que las personas con cribado negativo para el riesgo de caídas reducen su riesgo relativo de caerse en un 88% respecto a las personas que no lo tienen, ajustado por el resto de variables.

Por último, respecto al SPPB el OR fue de 1,76 (IC 95% 1,35-2,29). Es decir, que por cada descenso en un punto en el SPPB, aumenta un 76% la probabilidad de padecer miedo a caerse, ajustando por el resto de variables.

En el modelo multivariante final el valor del R cuadrado de Cox y Snell es 0,315 y el R cuadrado de Nagelkerke es de 0,423. Es decir, el modelo explicaría entre un 31,5% y un 42,3% de los casos. Además, según los datos aportados por el programa estadístico, éste modelo clasificaría correctamente a un 75,7% de los casos. Concretamente, un 66,7% de los que tienen miedo a caerse y un 82,4% de los que no lo tienen.

Para asegurar el buen ajuste del modelo multivariante realizamos la prueba de Hosmer y Leveshow, obteniendo como resultado p-valor=0,512. La ausencia de significación indica un buen ajuste del modelo.

4. Discusión.

Las prevalencia estimada en éste estudio está en concordancia con la estimación fijada al inicio del estudio y con el resto de estudios de prevalencia que han tratado de identificar el miedo a caerse en los ancianos que viven en la comunidad. (4),(5),(6). Al igual que en el resto de estudios FOF es mayor en mujeres y aumenta con la edad (4), (5), (7).

Respecto a las alteraciones en la capacidad de realizar ABVD y su relación con el miedo a caerse, se ha establecido relación entre ambas variables, de forma que a mayor capacidad de realizar ABVD menor riesgo de padecer miedo a caerse, apoyando así los resultados obtenidos en otros estudios.(4)

Nuestro estudio ha encontrado relación entre la capacidad funcional, uso de dispositivo de la marcha, disminución de la fuerza en miembros inferiores y alteración del equilibrio y FES-I \geq 11. Estos datos están en concordancia con otros estudios publicados (4),(5), (7). Estos hallazgos podrían indicar que el mantenimiento de la capacidad funcional, incidiendo en equilibrio y fuerza en miembros inferiores, reduciría el miedo a caerse y por lo tanto actuaría de forma preventiva para el desarrollo de discapacidad en ancianos.

Un resultado novedoso es la relación encontrada entre las lesiones asociadas a las caídas y el FES-I, hacen falta estudios longitudinales que confirmen la relación causa-efecto.

El modelo multivariante final es muy similar al publicado por Lavedán et al. (6) coincidiendo en el sexo femenino y discapacidad. Su modelo incluye además la comorbilidad y antidepresivos, frente a riesgo de caídas en el modelo presentado en éste estudio.

5. Conclusiones e implicaciones para la práctica clínica.

La prevalencia global del miedo a caerse fue del 42,9% en la población de estudio. El miedo a caerse es mayor en mujeres que en varones y aumenta con la edad, siendo ambas diferencias estadísticamente significativas.

Según los datos obtenidos, el miedo a caerse está relacionado con la edad, sexo femenino, vivir solo, cribado positivo del riesgo de caídas según la escala Downton, caídas en el último año, presencia de lesiones relacionadas con las caídas, tiempo desde la última caída, cribado positivo de la fragilidad según la escala SPPB, alteraciones en el equilibrio, velocidad de la marcha y disminución de la fuerza en miembros inferiores, uso de dispositivo de la marcha, uso de antidepresivos e hipotensores.

El modelo multivariable final incluye el sexo femenino, la capacidad funcional según la escala SPPB y riesgo alto de caídas.

La Atención Primaria de Salud debería comenzar a asumir un papel fundamental en el desarrollo de estrategias de cribado e intervención con las personas con este factor de riesgo, elaborando protocolos de actuación enfocados a la detección del miedo a caerse mediante el uso normalizado de la escala short FES-I en las consultas de enfermería, así como entrenar a los profesionales sanitarios en el reconocimiento de los factores de riesgo del miedo a caerse.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Araya A, Valenzuela E, Padilla O, Iriarte E, Caro C. Preocupación a caer: validación de un instrumento de medición en personas mayores chilenas que viven en la comunidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017;52(4):188–192.

(2) Martínez-Reig M, Flores Ruano T, Fernández Sánchez M, Noguerón García A, Romero Rizos L, Abidanza Soler P. Fragilidad como predictor de mortalidad, discapacidad incidente y hospitalización a largo plazo en ancianos mayores. Estudio FRADEA. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* [Internet] 2016 [Citado el 9 nov 2016];55(5):254-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X16000433>

(3) 21. Kumar A, Carpenter H, Morris R, Iliffe S, Kendrick D. Which factors are associated with fear of falling in community-dwelling older people? *Age Ageing.* 2014;43:76-84.

(4) 8. Lee J, Choi M, Kim CO. Falls, a fear of falling and related factors in older adults with complex chronic disease. *J Clin Nurs* [Internet]. 2017 Dec [cited 2017 Jan 5]; 26(23-24):4964-4972. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28793363>

(5) 13. Vitorino LM, Teixeira CAB, Vilas Boas EL, Pereira RL, Santos NO, Rozendo CA. Fear of falling in older adults living at home: associated factors. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;(51):1-6.

(6) 16. Lavedán A, Viladrosa M, Jürschik P, Botigue T, Nuín C, Masot O, et al. Fear of falling in community-dwelling older adults: A cause of falls, a consequence, or both? [Internet] Plos one. [Citado el 2 junio de 2018] 2018;13(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194967>

(7) 26. Tomita Y, Arima K, Tsujimoto R, Kawashiri S, Nishimura T, Mizukami S, et al. Prevalence of fear of falling and associated factors among Japanese community-dwelling older adults. *Medicine*. 2018;97:4.

AUTORES/AUTHORS:

EMILIA RUIZ ANTÚNEZ, ALICIA VICENTE SÁNCHEZ, ADORACIÓN SANZ VICENTE, M^a ANGELES GARCÍA ALONSO, M^a LUZ GARCÍA PRIETO, SILVIA MARTÍN FRANCISCO, HUGO GUILLERMO TERNAVASIO DE LA VEGA, ANDRÉ BARBOSA VENTURA

TÍTULO/TITLE:

MEDIDAS PARA PREVENIR LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO Y MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.

Objetivo:

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, junto con las comunidades autónomas e instituciones, impulsan y promueven Estrategias de Seguridad del Paciente, integrando las aportaciones de profesionales sanitarios y pacientes e involucrándoles en dichas acciones.

Los programas de garantía de calidad, y objetivos estratégicos de la institución, se orientan a promover y mejorar la cultura de seguridad/calidad, incorporar la gestión del riesgo sanitario; formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de seguridad del paciente; implementar prácticas seguras e implicar al mayor número de profesionales posibles.(1)

Enfermería interviene junto a otros profesionales en mejorar mediante formación, la asistencia, la investigación y la gestión, para contribuir a la máxima seguridad posible, dentro de la cual se encuentra la prevención de infecciones.

La infección intrahospitalaria constituye un grave problema, produce efectos incalculables en las vidas de los pacientes, deterioran la imagen de los equipos asistenciales, y sistema sanitario, causando un gran impacto económico. (2)

Además son la causa más prevenible de eventos adversos graves en pacientes hospitalizados. Entre ellas se encuentran (2) las Infecciones del Tracto Urinario (ITU), constituyendo más del 30% de las infecciones originadas.

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), estima que de estas ITU, el 75 %, se asocian con inserción de catéteres urinarios, o sea, las presentadas durante la permanencia del catéter urinario o en las 72h, o las que aparecen tras su retirada. (3)

La permanencia de la SV, es el factor predictivo de ITU asociado al sondaje vesical, más importante y, de hecho, es el único factor de riesgo modificable. Según estudios, por cada día de permanencia de la SV, la incidencia de ITU, se incrementa entre un 3 y un 10%. (3). Y se estima, que después de 7-10 días de sondaje vesical (SV), el 50% de los pacientes presentará bacteriuria; el 20-30% de ellos desarrollará ITU; y el 1-4%, una bacteriemia secundaria a ITU. (4).

La reducción de los días de sondaje es una de las medidas eficaces, para la prevención y reducción de la tasa de aparición de problemas. (3, 5) Entre otros factores de riesgo no modificables asociados a la aparición de una ITU en pacientes con SV permanente, son el grado de dependencia y la relación con la atención sanitaria, ambos factores presentes, con alta frecuencia en pacientes ingresados en servicios de Medicina Interna, sobre todo los pacientes con elevada dependencia, pluripatológicos, (o G3) (6), que residen en centros socio-sanitarios, dializados, que presentan tratamiento intravenoso, o ingresos recientes, con gran comorbilidad (5). Además de tener en cuenta el aumento de las infecciones por microorganismos multiresistentes. (7)

Por tanto la prevención de estas infecciones, deber orientarse al compromiso de todo el personal sanitario, para la consecución de un objetivo principal, como es el evitar la aparición de dichas infecciones, en este caso las ITU; no sólo por su elevada frecuencia, sino por su potencial gravedad y coste sanitario asociado, sino también porque se trata de una infección prevenible.

A nivel nacional y de la comunidad, se contempla la implementación de estrategias y proyectos dentro de Atención Especializada, y medidas basadas en la evidencia, para reducir las tasas de infecciones, la frecuentación de la cateterización urinaria, así como estimular la motivación de los profesionales sanitarios, a través de la formación continuada.(1,5)

Se ha demostrado que distintas intervenciones multimodales son efectivas y esenciales para mejorar los programas de control de las infecciones, y mejorar la seguridad y calidad de la atención de los pacientes hospitalizados. (1, 6, 8).

En nuestra comunidad, no se han realizado estudios que evalúen la implementación de “órdenes de stop”, para reducir el tiempo de sondaje y por tanto reducir la frecuencia de ITU-SV.

Por tanto nos marcamos cómo objetivo: Contribuir a la reducción de infecciones del tracto urinario, asociadas al sondaje vesical, a través del desarrollo de un paquete de medidas.

Métodos:

En cuanto a la metodología se lleva a cabo un estudio prospectivo con diseño pre-post en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Salamanca.

Se incluyeron a todos los pacientes que a su ingreso fueran portadores de un Catéter Urinario Vesical permanente, que hubieran sido portadores de uno en las 48 horas previas al ingreso, o que durante su estancia se les insertara.

Se excluyeron a todos los pacientes a los que solamente se les realizó una cateterización vesical intermitente, que fueran portadores de catéteres de derivación urinaria, o que fueran portadores de CV supra-púbico.

El estudio se dividió en los períodos: el primero, se llevó a cabo en enero-marzo 2013 y fue previo a la aplicación de la intervención multimodal; el segundo (P2), entre abril de 2013 y abril de 2014, corresponde a la aplicación de la intervención multimodal, y final un nuevo periodo: octubre y noviembre de 2017, donde se amplía el área de unidades de estudio.

La metodología del estudio ha consistido en una intervención multimodal que comprendía varios apartados, cómo la difusión e información a todos los integrantes del equipo de la unidad de dicho proyecto y una relación de etapas sucesivas.

La intervención formativa, consistente en la realización de sesiones sobre las recomendaciones actuales del manejo del SV, descripción de la situación actual en las unidades, apoyo con una campaña de activación audiovisual, y la implementación de las medidas con una vigilancia activa de la aparición de ITU-SV, en todos los pacientes portadores de SV, además de unas órdenes de “stop de sondaje vesical”, para la retirada protocolizada y automática de la SV, bajo la denominación de Protocolo HOUDINI, seguido del retorno de resultados, mediante comunicaciones internas al personal implicado, y la difusión de los resultados a la Gerencia del Hospital y a otras Unidades como propuesta de implementación a nivel hospitalario.

El Protocolo “HOUDINI” es una adaptación a nuestro entorno de protocolos de retirada automática de SV, guiados por personal de enfermería. La denominación se debe a que hace “desaparecer” la SV permanente inadecuada, y se utiliza para recordar los motivos de inserción y mantenimiento de una SV considerados adecuados.

La ausencia o desaparición de esos motivos obliga a evitar el sondaje y/o a retirar la SV inmediatamente. Para ello, se utiliza una herramienta consensuada entre el personal sanitario que sirve a la vez de recordatorio y de orden de stop.

“La orden de stop”, es un formulario de inclusión firmado por el personal médico y de enfermería responsable del paciente en el momento de detección de la SV. En el mismo se ofrece información sobre el protocolo, se solicita al personal facultativo que valore la pertinencia de la inclusión en el protocolo, y se indica al personal de enfermería la actuación que debe llevarse a cabo en caso de inclusión del paciente en el mismo.

Durante el periodo de estudio, se realiza vigilancia de la aparición de ITU-SV en todos los pacientes portadores de SV en las

unidades designadas, para obtenerlos datos necesarios para estimar los indicadores para evaluar la intervención, llevados a cabo por personal sanitario y de enfermería entrenados.

Las sesiones formativas han sido llevadas a cabo, por personal sanitario del servicio de medicina interna del Complejo, formada para tal fin y denominada "Champions", facultativos especialistas y personal de enfermería formados con este fin como docentes.

Los mismos Champions, que se encargan también de la difusión del proyecto a otras Unidades y de la formación de formadores en su caso.

Dentro de la campaña de comunicación visual se han repartido trípticos sobre buenas prácticas en el cuidado de la SV, entre el personal sanitario y pacientes/familiares, que se han situado a modo de cartelería, en los tabloneros de difusión, en las unidades, áreas de trabajo, preparación de medicación, control de enfermería, etc...

La vigilancia de parte del equipo de enfermería incluye las siguientes actividades:

Recuento y registro diario del número de pacientes ingresados en dichas unidades, portadores de SV con el fin de obtener los datos indispensables para calcular los indicadores en estudio: el cociente de utilización de la SV y Tasa de ITU-SV. Dicho recuento del número de pacientes en planta y de pacientes con SV en planta se hará una vez al día, preferiblemente a primera hora, y/o coincidiendo con el pase de vista. (Formulario de recogida de datos).

Se incluyeron 252 pacientes con catéter urinario, monitoreados durante 1298 días, con 5005 días de estancia.

Resultados:

Y en cuanto a los resultados se estableció una comparativa en los diferentes periodos del estudio, obteniéndose una reducción significativa de días de cateterismo (12.7 vs 6.7), también de la tasa de cateterización media (31.4% vs 25.9%), y del riesgo de infección asociada a cateterismo (21.7% vs. 4.4%).

Además de las infecciones del tracto urinario asociadas a catéter por 1000 días de estancia (23.5 vs 8.5), así como de Infección del tracto urinario asociada a sondaje vesical (28 vs 11).

Además de una reducción significativa de complicaciones inherentes al sondaje y su retirada, como pueden ser la presencia de hematuria post sondaje (9 vs 2), o la retención aguda de orina tras retirada de sondaje vesical.

Discusión:

La identificación de factores asociados con las ITU-SV, puede permitir realizar una estratificación del riesgo en estos pacientes, lo que favorece la elaboración de protocolos específicos en el manejo de las ITU.

La formación y refuerzo del personal de enfermería es fundamental para la disminución de las infecciones, ya que se ha mejorado el registro de enfermería en los diferentes ítems que se marcaron para analizar, y chequear.

La actualización formativa, la vigilancia continua y la actualización de protocolos y procedimientos, hace que los profesionales se vean implicados en una manera de trabajar sistemática y protocolizada, que influye de manera positiva en la prevención de infecciones.

El uso adecuado de antimicrobianos, la disminución de la morbilidad y de la estancia hospitalaria significan un descenso del coste de atención sanitaria, y un beneficio para el sistema sanitario del Complejo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

1. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009. Ministerio de sanidad y Política social DICIEMBRE 2008.
2. Flores Siccha Marjorie Katherine , Perez Bazán Laura Mónica, Trelles Guzmán Marita Grimanesa , Malaga Rodriguez Germán , Loza Munariz César , Tapia Egoavil Elena. Nosocomial urinary tract infection in medicine hospitalization at a general hospital. 46 Rev Med Hered 19 (2), 2008.
3. Marigliano A, et al. Active training and surveillance: 2 good friends to reduce urinary catheterization rate. Am J Infect Control. 2012; 40:692-5.
4. 2. Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) Event, Device-Associated Module, NHSN Patient Safety Component Manual. Centers for Disease Control and Prevention, 2012. (Accessed July 10, 2012, at http://www.cdc.gov/nhsn/TOC_PSCManual.html.)
5. Ternavasio-de la Vega HG, et al. Assessment of a multi-modal intervention for the prevention of catheter-associated urinary tract infections. J Hosp Infect. 2016;94: 175-81.
6. Proceso de atención al paciente crónico pluripatológico complejo. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2015. (Accessed May 11, 2017, at <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/atencion-cronicos/atencion-paciente-cronico-castilla-leon>.)
7. Kostyanev T, et al. The Innovative Medicines Initiative's New Drugs for Bad Bugs programme: European public-private partnerships for the development of new strategies to tackle antibiotic resistance. The Journal of antimicrobial chemotherapy. 2016;71: 290-5.
8. C. Bermúdez Tamayo, A. Olry de Labry Lima y L. García Mochón. Identificación de indicadores de buenas prácticas en gestión clínica y sanitaria. J.healthc.qual.res.2018;33(2):109-118.

Mesa de Comunicaciones 2: Cuidados Materno-Infantiles

Concurrent Session 2: Mother and Children Care

AUTORES/AUTHORS:

BEATRIZ ELENA DELGADO GARCIA, MARIA ISABEL ORTS CORTES, JOAQUIN MONCHO, PABLO CABALLERO

TÍTULO/TITLE:

PELOTA DE PARTO DURANTE EL PARTO: EFECTOS EN DURACIÓN Y TIPO DE PARTO, POSICIÓN FETAL, INTEGRIDAD PERINEAL Y SEGURIDAD.

OBJETIVOS. Conocer la efectividad del uso de la Pelota de Parto (PdP) durante el trabajo de parto en relación a la duración de la dilatación y expulsivo, posición de la presentación fetal en el encajamiento, la integridad perineal, el tipo de parto y la seguridad respecto la madre y recién nacido (RN), en comparación con la práctica habitual.

MÉTODO. Estudio experimental controlado y aleatorizado con enmascaramiento de la intervención y ocultación de la asignación aleatoria. Participantes: 207 (97 control/110 experimental) gestantes con gestación única, controlada, bajo riesgo, menos de 7 cm. de dilatación al ingreso. Intervención. Uso de la Pelota de Parto durante el trabajo de parto (mín. 15 min) vs práctica habitual. Análisis por intención a tratar. Análisis de asociación de variables categóricas mediante Ji cuadrado o test de Fisher y comparación de medias con T de student o U de Mann-Whitney. Modelos de regresión lineal múltiple y logística multivariantes con objeto analizar el posible efecto de la variable intervención ajustado por el resto de variables recogidas. Nivel de significación $\alpha=0.05$.

RESULTADOS. El tiempo medio de duración de la dilatación fue significativamente mayor en el grupo experimental (257.97 min vs 220.12 min; $p=0.034$) y en el análisis multivariante se observó un efecto de interacción entre la variable experimental y paridad implicando, en las mujeres multíparas, 81.72 minutos más de duración si usaban la PdP ($p=0.014$). El uso de la PdP se asoció con un mayor riesgo de malposición fetal en el momento de encajamiento (OR=2.101; IC95% [1.200:3.677], $p=0.009$). En el tiempo de expulsivo, el análisis bivariado no mostró diferencias significativas, sin embargo, en el análisis multivariante se detectaron interacciones significativas ($p<0.01$) de forma que, en las primíparas que no realizaron ejercicio físico durante el embarazo, la PdP reduciría significativamente el tiempo de expulsivo en 56 minutos. Pero en las multíparas que realizaron ejercicio físico, la PdP aumentaría el tiempo de expulsivo en 44 minutos. El porcentaje de perinés íntegros fue de 36.8% frente al 50% del grupo control ($p=0.083$). En el análisis multivariante se detectó una interacción significativa ($p<0.036$) entre la variable experimental y peso fetal: para pesos fetales inferiores a 3043g la PdP beneficia la integridad perineal (OR=0.53 para un peso de 2750g), pero incrementa el riesgo de periné no íntegro para pesos fetales superiores (OR=1.56 para 3250g). En el tipo de parto el porcentaje de cesáreas fue mayor en el grupo experimental (20% vs 15.5%), no siendo significativo ($p=0.395$). En el motivo de los partos distócicos no hubo diferencias. La Pelota de Partos no influye en el Apgar, la necesidad de reanimación ni el ingreso en NICU.

DISCUSIÓN. Aunque el uso de la PdP se puede considerar segura, su indicación como herramienta para el afrontamiento del parto de manera general no parece adecuada ya que puede resultar perjudicial, sobretodo en multíparas. Por ello, tan sólo sería aconsejable el uso de la PdP durante el parto en primíparas que no hayan realizado ejercicio físico, con peso fetal estimado menor a 3kg. y que al inicio del parto presenten la cabeza fetal ya encajada y estable en posición dorso-anterior.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Delgado-García, B.E., Orts-Cortés, M.I., Poveda-Bernabeu, A., Caballero-Pérez, P., 2012. Randomised controlled clinical trial to determine the effects of the use of birth balls during labour. *Enferm. Clin.* 22, 35–40. doi:10.1016/j.enfcli.2011.07.001
- Gallo, R.B.S., Santana, L.S., Marcolin, A.C., Quintana, S.M., 2014. Swiss ball to relieve pain of primiparous in active labor. *Rev. Dor* 15, 253–255. doi:10.5935/1806-0013.20140054
- Gau, M.L., Chang, C.Y., Tian, S.H., Lin, K.C., 2011. Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery* 27, 293–300. doi:10.1016/j.midw.2011.02.004
- Lopes, T.C., Madeira, L.M., Coelho, S., 2003. The use of the birth ball in promoting the upright position during labor in first deliveries. *Rev Min Enferm* 7(2), 134–139. Spanish Ministry of Health and Consumer Affairs, 2007. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid (España). doi:10.1017/CBO9781107415324.004
- Bolbol, H.N., Shayan, A., Kazemi, F., Masoumi, S.Z., 2017. The effect of using birth ball on maternal and neonatal outcomes: a randomised controlled clinical trial. *Sci. J. Hamedan Nurs. Midwifery Fac.* 25, 18–23. doi:10.21859/nmj-25013

AUTORES/AUTHORS:

Elena Paraiso Pueyo, Ana Lavedán Santamaría, Eva Salafranca Mendoza, M^a Àngels Marsellés Vidal, Maria Llovera Ocaña, Violeta Tapia Palacio, Denisa Ioana Picovici, María Rosales Elejabeitia, Mireia Casado Meda

TÍTULO/TITLE:

Vivencia de los padres de RN ingresados en UCIN en atención a sus necesidades psicosociales durante la acogida

Objetivo:

Explorar las vivencias y necesidades psicosociales de los padres y madres de RN ingresados en UCIN durante el proceso de acogida en la unidad.

Métodos:

Diseño del estudio: Estudio descriptivo cualitativo desde la perspectiva fenomenológica.

Ámbito de estudio: El estudio se ha llevado a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.

Población: Padres y/o madres de neonatos ingresados en UCIN.

- Criterios de inclusión: Madres y/o padres de RN ingresados en UCIN durante el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2017 al 30 de marzo de 2018.

- Criterios de exclusión: Madres y/o padres de RN que hayan sido éxitus, trasladados a otro centro asistencial y aquellos que no expresen su consentimiento informado para participar en el estudio.

Medida de la muestra y tipo de muestreo: 16 progenitores (10 madres; 6 padres), seleccionados por medio de un muestreo opinático, intencionado y razonado, y hasta la saturación de datos.

Técnicas de recogida de datos: Diseño de un cuestionario "Ad Hoc", que incluye variables sociodemográficas de los padres y de los recién nacidos, así como las variables clínicas de estos últimos, y un guion semiestructurado para proceder a las entrevistas individuales en profundidad a cada progenitor.

Análisis de datos discursivos: Los discursos obtenidos se han analizado desde el enfoque fenomenológico de los datos narrativos, utilizando el programa ATLAS.ti que se concluye con la clasificación por ejes temáticos y categorías, triangulando los resultados con la bibliografía.

Consideraciones éticas: Informe favorable del Comité Ético de Investigación Clínica del HUAV (acta 12/2017).

Resultados:

En términos generales, los padres entrevistados expresan información suficiente en la acogida en relación al estado de salud de su hijo y normas organizativas; sin embargo, la comunicación terapéutica no cubre la expectativa, dejando patente la necesidad de apoyo emocional inherente al proceso de ingreso.

Ejes temáticos (ET) y categorías (C) extraídas:

ET1: Información suficiente en la acogida (C1: Ingreso; C2: Información recibida; C3: Información favorable; C4: Soporte psicológico; C5: Soporte profesionales).

ET2: Valoración de la atención recibida (C1: Distribución UCIN; C2: Comunicación entre iguales; C3: Preocupación estado Recién Nacido; C4: Horario de visitas; C5: Información recibida; C6: Normas higiene; C7: Normas alimentación).

Discusión:

En la última década se han mejorado las intervenciones dirigidas a padres y madres de RN ingresados en UCIN a fin de disminuir el

estrés derivado del proceso de hospitalización, consiguiendo resultados positivos en toda la unidad familiar. Sin embargo, sigue siendo prioritaria la investigación y el desarrollo de nuevas estrategias que se adapten de forma más efectiva a las necesidades que presentan los progenitores durante el proceso de acogida en la unidad, en sus dimensiones emocional y organizativa, a fin de implementar nuevos protocolos de recepción y acogida a la familia en el marco de una unidad de cuidados intensivos neonatales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Provenzi L, Santoro E. The lived experience of fathers of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit: A systematic review of qualitative studies. *J Clin Nurs*. 2015;1784–94.
- Baylis R, Ewald U, Gradin M, Nyqvist KH, Rubertsson C, Blomqvist YT. First-time events between parents and preterm infants are affected by the designs and routines of neonatal intensive care units. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2014;103(10):1045–52.
- Piñero J, Pérez J, Vargas F, Candela AB. Estrés y ansiedad parental en la unidad de cuidados intensivos neonatales. *Atención temprana en el ámbito hospitalario*. Madrid: Ediciones Pirámide. 2014;246-249.
- Iriarte A, Carrión M. Experiencias de los padres de grandes prematuros en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: revisión sistemática de la evidencia cualitativa. *Metas Enferm*. 2013;16(2):20–5.

AUTORES/AUTHORS:

Nuria Herranz Rubia, Ana Noreña-Peña, Veróniva Violant Holtz

TÍTULO/TITLE:

Relación enfermera con los padres de un recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica y tratamiento con hipotermia

El nacimiento de un recién nacido (RN) con encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) que precisa tratamiento con hipotermia terapéutica (HT) en cuidados intensivos, es un acontecimiento inesperado y abrumador para los padres. La relación que establece la enfermera con ellos, es determinante para amortiguar este impacto, facilitar su adaptación emocional y empoderarles como padres.

Objetivo

Comprender como construyen y desarrollan las enfermeras neonatales la relación de cuidado con los padres de un (RN con (EHI) y tratamiento con (HT) desde una perspectiva centrada en la familia.

Metodología.

Este estudio cualitativo toma como referencia el interaccionismo simbólico y sigue los procedimientos de la teoría fundamentada. Siguiendo un muestreo intencional inicial y teórico posteriormente, se seleccionaron 14 enfermeras neonatales de edades, experiencia y turnos variados, procedentes de 3 hospitales terciarios de Barcelona con programa de HT. Para obtener los datos, se realizaron entrevistas semiestructuradas de 1 hora aproximada de duración, grabadas en audio, transcritas y acompañadas de notas de campo. Mediante un análisis inductivo, se realizó una codificación abierta y focalizada, axial y selectiva. Durante el proceso, se elaboraron memos analíticos y realizaron diagramas. De los datos emergieron categorías, subcategorías y las relaciones que existen entre ellas, aún provisionales, en espera de lograr la saturación teórica. Esta investigación tiene la aprobación del comité de bioética del Hospital Sant Joan de Deu (Barcelona) y cumple los principios de confidencialidad y consentimiento informado de los participantes.

Resultados.

Del análisis comparativo constante, emergieron las categorías: "Relación de colaboración enfermera- familia", "Fenómeno Complejo" y "Construir un vínculo terapéutico", que explican en qué consiste la relación enfermera-padres de un RN con EHI y tratamiento con HT. Se obtuvieron también las categorías: "Rituales de cuidado", "Esforzarse para", "Hacer que tú bebe sea tu bebé", como acciones y estrategias utilizadas por las enfermeras para desarrollar esta relación. Y las categorías: "algo muy nuestro", "me cuesta mucho" y "enfermera prevenida", para ilustrar el significado que las enfermeras atribuyen a esta relación.

Por otra parte, la codificación desde el punto de vista del proceso ha revelado que la colaboración puede cambiar en función de las condiciones causales, contextuales o intervinientes. Y que la colaboración puede adoptar formas diversas: ausencia de colaboración, transición hacia la colaboración o colaboración plena. Y desarrollarse en diferentes fases: Acercamiento- Contacto- Conexión- Vínculo- Colaboración

A continuación se adjuntan códigos, categorías y subcategorías principales:

CATEGORÍA: FENÓMENO COMPLEJO

Subcategorías: Mal dimensionado

Códigos: Desconocido, Componentes múltiples; Infravalorado; No estudiado

Subcategoría: Invisibilidad

Códigos: Cuidado enfermero invisible; Enseñado informalmente; Sin entidad; No registrado; No medido

Subcategoría; Proceso dinámico;

Códigos: Cambiante; Heterogéneo; Se desarrolla en etapas; Construido lentamente

CATEGORÍA: CONSTRUIR UN VÍNCULO TERAPEUTICO

Subcategorías: Poniendo los pilares

Códigos: Acogida

Acercamiento personalizado

Estar disponible

Reconocer necesidad recíproca bebé-familia

Códigos: Amortiguar el shock

Preparar para el impacto visual

“Enseñar lo justo”

Habilitar expresión de emociones

Confort y bienestar del bebé

Contacto con el bebé

Subcategoría: Alimentar la relación

Códigos: Generar confianza; (Ayuda genuina; Coherencia; “Querer saber”; Honestidad)

Códigos: Invertir en la relación; (Energía; Dedicación; Construir un espacio para el cuidado; Comunicación efectiva)

Subcategoría: Consolidar la relación

Códigos “Dar un rol a los padres” (Protagonismo afectivo; Proteger a su bebé; Enseñarles a cuidar a su bebé

Códigos; “Engancharse al bebé” (Reconocer al bebé; Reconectar con el bebé; Empoderar en el cuidado del bebé; Guiar y acompañar)

Subcategoría: “Estar en conexión”

Códigos: Conexión íntima; Relación terapéutica; Objetivos comunes; Conocimientos compartidos;

Ayuda mutua; Fuerzas complementarias; “Plantar cara a las dificultades”

CATEGORÍA: “RITUALES DE CUIDADO”

Subcategorías Enfocar lo positivo

Códigos: Maximizar imagen del bebé; (Tranquilo, Confortable Elogiar la belleza del bebé; Imagen cuidada)

Códigos: Personalizar los cuidados; (Cuidando los detalles; Priorizar contacto físico con el bebé

Desenfocar lo negativo; Relativizar la tecnología; Minimizar la discapacidad)

CATEGORÍA: “HACER QUE TÚ BEBÉ SEA TU BEBÉ”

Subcategoría: Reconectar

Códigos: Reconstruir vínculo (Conocer progresivamente al bebé; Empoderamiento gradual en su realidad; Padres que se sienten padres)

CATEGORÍA: “ESFORZARSE PARA COLABORAR”

Subcategorías: Espacio especial para colaborar

Códigos: (Generar confianza recíproca; Respeto recíproco; Intimidad; Comunicación terapéutica

Códigos: Ser referente (Mostrar liderazgo; Flexibilidad en los tiempos; Gestionar la información; Continuidad en el cuidado)

CATEGORÍA: “ALGO MUY NUESTRO”

Subcategorías: Identidad enfermera

Códigos: Humanización del cuidado; Rol autónomo; Recompensa; Enriquecedor Individualización; Cuidado holístico;

CATEGORÍA: “ME CUESTA MUCHO”

Subcategorías: Trabajo laborioso

Códigos: Requiere tiempo; (Precisa energía; Requiere continuidad; Necesita dedicación)

Códigos: Tarea difícil (Difícil de desarrollar; Precisa de recursos instrumentales; Necesitas habilidades emocionales)

Subcategoría: Complejidad emocional

Códigos: Miedo: (A dar malas noticias; Al Desenlace (muerte o discapacidad); Dificultad para afrontar; Sufrimiento de los padres; Desborde emocional)

Frustración: (No saber estar "No cumplir tu responsabilidad"; Estar desinformada; No poder dar esperanza)

Códigos: Duelo (Sufrimiento por un fatal desenlace; Saber que va a ir mal; Perdida anticipada)

CATEGORÍA: "ENFERMERA PREVENIDA"

Subcategorías: Mantener la distancia

Códigos: "Disimular con los padres"; Simplificar los cuidados; Esquivar las preguntas;

Esconderte detrás de la tecnología.

Discusión

La relación que establece la enfermera con los padres de estos RN es de naturaleza compleja. En esta relación, la colaboración con la familia emerge como un objetivo profesional autónomo principal. Lo construyen mediante un proceso laborioso y difícil emocionalmente, al que la enfermera destina recursos instrumentales y habilidades relacionales. Como estrategia, destaca la elaboración de "rituales de cuidado" que le permiten enfocar y desenfocar (sobre distintos elementos y situaciones) para solventar las dificultades. La enfermera que colabora edifica un "vínculo terapéutico" con los padres, que permite a ambos "sumar fortalezas" para "cuidar juntos". Este asunto es especialmente relevante teniendo en cuenta el potencial desenlace negativo que amenaza a un recién nacido con EHI y el impacto que esto genera en su familia. Para la enfermera, construir esta colaboración es capital, sin embargo lograrlo es difícil y depende de condiciones causales y contextuales que lo faciliten. El coste de no hacerlo es muy alto para el profesional y también para el bebé y su familia. Dotar a las enfermeras de los recursos necesarios es un objetivo que precisa ser considerado y resuelto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Al Maghaireh, D. A. F., Abdullah, K. L., Chan, C. M., Piaw, C. Y., & Al Kawafha, M. M. (2016). Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of clinical nursing*, 25(19-20), 2745-2756.
- Blumer H. El interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Barcelona: Hora SA
- Charmaz, Kathy (2000). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp.509-535). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fegran, L., & Helseth, S. (2009). The parent–nurse relationship in the neonatal intensive care unit context—closeness and emotional involvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4), 667-673.
- Guideline Development Group of the Clinical Practice Guideline on Perinatal Hypoxic-Ischaemic Encephalopathy in Newborns. *Clinical Practice Guideline on Perinatal Hypoxic-Ischaemic Encephalopathy in Newborns*. Ministry of Health, Social Services and Equality. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS); 2015. *Clinical Practice Guidelines in the Spanish NHS*.
- Hall, S. L., Phillips, R., & Hynan, M. T. (2016). Transforming NICU Care to Provide Comprehensive Family Support. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(2), 69-73.
- Heringhaus, A., Blom, M.D., & Wigert, H. (2013). Becoming a parent to a child with birth asphyxia-From a traumatic delivery to living with the experience at home. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 8, 1–13.
<http://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20539>
- Lemmon, M. E., Donohue, P. K., Parkinson, C., Northington, F. J., & Boss, R. D. (2016). Parent Experience of Neonatal Encephalopathy The Need for Family-Centered Outcomes. *Journal of Child Neurology*, 0883073816680747.
- Nassef, S.K., Blennow, M. & Jirwe, M. (2013). Experiences of parents whose newborns undergo hypothermia treatment following perinatal asphyxia. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*; JOGNN / NAACOG, 42(1), 38–47.
- Staniszewska, S., Brett, J., Redshaw, M., Hamilton, K., Newburn, M., Jones, N., & Taylor, L. (2012). The POPPY Study: Developing a

Model of Family-Centred Care for Neonatal Units. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 9(4), 243-255.

Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: SAGE CA; 1990

AUTORES/AUTHORS:

MARIA GLORIA VILLAREJO RODRIGUEZ, BEATRIZ RODRIGUEZ MARTIN

TÍTULO/TITLE:

CONCEPTUALIZACIONES DE LOS PADRES SOBRE LA FIEBRE EN NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS.

OBJETIVO: conocer las conceptualizaciones de los padres de niños de 0 a 12 años sobre la fiebre diferenciando entre padres sanitarios y no sanitarios.

MÉTODO

Estudio cualitativo basado en la Teoría Fundamentada. Se utilizó un muestreo triangulado combinando el muestreo teórico y en bola de nieve hasta saturar los datos, que incluyó a padres de nacionalidad española con hijos entre 0 y 12 años atendidos por fiebre en el Servicio de Urgencias de los Centros de Salud de Bargas y Buenavista durante el 2017. Se excluyeron a los padres de niños con antecedentes cardiacos y/o respiratorios. Como técnica de recogida de datos se utilizaron grupos focales segmentados por sexo, ámbito de residencia (rural/urbano) y formación de los padres (sanitaria, no sanitaria). El material grabado fue transcrito, anonimizado y aprobado por los participantes. El proceso de análisis se basó en el método de comparación constante y el proceso de codificación, que fue apoyado por el software Atlas.ti7.0. Este estudio fue aprobado por el Comité Ética de Investigación Clínica de referencia.

RESULTADOS

Se realizaron 8 grupos focales, incluyendo 57 participantes. Tres temas principales emergieron tras el análisis de los datos que explicaron las conceptualizaciones de los padres ante la fiebre infantil:

1. Conocimientos/creencias de los padres sobre la fiebre.

Los padres, independientemente de su formación, consideraron que algunos niños eran más “propensos” a tener fiebre que otros, siendo un síntoma común de la infancia.

Entre los factores etiológicos de la fiebre, tanto sanitarios como no sanitarios, relacionaron la aparición de la fiebre con: la asistencia de los niños a guarderías, el crecimiento del niño, el destete, problemas en la garganta o de oído, por catarro y “mocos”, aparición de la dentición, el exceso de calor o como reacción a algunas vacunas. Además, en algunos casos se atribuyó la fiebre al azar y otros padres consideraron que era posible la existencia de fiebre sin foco. La causa más mencionada una infección por virus/bacteria en general.

Según su intensidad, clasificaron la fiebre en: febrícula, “fiebres normales” (<38°C), fiebre alta (<40°C), fiebre muy alta o “fiebre disparada” (>40°C).

Los padres de ambos grupos destacaron como métodos de prevención de la fiebre el papel de la “inmunización”. Además, los padres no sanitarios añadieron la profilaxis con probióticos, una buena alimentación o proteger órganos débiles como la garganta y los oídos como medidas de prevención.

En relación a los signos y síntomas asociados a la fiebre los participantes de ambos grupos destacaron: malestar general, cefalea, artromialgias, llanto, cuerpo caliente, la temperatura distal (manos y pies fríos o calientes), rubor en las mejillas llamado “chapas”, orejas rojas, ojos vidriosos, ojeras, “vello de punta”, “tiritera”, la falta de apetito, vómitos, y cambios en el comportamiento del niño: irritabilidad, somnolencia/decaimiento, “estar tonto”, y buscar cobijo en la madre.

Por otra parte, los padres, tanto sanitarios o no, describieron el fenómeno de la tolerancia a la fiebre en sus hijos y la singularidad del proceso en cada niño, “cada uno es un mundo”.

En relación a la evolución de la fiebre, los participantes de ambos grupos consideraron que la fiebre permanecía entre 2 o 3 días, con oscilaciones durante el día y que finalmente se resolvía espontáneamente al tratarse de un proceso autolimitado.

Por otra parte, aunque la mayoría de los padres, independientemente de su formación, percibieron la fiebre como algo perjudicial

para la salud que incluso podía llevar a su complicación más extrema, la muerte del niño, ciertos padres percibieron la fiebre como un proceso positivo conceptualizándola como una respuesta fisiológica, como parte del desarrollo del niño, como algo beneficiosa al ser una defensa del cuerpo o el aviso de una infección. Otras complicaciones de la fiebre percibidas fueron las convulsiones febriles, el daño cerebral o los problemas mentales. Además, los padres no sanitarios señalaron la consecuente desnaturalización de proteínas debido a temperaturas altas.

2. Sentimientos de los padres ante la fiebre de sus hijos.

Destacaron la preocupación y agobio: por desconocer la causa de la fiebre, ante la evolución del episodio de fiebre (temperaturas muy altas o duración excesiva), la administración de medicamentos (efectos adversos) y la resistencia al tratamiento, dicha preocupación fue mayor ante los primogénitos y se incrementó por la noche. Otro sentimiento manifestado fue el miedo, percibiendo miedo a estar solo en el cuidado del niño, miedo a que el niño sufriera alguna enfermedad grave (meningitis) u otras complicaciones de la fiebre (convulsiones, secuelas graves, muerte). Además los padres reconocieron cierto comportamiento obsesión en la medición de la temperatura del niño. En el caso de padres sanitarios, el agobio estaba relacionado con la responsabilidad extra que se les adjudicaba debido a su profesión y a la percepción de ridículo ante los compañeros si consultaban por fiebre en los servicios de urgencias. En este sentido, algunos padres reconocieron no saber qué hacer llegando a sentirse “malos padres” si su actuación no era correcta.

Finalmente, los padres manifestaron sentimientos de satisfacción y tranquilidad ante la resolución de la fiebre, cuando contaban con apoyo en el cuidado o estaban cerca de un centro sanitario.

3. Necesidad de información de los padres.

En el caso de padres que no pertenecían al sector sanitario observamos una necesidad de información sobre determinados temas como la delimitación de cuándo podían considerar que la era “fiebre alta” o que temperatura era normal o sobre las complicaciones derivadas de la fiebre.

En cuanto a las fuentes de información consultadas en ambos grupos, los padres manifestaron recurrir a profesionales sanitarios, publicaciones científicas (en el caso exclusivo de los padres sanitarios), prospectos, revistas de divulgación e internet. En relación a la búsqueda de información en internet, aunque esta herramienta fue utilizada por la mayoría de los participantes, ciertos padres se mostraron contrarios a su uso mientras que otros manifestaron realizar una selección y cribado de la información online. Por otra parte, los padres no sanitarios consultaron también a farmacéuticos y a otros grupos de iguales (amigos y familiares) destacando el papel de las abuelas como fuentes de “saturación de información”. Finalmente, las aplicaciones para dispositivos móviles o tablets (App) relacionadas con el tema fueron usadas como fuente de información en el caso de los profesionales sanitarios.

DISCUSIÓN

Hasta donde conocemos, este es el único estudio que analiza las conceptualizaciones de los padres sobre la fiebre realizando una comparativa entre padres sanitarios y no sanitarios.

En relación a la conceptualización de la fiebre no observamos diferencias entre los participantes según su formación, especialmente en los padres sanitarios. Entre los padres sin formación en salud si existen diferentes percepciones sobre la prevención de la fiebre. Además, es destacable el sentimiento de la responsabilidad extra percibida por los padres sanitarios frente al cuidado de sus hijos. La mayoría de los participantes percibe la fiebre como algo beneficioso para la salud, considerándola como signo de alarma y defensa del organismo. Estas consideraciones influyen en la aptitud de los padres frente a la fiebre y permiten no solo centrarse en el carácter perjudicial de la fiebre y sus posibles complicaciones (1-6).

En relación a las señales de detección de la fiebre utilizados por los padres, nuestros resultados siguen la línea de los estudios previos incluyendo mejillas rojas, ojos vidriosos o cambios en el comportamiento de los niños (1-5). Además, este estudio aporta la consideración de los padres de que cada niño presenta una cierta singularidad en la sintomatología de la fiebre y la consideración de la tolerancia de los niños a la fiebre.

Coincidimos con estudios previos que apuntan entre las posibles causas de la fiebre las infecciones, la influencia climática, las

creencias populares o el azar (4). Este estudio aporta además otras causas percibidas por los padres como el destete, el proceso de del niño, el hecho de ir a la guardería o la reacción a algunas vacunas.

Siguiendo la línea de otros estudios que indagan en las percepciones de los padres sobre los modos de prevención de la fiebre, los padres destacan la inmunización como aspecto importante (7). Además, nuestros resultados aportan la consideración de los padres no sanitarios de que la profilaxis con probióticos, una alimentación buena y abrigar en lo que ellos consideran puntos débiles (oídos y garganta) son medidas de prevención de la fiebre.

Ciertos estudios han apuntado el carácter autolimitado de la fiebre (1), los padres identifican dicha característica en la evolución de la fiebre, percibiendo una cierta variabilidad de la fiebre durante el día.

Los resultados aportados en este estudio sobre los sentimientos de los padres frente a la fiebre en sus hijos son consistentes con otros estudios cualitativos que apuntan que la ansiedad de los padres aumenta cuanto mayor es la temperatura de los niños, cuando existe la posibilidad de padecer enfermedades graves o potencialmente mortales y ante las complicaciones de la fiebre (convulsiones febriles). Mientras que la ansiedad disminuye según aumenta la edad del niño. Como novedad este estudio aporta el sentimiento de agobio percibido por los padres de profesión sanitaria por la percepción de que, debido a su formación, tienen responsabilidad extra sobre el cuidado de sus hijos. Además, el hecho de que los profesionales sanitarios no quieran preguntar a sus colegas por vergüenza o por la consideración social de que deberían saber tratar a sus hijos es otro aspecto importante a resaltar.

Este estudio aporta nuevos sentimientos recogidos entre los padres: un sentimiento de bloqueo que les hace sentirse culpable, considerarse "malos padres" o la obsesión por tomar la temperatura del niño. Así mismo, observamos que los padres no sólo refieren sentimientos negativos ante la fiebre, sino que en el caso de padres no sanitarios se observan sentimientos positivos de alivio y tranquilidad ante la resolución de la fiebre, ante la cercanía con un centro sanitario y en aquellos casos en los que cuentan con apoyo para el cuidado del niño con fiebre.

En relación a las fuentes de información sobre la fiebre, se observa en los participantes la tendencia, ya apuntada en otros estudios, de búsqueda de información en internet y redes sociales, por ejemplo, WhatsApp entre grupos de iguales (familiares, amigos), como fuente alternativa a consultar al personal sanitario. A pesar de la relevancia de estas fuentes entre la población, no siempre tienen la mayor evidencia científica, así observamos en los discursos de los participantes un cierto carácter crítico ante la información online, su calidad, validez y consistencia (8).

Son necesarios más investigaciones que analicen la calidad de la información obtenida online por los pacientes para poder así orientar la educación sanitaria o y conocer en qué aspectos hay que hacer hincapié en la formación de los pacientes.

Los resultados de este estudio son de utilidad para que los profesionales sanitarios puedan comprender las conductas de los padres que acuden a consulta con pacientes pediátricos con fiebre, empatizando con ellos y no banalizando su preocupación o miedo. Ayudando además a disminuir el sentimiento de ridículo percibido por los padres sanitarios al realizar consultas con otros compañeros. Además, este estudio proporciona información clave para el desarrollo de programas educativos sobre la fiebre encaminados a calmar la ansiedad surgida entre los padres y aportar conocimientos básicos sobre las causas, los síntomas y las posibles complicaciones de la fiebre.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. de Bont EG, Peetoom KK, Moser A, Francis NA, Dinant GJ, Cals JW. Childhood fever: a qualitative study on GPs' experiences during out-of- hours care. *Fam Pract.* 2015;32(4):701-2
2. Kai J. What worries parents when their preschool children are acutely ill, and why: a qualitative study. *BMJ.* 1996;313(7063): 983-986.
3. Lagerløv P, Helseth S, Holager T. Childhood illnesses and the use of paracetamol (acetaminophen): a qualitative study of parents' management of common childhood illnesses. *BMC Fam Pract.* 2003; 20(6):717-723.
4. Langer T, Pfeifer M, Soenmez A, Kalitzkus V, Wilm S, Schnepf W. Activation of the maternal caregiving system by childhood

- fever—a qualitative study of the experiences made by mothers with a German or a Turkish background in the care of their children. *BMC Fam Pract.* 2013;14(1):35.
5. Walsh A, Edwards H, Fraser J. Influences on parents' fever management: beliefs, experiences and information sources. *J CLIN NURS.* 2007;16:2331-2340.
6. Westin E, Levander MS. Parent's Experiences of Their Children Suffering Febrile Seizures. *J. pediatr nurs.* [Internet]. 2018 [citado 30 oct 2017]; 38: 68-73. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596317303408>
7. Ravanipour M, Akaberian S, Hatami G. Mothers' perceptions of fever in children. *J Educ Health Promot.* 2014;97(4):2331-40
8. Sahm LJ, Kelly M, McCarthy S, O'sullivan R, Shiely F, Rømsing J. Knowledge, attitudes and beliefs of parents regarding fever in children: a Danish interview study. *Acta Paediatr.* 2016;105(1): 69-73
9. Impicciatore P, Pandolfini C, Casella N, Bonati M. Reliability of health information for the public on the World Wide Web: systematic survey of advice on managing fever in children at home. *Bmj* [Internet]. 1997 [citado 26 oct 2017];314(7098):1875. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2126984/>

AUTORES/AUTHORS:

Marcelino Pérez-Bermejo, María Luisa Alcalá-Dávalos, Juan Pedro López-Galán, María Teresa Murillo-Llorente

TÍTULO/TITLE:

Factores de riesgo de obesidad infantil y juvenil en la Comunidad Valenciana. Estudio SONEV.

Introducción: El sobrepeso y la obesidad infantil se han convertido en una epidemia a nivel mundial causante de gran preocupación en los últimos tiempos. La obesidad infantil es una patología crónica y multifactorial caracterizada por un exceso de peso debido a un incremento del tejido adiposo, donde una correcta intervención a tiempo puede reducir problemas como el síndrome metabólico, cardiopatías, problemas afectivos en la vida del niño. Es importante determinar los factores de riesgo del sobrepeso y obesidad infantil. La importancia de esta enfermedad metabólica radica en su alta prevalencia y la comorbilidad asociada que presenta a corto y largo plazo. Determinados hábitos dietéticos y la falta de actividad física son considerados como los factores más determinantes en la génesis de la obesidad.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes así como determinar la influencia de los hábitos dietéticos y de la práctica deportiva en el desarrollo de sobrepeso y obesidad infantil.

Metodología: Estudio observacional, analítico, descriptivo y de corte transversal. Los criterios de inclusión fueron: niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 6 y 18 años residentes en la Comunidad Valenciana que presentaron el consentimiento informado firmado y la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos cumplimentada. El periodo de estudio fue de mayo a noviembre de 2017. Se recogieron variables sociodemográficas, antropométricas y de frecuencia de consumo de alimentos mediante cuestionario validado (Food Propensity Questionnaire) con Adendas en la que se incluyen otros parámetros como el peso al nacer, la suplementación con yodo de la madre durante el primer trimestre de gestación y tipo de lactancia y duración. El material utilizado para la medición de la altura (cm) y peso (kg) se empleó una báscula mecánica con tallímetro incorporado, marca SECA 711 Clase III, de 220 kg de capacidad (0,1 kg de precisión) para el peso y de rango 750-2000 mm de precisión milimétrica para la talla. Estas determinaciones se realizaron con la persona en posición erecta, pies juntos, descalza, con ropa ligera y de espaldas al tallímetro, manteniendo la cabeza en el plano correcto (de Franckfort) para la medición siguiendo las recomendaciones de Norton y colaboradores. Para la obtención del perímetro abdominal se utilizó una cinta métrica anatómica con medidor de Índice de Masa Corporal de precisión milimétrica. La medición del contorno se realizó con el sujeto de pie, en posición erecta, con el abdomen relajado, una respiración normal y con los pies juntos siguiendo el procedimiento de Guzman Padilla y colaboradores.

Los datos obtenidos fueron procesados en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2013 y posteriormente, se exportaron al programa estadístico SPSS, v. 23. Las bases de datos empleadas para la búsqueda y lectura de artículos fueron, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Pubmed, Cuiden y Google Académico. La selección de artículos web se realizó teniendo en cuenta la antigüedad de los documentos (hasta 10 años) y la disponibilidad de artículos científicos en texto completo. En cuanto al idioma, se han seleccionado referencias bibliográficas en español e inglés.

Se obtuvo información de páginas Web oficiales (OMS), estudios realizados como: AVENA, THAO, Estrategia NAOS, ALADINO 2013 y 2015 y Planes y Encuestas Nacionales de Salud.

Resultados: Participaron 208 sujetos, 57,7% mujeres. Edad media 12,3 años (DT=1,45) máximo 15 y mínimo 8. Según el patrón de referencia de la OMS, con las puntuaciones z se obtuvo que el 44,6% presentó normopeso; el 43,6% sobrepeso; el 6,3% obesidad; el 1,9% obesidad mórbida y el 0,5% infrapeso, no encontrando diferencias por sexo ($p=0,074$). Encontramos mayor obesidad con respecto al consumo de bollería industrial, patatas fritas, frutos secos, pescado azul, pescado ahumado, salchichas y embutidos ahumados, leche de fórmula, queso, batidos industriales, salsas industriales, refrescos azucarados y chuches ($p<0,05$) y menor con respecto al consumo de fruta fresca o frutos naturales, legumbres, carne fresca y pollo/pavo ($p>0,05$). Encontramos una asociación

positiva entre la prevalencia de obesidad y el nivel de estudios de la madre ($p=0,014$) y si es la madre quien cocina ($p= 0,001$). No encontramos ninguna asociación entre los niveles de obesidad, las actividades de ocio/deportivas o el tipo de lactancia ($p>0,05$).

Discusión

Observamos incrementos del 66,46% en la prevalencia de sobrepeso y del 15,2% en la de obesidad en los últimos 25 años. Los resultados obtenidos sobre consumo de alimentos están en la línea de los artículos consultados. Parece que el incremento de titulación de la madre coincide con mejor situación laboral fuera de casa lo que implica más comida fuera de casa. Con respecto a los estilos de vida, no pudimos concluir estadísticamente la relación entre horas de sueño, actividades de ocio y deporte y un menor riesgo de padecer sobrepeso u obesidad. La principal limitación del estudio fue no haber realizado la medición de pliegues cutáneos. También encontramos problemas de sesgo de memoria a la hora de preguntar en los cuestionarios sobre la frecuencia de consumo. Implicaciones para la práctica: Es fundamental conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad de la población infantil. Así podremos llevar a cabo programas de salud concretos para mejorar la asistencia sanitaria a la población infantil en riesgo de padecer obesidad infantil o que ya la presenten. Es importante la detección de casos en edad escolar para llevar a cabo proyectos de Educación para la Salud.

Este estudio forme parte del proyecto I+D+i emergente GV/2017/159

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 OMS WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr.* 2006; Suppl 450:76–85.
- 2 Duelo M, Escribano E, Muñoz F. Obesidad. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009; 11 (Supl 16): 239-254.
- 3 Serra L, Ribas L, Aranceta J, Pérez C, Saavedra P, Peña L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-200). *Med Clin (Barc).* 2003; 129(19): 725-728.
- 4 Estrada-Velasco B, Cruz M, García-Mena J, Valladares A, Peralta J, Guna M et al. La obesidad infantil como consecuencia de la interacción entre firmicutes y el consumo de alimentos con alto contenido energético. *Nutr Hosp.* 2015; 31(3): 1074-1080.
- 5 Medina K, Fernández X, Ureña R, Reyes J. Factores del entorno de familias con escolares de dos escuelas con diferentes prevalencia de obesidad infantil en el cantón de La Unión. *PSM.* 2015; 15(1): 1-12.
- 6 Sánchez-Martínez F, Torres P, Serra G, Valmayor S, Castell C, Ariza C. Factores asociados al sobrepeso y la obesidad en escolares de 8 a 9 años de Barcelona. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2016; 90(2): 2-9.
- 7 Martín A, Cervero M, González A, Molinero A, Carmen M^a, Partearroyo T. Equidad y desigualdad nutricional en dos centros escolares de la ciudad de Madrid (España). *Nutr. Hosp.* 2014; 29(1): 128-134.
- 8 Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course. A quantitative review of published evidence. *Pediatrics.* 2005;115: 820-835.
- 9 Grummer-Strawn LM, Mei Z. Does breastfeeding protect against pediatric overweight? Analysis of longitudinal data from the centers for disease control and prevention pediatric nutrition surveillance system. *Pediatrics.* 2004; 113: 10-25.
- 10 Baird J, Fisher D, Lucas P, Kleijnen J, Roberts H, Law C. Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. *BMJ.* 2005;331: 900-929.
- 11 Lumeng JC, Somashekar D, Appugliese D, Kaciroti N, Corwyn RF, Bradley RH. Shorter sleep duration is associated with increased risk for being overweight at 9 to 12 years. *JCSM.* 2007; 7(2): 153-156.
- 12 Edo Á, Montaner I, Bosch A, Casademont M.R, Fábrega M.T, Fernández Á, Gamero A, et al. Estilos de vida, hábitos dietéticos y prevalencia del sobrepeso y la obesidad en una población infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2010; 12(45): 53-62.

Mesa de Comunicaciones 3: Salud, Género y Sexualidad

Concurrent Session 3: Health, Gender and Sexuality

AUTORES/AUTHORS:

Raúl San Román de la Puente, Verónica Velasco González

TÍTULO/TITLE:

Barreras en la Asistencia Sanitaria a Pacientes Transgénero: Papel de Enfermería.

1. OBJETIVOS

- Identificar las barreras en la asistencia sanitaria a pacientes transgénero percibidas por estudiantes de tercer y cuarto curso del Grado en Enfermería y profesores asociados de prácticas clínicas de los Prácticum I, II, y III de la Universidad de Valladolid.
- Estudiar la opinión de los alumnos de tercer y cuarto curso del Grado en Enfermería y profesores asociados de prácticas clínicas de los Prácticum I, II y III de la Universidad de Valladolid, en cuanto al papel de Enfermería en la asistencia sanitaria de pacientes transgénero.
- Analizar la importancia, percibida por alumnos de tercer y cuarto curso del Grado en Enfermería y profesores asociados de prácticas clínicas de los Prácticum I, II y III de la Universidad de Valladolid, de la formación en la prestación de cuidados a pacientes transgénero.
- Proponer, al menos, dos medidas que faciliten o mejoren la atención sanitaria a pacientes transgénero.

2. MÉTODOS

Diseño

El estudio llevado a cabo se trata de un estudio mixto. Se obtuvieron variables cualitativas a través de preguntas abiertas en los cuestionarios. Por otro lado, las variables cuantitativas se formaron con datos cuantitativos (edades) y datos cualitativos (categorías de: sexo, rangos de edad y experiencia profesional, y variables dicotómicas de preguntas cerradas de cuestionarios). El estudio sigue el paradigma naturalista, explicando el fenómeno desde el constructo subjetivo de la población tomada como muestra. Se plantea una recogida de datos basada en experiencias y opiniones para explicar la situación de una manera observacional y descriptiva.

Población

La muestra a estudio ha sido: estudiantes matriculados en tercer (110) y cuarto curso (101) del Grado en Enfermería de la Universidad de Valladolid, y los profesores asociados de prácticas clínicas de los Prácticum I, II y III (73). La participación global, incluyendo ambos grupos, fue de un 30,9% (n=88).

En el grupo de estudiantes se obtuvo una participación del 23,7% (n=50). El 74% fueron mujeres (n=37) y un 26% hombres; cuyo rango de edad fue de 20-27 años; edad media 22 años \pm 1,2 desviación estándar (DE).

En cuanto al grupo de asociados a prácticas clínicas la respuesta fue de un 52% (n=38). Siendo un 92,1% mujeres (n=35) y un 7,9% hombres. El rango de edad fue de 25-65 años y la edad media 44,5 años, \pm 9,6 DE. La mayor parte del grupo, (55,3%) presentaban experiencia profesional de entre 16-30 años.

Criterios de inclusión

-Estudiantes matriculados en tercero o cuarto curso del Grado en Enfermería en la Universidad de Valladolid.

-Profesores asociados de las prácticas clínicas del Prácticum I, II y III del Grado en Enfermería de la Universidad de Valladolid.

Criterios de exclusión

-Estudiantes del Grado en Enfermería de la Universidad de Valladolid que cursen primero o segundo curso.

-Estudiantes del Grado en Enfermería que cursen sus estudios en una provincia que no sea Valladolid.

-Profesores asociados de las prácticas clínicas que trabajen en una provincia que no es Valladolid.

Procedimiento

Para la realización de este estudio -desde noviembre 2017 hasta mayo 2018-, se ha llevado a cabo una recogida de datos -entre los meses de abril y mayo de 2018- a través de dos cuestionarios similares, autoadministrados, de elaboración propia, formados por una batería de preguntas de respuestas dicotómicas si/no y preguntas cualitativas de respuesta corta. Dichos cuestionarios se pilotaron en primera instancia con una muestra de 10 sujetos para validarlos. Posteriormente, se difundieron a través del Campus Virtual de la Universidad de Valladolid durante tres semanas para los estudiantes de tercero y cuarto; y a través del correo electrónico para los profesores asociados de las prácticas clínicas.

Análisis estadístico

Para las variables cualitativas se realizaron mapas conceptuales con los patrones comunes en la muestra. Así mismo, las variables cuantitativas se analizaron -mediante los programas estadísticos SPSS y Excel- de la siguiente manera: con los datos cuantitativos (edad) se calcularon medias y desviaciones estándar; de los datos cualitativos se extrajeron frecuencias y porcentajes (sexo, rangos de edad, años de experiencia, preguntas cerradas de respuesta dicotómica). También se calculó la Chi-cuadrado de Pearson para el contraste de hipótesis entre datos cualitativos.

Consideraciones ético-legales

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid.

3. RESULTADOS

La recogida de datos finalizó una vez alcanzada la saturación. En las preguntas de respuesta corta, cada participante tuvo la libertad de responder lo que estimara correspondiente, por lo que hay varias respuestas pertenecientes a un mismo individuo. Una vez se obtuvieron los datos, se realizó una comparación de resultados entre ambos grupos, sin observarse diferencias significativas entre ellos.

En la muestra estudiada se observó un alto conocimiento del concepto transgénero (98,9%), de los cuales un 90,9% opinó que este colectivo está discriminado. Esto parece estar relacionado, principalmente: con la cisnormatividad, la falta de información, la poca

visibilidad del colectivo y la falta de derechos bien definidos.

En cuanto al ámbito asistencial, el 96,6% estima importante el papel de Enfermería; tan solo tres personas opinaron que no. La importancia que estos le dieron se basa en la prestación de cuidados al paciente, la función educativa tanto en la sociedad como en el ámbito asistencial, y la capacidad de apoyo de la figura de Enfermería -gracias a la empatía, el ambiente de confianza y la cercanía de los cuidados-. Sin embargo, un 76,1% de la muestra respondieron que aun así existen barreras en la asistencia sanitaria.

El 94,3% opinó que la formación profesional es importante en la atención sanitaria. No obstante, tan solo un 16% de los estudiantes y un 5,3% de los asociados creyeron suficiente la formación recibida, tanto a nivel universitario como en formación continuada. En las charlas sobre personas transgénero que se dieron en la Facultad de Medicina durante el curso 2015/2016, un 40,9% estuvieron presentes -aquí sí se observa una diferencia entre alumnos y asociados, ya que sólo uno de los asociados acudió a las charlas, frente al 70% de asistencia de los alumnos-, de los cuales el 97,2% opina que les resultaron instructivas. Casi la totalidad de la muestra (96,6%) estimaron necesarias este tipo de intervenciones como parte de la formación en este campo.

Por último, un 61,4% se cree capaz de prestar una correcta atención sanitaria. Esto parece deberse a que, al ser un paciente más, el trato respetuoso y los conocimientos generales de Enfermería deberían bastar para prestar una atención sanitaria correcta. Del mismo modo, hubo participantes que sí serían capaces gracias a la formación autodidacta, la asistencia a sesiones sobre el tema, y haber tenido ya un contacto directo con un paciente transgénero. En contraposición, el 38,6% opina que no serían capaces, debido a la falta tanto de formación como de experiencia.

4. DISCUSIÓN

El colectivo LGTBI, y más concretamente el sector transgénero, es objeto de discriminación social, tal y como opinan el 90,9% (n=80) de los participantes de este estudio. En otras revisiones sistemáticas se ha encontrado datos de discriminación (agresión verbal y violencia): McCann E and Brown M(1) entre un 40 y 70% de los estudios analizados y Bockting W.O. et al(2) un 70,4% de su muestra (n=1093).

En cuanto al papel que desempeña la Enfermería, los participantes lo tomaron como un pilar fundamental en la atención sanitaria -tal y como se ha visto en la bibliografía(1)-. La figura de la enfermera empática, comunicativa, respetuosa y creadora de un ambiente de seguridad sirve de apoyo a estos pacientes. Además, se responsabiliza a la Enfermería de prestar una educación para la salud, lo cual se relaciona positivamente con la aceptación social y la visibilización trans, tal y como desarrolla Fowler M. en su publicación(3).

La formación sobre este tema es el factor común que se ha obtenido en el estudio. Tanto los alumnos (84%) como los profesores asociados (94,7%) ven una falta de formación en la profesión de Enfermería, al igual que otros autores (Ashmore RPhD et al(4), Stewart K and O'Reilly P(5)). Como se ha comentado anteriormente, existe una clara falta de estudios relacionados con el tema: en una revisión llevada a cabo entre 2005 y 2009, solo el 0,16% de los artículos publicados en el top 10 de revistas científicas de Enfermería en todo el mundo hablaban de la salud LGTBI(6). Vemos entonces una desinformación general en la profesión que afecta a la capacidad de prestación de cuidados: mientras que en otros estudios se obtuvieron cifras del 21% de enfermeras(7), en este estudio se ha obtenido un 37,6% (n=33) de participantes que no se ven capaces debido a la falta de formación.

Por lo tanto, y coincidiendo con el estudio de Taylor A.K. et al(8) en el que un 69% de su muestra (n=241) mejoró tras una intervención en estudiantes, la formación mejora la asistencia sanitaria según opina el 71,6% de la muestra de este estudio. Además, la American Nurses Association dijo en 2015 que aumentar la formación universitaria para preparar mejor a los estudiantes de cara a la atención LGTBI está en relación con el cumplimiento del código ético de la práctica de Enfermería(6).

Otras de las medidas propuestas por estudiantes y profesores asociados fueron las de desarrollar un protocolo y una consulta de Enfermería para el seguimiento de estos pacientes -de la cual no se han encontrado referencias actualmente en España-. Fernández B. A. et al(9) propuso tras su estudio en 2007 la integración en la Cartera de Servicios del Sistema Sanitario la atención al paciente transgénero. Esto ya se propuso anteriormente en la Resolución del Parlamento Europeo de 12 de septiembre de 1989(10) y en el Consejo Interterritorial de Sanidad de 2008(11), con la creación de las Unidades Interdisciplinares de Identidad de Género, las cuales se ha aplicado en distintas Comunidades Autónomas (CCAA) de España como Andalucía, Cataluña y País Vasco, entre otras. Sin embargo, en Castilla y León carecemos de dicha unidad. Por otro lado, comparando los protocolos asistenciales, País Vasco y Andalucía cuentan con extensas guías para la atención multidisciplinar del paciente transgénero, y otras CCAA toman como referencia los estándares de cuidados de la World Professional Association Transgender Health (WPATH). Mientras, Castilla y León no cuenta con un protocolo oficial.

Implicaciones a la práctica clínica

Debido al aumento de la prevalencia de la Disforia de género en los últimos años, es necesario aumentar los esfuerzos para mejorar la asistencia sanitaria. Tal y como se ha detectado, hay una falta de formación en el personal de Enfermería que podría resultar favorable solventar a favor de la mejora de prestación de cuidados. Además, se han visto barreras en la asistencia sanitaria de Castilla y León que en otras comunidades autónomas no se ven. Esto podría ser algo positivo a la hora de plantearse el desarrollo de un protocolo e, incluso, de la instalación de Unidades Interdisciplinares de Identidad de Género.

Por otro lado, sería interesante completar el estudio con el punto de vista de los propios pacientes, ya que son los receptores de la asistencia sanitaria. Además, analizar la efectividad en la prestación de cuidados de Enfermería al incluir formación sobre el tema a estudiantes y profesionales sería un paso importante hacia el desarrollo de la ciencia de los cuidados. Del mismo modo, promover programas de salud en la sociedad en cuanto a identidad de género y salud sexual podría resultar un avance social en cuanto a la radicación de la discriminación a las personas no cis-heteronormativas.

Conflicto de intereses

Los autores del trabajo no tuvieron ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- McCann E, Brown M. Discrimination and resilience and the needs of people who identify as transgender: A narrative review of quantitative research studies. *Journal of Clinical Nurse*. 2017; 00: 1-14.
- 2- Bockting et al. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*. 2013; 5: 943-951.
- 3- Fowler M. 'Unladylike commotion': early feminism and nursing's role in gender/trans dialogue. *Nursing Inquiry*. 2017;24: e12179, doi:10.1111/nin.12179

- 4- Ashmore RPhD et al. "Driving to the edge of the cliff": transgender mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017; 24: 261-262.
- 5- Stewart K, O,Reilly P. Exploring the attitudes, knowledge and beliefs of nurses and midwives of the healthcare needs of the LGBTQ population: An integrative review. *Nurse Education Today*. 2017; 53: 67-77.
- 6- CT Yingling et al. Building nurses, capacity to address health inequities: incorporating lesbian, gay, bisexual and transgender health content in a family nurse practitioner programme. *Journal of Clinical Nursing*. 2016; 26: 2807-2817.
- 7- Somerville, C. *Unhealthy attitudes: the treatment of LGBT people within health and social care services*. Stonewall, London. 2015.
- 8- Taylor AK, Condry H, Cahill D. Implementation of teaching on LGBT health care. *The clinical teacher*. 2017; 14: 1-4.
- 9- Fernández B. A. et al. Tratamiento hormonal de reasignación de sexo en España: nuestra experiencia en 236 casos. *Rev Int Androl*. 2007; 5 (3): 212-217
- 10- Resolución del Parlamento Europeo de 12 de septiembre de 1989, sobre la discriminación de los transexuales.
- 11- Consejo Interterritorial de Sanidad. Memoria 2008.

Mesa de Comunicaciones 4: Cuidados a Pacientes Críticos

Concurrent Session 4: Critical Care

AUTORES/AUTHORS:

Beatriz Fernández Mestre, Elda Baigorri Ruíz, María del Carmen Urbano Lobo, Lucía Costas Sanz, María de los Ángeles Rodríguez Martínez, José Ángel González Sánchez, Francisco García García, Ismael Ortuño Soriano, Daniel Muñoz Jiménez

TÍTULO/TITLE:

VALIDACIÓN DE DATOS PRIMARIOS PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

INTRODUCCIÓN

Una de las herramientas que más se ha popularizado en lo referente a la evaluación de los resultados de la atención sanitaria, seguridad del paciente y calidad asistencial es la evaluación mediante indicadores. Desde hace décadas, el uso de indicadores de estructura, proceso y resultado proporcionan información que ha permitido a los gestores sanitarios monitorizar el rendimiento, la eficacia y eficiencia de las instituciones sanitarias de cara a la toma de decisiones. En la actualidad, el interés por conocer los resultados de indicadores en salud no se limita únicamente al ámbito de la gestión. Los profesionales sanitarios valoran positivamente disponer de información objetiva y veraz sobre el resultado de su práctica profesional, convirtiéndose en un elemento motivador para la evaluación y mejora continua de la asistencia, la investigación y la innovación. Los ciudadanos y usuarios de los sistemas sanitarios que disponen de información relativa a los resultados de salud pueden ejercer con mayor autonomía decisiones que conciernen a su bienestar y al uso de recursos específicos (1).

Diversos autores manifiestan que los indicadores no son un fin en sí mismos, es decir que no dan una respuesta definitiva sino que proporcionan información que permite plantear nuevas preguntas (2). La literatura científica recoge multitud de indicadores para la evaluación de procesos y resultados de salud en diferentes contextos, pero no todos los indicadores son igualmente útiles y adecuados. Una revisión exploratoria de literatura publicada recientemente identifica una serie de criterios a considerar de cara a la correcta identificación de indicadores de resultados en salud, como son la importancia del aspecto evaluado, validez científica, fiabilidad de la información, significado de los resultados útiles y aplicables, amplio alcance y comparabilidad (3).

No obstante y a pesar de estos aspectos, a priori no existe el indicador perfecto ya que la verdadera relevancia de un indicador radica en la posibilidad que generan sus resultados de modificar la práctica clínica, a fin de mejorar la salud y seguridad del paciente. Si bien es cierto que en la actualidad el uso de indicadores es imprescindible para la evaluación en las instituciones sanitarias, también es cierto que existen limitaciones como son: el uso de indicadores no relevantes, su naturaleza cuantitativa o los enfoques negativos de los resultados cuando éstos se relacionan estrictamente a aspectos económicos o a la evaluación del desempeño profesional. Sin embargo, la visibilización de los resultados en salud derivados de las buenas prácticas puede tener un gran poder transformador en la cultura de los profesionales (4).

Aunque los indicadores generales de salud han tenido un amplio desarrollo, los indicadores que permiten medir específicamente el resultado de cuidados enfermeros es notablemente inferior. Existen diversas guías y cuadros de indicadores estándares desarrollados por instituciones y agencias de calidad (5) sin embargo las revisiones de literatura publicadas hasta la fecha manifiestan una baja sensibilidad de estos indicadores, debido a la gran variabilidad en las definiciones empleadas, así como en los mecanismos de recolección y análisis (6).

La iniciativa Best Practice Spotlight Organization (BPSO) de Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) para la implantación de Guías de Práctica basada en Evidencia que se inicia en España en el año 2012, cuenta con diccionarios de indicadores desarrollados para evaluar cómo la implantación de las recomendaciones incluidas en las Guías de Buenas Prácticas mejoran los resultados en la salud de la población a la que se aplican cuidados basados en evidencia (7). El desarrollo y expansión de estas guías en diferentes instituciones y contextos, requiere identificar los datos esenciales o primarios de cada indicador, así como los soportes y sistemas de obtención y análisis para llevar a cabo una evaluación eficaz y sostenible. Asimismo, resulta conveniente validar su obtención y resultados antes de ser integrados en los cuadros de mando y sistemas de gestión de la calidad.

OBJETIVOS

Validar clínicamente una propuesta de datos primarios asociados a la Valoración del Dolor que constituyan una base para la

construcción de indicadores evaluables en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Secundariamente describir la detección y valoración del dolor mediante escalas validadas así como la intensidad del mismo al inicio de los cuidados y previo al alta.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal de parámetros del dolor sobre la población de pacientes de una unidad de cuidados intensivos neonatales. Fueron incluidos todos los sujetos nacidos entre enero y diciembre de 2017, ingresados en UCI neonatal y unidad de cuidados medios. Las variables recogidas como datos primarios para la construcción de los indicadores fueron determinadas por consenso de un grupo de profesionales de la Unidad, a partir del cual se desarrolló una base de datos "ad hoc" para la recogida de información desde la Historia Clínica. Las principales variables evaluadas fueron edad, sexo, área, edad gestacional, fecha de ingreso y alta, escala de valoración, detección e intensidades máximas y mínimas tanto al ingreso como al alta, procedimiento y manejo asociados a la valoración. Las escalas validadas empleadas para la valoración de la presencia e intensidad del dolor fueron la escala PIPP (Premature Infant Pain Profile)(8) de forma general y la escala CRIES (C-Crying; R-Requires increased oxygen administration; I-Increased vital signs; E-Expression; S-Sleeplessness)(9) en paciente quirúrgico. Para la descripción de las variables cuantitativas se empleó media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RI). Para las variables categóricas las frecuencias absolutas y relativas. El análisis se realizó mediante SPSS v.21.

RESULTADOS

La muestra total de pacientes fue de 114, con una distribución por sexos del 53,5% masculino y 46,5% femenino. Los ingresados en intensivos fueron un 58,8% frente al 41,2% que fue ingresado en cuidados medios. La edad gestacional fue de 33,8 semanas (DE=4,9) en cuidados intensivos con un mínimo y máximo de 24 y 41 semanas respectivamente. La edad gestacional media fue de 36,4 semanas en cuidados medios (DE=3,8) con mínimos-máximos de 26-42 semanas. La detección de dolor al inicio de los cuidados (primeras 24 horas de estancia en la unidad) se registró en el 88,6% (101) de los casos, empleando en todos ellos la escala PIPP para su valoración. El dolor detectado y su intensidad según la escala PIPP (n=101) fueron de 91,08% no dolor o dolor leve (PIPP=0-6) y 8,9% dolor moderado (PIPP 7-12) según la interpretación de la escala. En la valoración inicial solamente se registró ausencia de dolor en el 13,8% de los sujetos (PIPP=0). La diferencia de las medianas en la intensidad del dolor al inicio de los cuidados fue de 4 (RI=2-5) en intensivos y 2,5 (RI=1-4) en medios. Los procedimientos asociados más frecuentemente a la detección y valoración inicial del dolor fueron el cambio de pañal (48,2%), cambio postural (42,1%), analítica (33,3%), punción de talón (28,9%), vía periférica (20,2%), radiografía (17,5%), canalización de vía central (14,9%), canalización de medline (7%), aspiraciones (5,3%), intubación (4,4%), punción lumbar (2,6%), curas (1,8%). Las técnicas para el manejo del dolor empleadas en la valoración inicial fueron contención (63,2%), sacarosa/leche materna (46,5%), la succión no nutritiva (44,7%), método canguro (4,4%) y farmacológica (3,5%). El 79,8% de las detecciones y valoraciones registradas al inicio de los cuidados se realizaron de forma simultánea a uno o más procedimientos y el 73,3% acompañada de una o más técnicas para el manejo del dolor. Se halló al menos una detección del dolor registrada previa al alta (últimas 24 horas de ingreso) en el 94,7% (108) de los casos, de los que solamente 4 emplearon la escala CRIES. La mediana de dolor según PIPP tanto para intensivos como para medios fue de 0 (RI=0-1) y el máximo registrado fue de 6 y 3 respectivamente. Se registró en un 52,9% (55) de casos PIPP=0 más un 50% (2) casos CRIES=0 al alta, es decir que según los datos recogidos, la presencia global de dolor al alta fue de 52,7% frente al 86,2% en el inicio de los cuidados.

DISCUSIÓN

Los datos descritos resultaron útiles para validar los datos primarios empleados en la construcción de indicadores de dolor en la unidad de estudio. La detección y valoración del dolor mediante escalas validadas, tanto al inicio de los cuidados como previas al alta, proporcionaron información relevante y de interés para medir indicadores asociados a las recomendaciones para la valoración y manejo del dolor en el paciente neonatal. No obstante es importante considerar que la aplicación de escalas validadas como PIPP y CRIES no permiten discriminar con suficiente precisión aspectos como la ausencia total de dolor, puesto que las propias interpretaciones de estas escalas no lo contemplan, dado que la evaluación del dolor en el paciente neonatal es per se muy compleja. Por este motivo es recomendable emplear valores no categóricos en la evaluación del dolor neonatal.

Asimismo, se observa la importancia de asociar el análisis de la detección y valoración del dolor a técnicas y manipulaciones específicas de cuidados enfermeros y no tanto a indicadores basados en días de estancia o intervalos de la misma. Por tanto, puede resultar de interés reformular los indicadores de detección no asociándolos a las primeras o últimas 24 horas sino a las manipulaciones realizadas, especialmente a la primera tras el ingreso y a la última previa al alta, como criterio mucho más preciso en el contexto de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

La incidencia de detección del dolor y su valoración mediante escalas validadas fue elevada, hecho destacable, considerando la gran variabilidad en su uso, descrita en estudios multicéntricos previos, como el publicado por el grupo español del Proyecto Europain en 2016, en el que se describe la ausencia de valoración del dolor mediante escalas validadas hasta en un 66,7% de casos en 30 Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales españolas (10).

El presente estudio ha permitido conocer la validez de los datos preestablecidos y con ello facilitar la selección de aquellos que podrían ser verdaderamente útiles para el desarrollo de indicadores precisos y fiables. Los resultados obtenidos permiten formular nuevas preguntas sobre el correcto cumplimiento de la detección, valoración y registro del dolor, así como sobre los procedimientos que enfermería lleva a cabo para su manejo y control en los cuidados prestados en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Healthcare*, 2003; 15: 523-530.
2. Association of Public Health Observatories. The good indicators guide: understanding how to use and choose indicators [Internet]. 2008 [consultado 12 Feb 2018]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prodconsumdh/groups/dhdigitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_117794.pdf
3. Bermúdez-Tamayo C, Olry de Labry-Lima A, García-Mochón L. Identificación de indicadores de buenas prácticas en la gestión clínica y sanitaria. *Rev Calid Asist*. 2018; 33 (2): 109-118.
4. Muñoz-Jiménez D. De la enfermería basada en la evidencia a la práctica asistencial: la evaluación de resultados como elemento integrador. *Enferm Clín*. 2018; 28(3): 149-153.
5. Xu X. Identification of nursing-sensitive indicators for nursing quality monitoring and reporting in an Australian context. Doctoral dissertation. Victoria University; 2015.
6. Burston S, Chaboyer W, Gillespie B. Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: a review and discussion of issues. *J Clin Nurs*. 2014 Jul; 23 (13-14): 1785-95.
7. Albornos-Muñoz L, González-María E, Moreno-Casbas T. Implantación de guías de buenas prácticas en España: programa de centros comprometidos con la excelencia en cuidados. *Med UNAB*, 2015; 17: 163-169.
8. Stevens B, Johnston C, Petryshen P and Taddio A. Premature Infant Pain Profile: development and initial validation. *Clin J Pain*. 1996; 12: 13-22.
9. Krechel SW, Bildner J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score: initial testing of validity and reliability. *Pediatr Anaesth*. 1995; 5: 53-61.
10. Ávila-Alvarez A, Carbajal R, Courtois E, Pertega-Díaz S, Anand KJ, Muñiz-García J (Grupo español del proyecto Europain).

Valoración clínica del dolor en unidades de cuidados intensivos neonatales españolas. *Anales de pediatría*, 2016; 85(4): 181-188.

AUTORES/AUTHORS:

maria de los angeles seijas ramos, yolanda sanesteban hermida, maria luz regueira morandeira, susana gómez ocejo, davina nicola esmoris vetor, maria teresa seoane pillado

TÍTULO/TITLE:

OXIGENOTERAPIA VERSUS VENTILACION MECÁNICA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO TORÁCICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Introducción:

El traumatismo torácico (TT) incluye todo traumatismo sobre la caja torácica, corazón, pulmones, mediastino y grandes vasos intratorácicos. Puede comprometer de alguna forma la vida del paciente por afectar la vía aérea, así como las funciones respiratorias y hemodinámicas. Constituyen una causa frecuente de mortalidad en el paciente severamente traumatizado, por lo que numerosos pacientes requieren ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Objetivo:

Estudiar los pacientes con TT y lesiones pleuropulmonares en UCI. Analizar las características demográficas, causas y tipos de traumatismos, abordaje respiratorio y otros dispositivos, días de estancia y mortalidad. Comparar oxigenoterapia a bajo flujo con soporte de ventilación mecánica en pacientes con TT.

Material y métodos:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Muestra: 73 pacientes (52 hombres y 21 mujeres) ingresados en la UCI del Hospital Universitario de A Coruña con diagnóstico principal o secundario de TT en el período comprendido entre septiembre de 2016 y septiembre de 2017.

Mediciones: Se analizaron las variables clínicas de los pacientes, utilizando el registro de enfermería (programa de UCI: ICIP versión ICCA.G.00.01).

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables. La posible asociación entre variables cualitativas o categóricas se comprobó mediante el estadístico Chi-cuadrado o exacto de Fisher. Para la comparación de medias se utilizó el test t de Student o U de Mann-Whitney, comprobando previamente la distribución de las variables.

Consideraciones éticas: Se garantiza la confidencialidad de la información (Reglamento UE 2016-679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Normativa Española (Ley 41/2002)) y el cumplimiento de las normas de buena práctica clínica (Declaración de Helsinki).

Resultados:

El 100% de los pacientes sufrieron un TT cerrado y el 50% de los pacientes tenían una edad igual o inferior a 58 años, siendo la edad mínima de 21 y la máxima de 85 años. La duración media de la estancia hospitalaria fue de $4,76 \pm 3,18$ días.

El 15% del total de pacientes procedían de otros hospitales de A Coruña.

El 2,7% de la muestra a estudio corresponde al índice de mortalidad.

La TAC es la principal prueba diagnóstica utilizada para valorar la severidad de las lesiones.

En cuanto al abordaje respiratorio, los pacientes que han sufrido accidentes de tráfico, en comparación con los que han experimentado accidentes domésticos, laborales u otros, necesitaron: soporte de ventilación mecánica (VM) un 54,1% ($p = 0,176$), oxigenación a alto flujo (VMK) un 50% ($p = 0,528$) y oxígeno a bajo flujo con gafas nasales (GN) un 86,1% ($p = 0,047$). Un 85,7% de los pacientes que presentaron una lesión pleuropulmonar de neumotórax, en comparación con otras lesiones, necesitaron oxigenoterapia con GN ($p = 0,064$), y cuando el TT estaba asociado a un traumatismo craneoencefálico (TCE), en comparación con otras fracturas, un 68,4% ($p = 0,215$) necesitaron VM, un 38,9% ($p = 0,193$) VMK y un 66,7% ($p = 0,043$) necesitaron GN. Un 92,7% de los pacientes con ventilación mecánica han precisado de un catéter arterial y /o central para su monitorización hemodinámica y/o control gasométrico ($P = 0,000$), y un 64,9% dentro de este grupo en algún momento de su estancia hospitalaria ha necesitado oxigenoterapia por GN ($P = 0,014$). Un 84,3% de los pacientes tratados con ventilación mecánica han requerido un sondaje (vesical para monitorización renal y/o gástrico para monitorización nutricional ($P = 0,000$), un 72,2% han necesitado VMK ($P = 0,013$) y un 69,6% oxigenoterapia por GN ($P = 0,010$) en algún momento de su ingreso. En función de los resultados obtenidos en el estudio, se ha encontrado una dependencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre las variables relacionadas con los pacientes que han precisado soporte de ventilación mecánica y la inserción de sondas cuando su diagnóstico de traumatismo torácico estaba asociado a un traumatismo craneoencefálico. Entre los que han precisado en algún momento de su ingreso oxigenación por ventimask con aplicación de técnicas de cateterismo vesical y/o gástrico para su monitorización y con el abordaje de monitoreo hemodinámico Entre los que han precisado durante su estancia hospitalaria oxigenación por GN con el abordaje de monitorización hemodinámica y entre los que han sufrido un accidente de tráfico con los requerimientos de oxigenación a bajo flujo con GN. Asimismo, es reseñable la relación ($p < 0,1$) entre las variables neumotórax y oxigenación a bajo flujo con GN. Conclusiones: Se puede concluir, por tanto, que los pacientes con traumatismo torácico asociado a traumatismo craneoencefálico, además de los monitorizados hemodinámicamente y/o sondados, requieren regularmente durante su estancia hospitalaria un abordaje con ventilación mecánica. Mientras que los ingresados por accidentes de tráfico, los pacientes con lesión pleuropulmonar con neumotórax y los monitorizados hemodinámicamente necesitan generalmente de oxigenación a bajo flujo con GN.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo

AUTORES/AUTHORS:

MARIA DOLORES SAIZ VINUESA, ISABEL MURCIA SAEZ, ROSA GUIJA RUBIO, CRISTINA CERRO SERRANO, CARMEN CARRILERO LOPEZ, VERONICA ROJANO IBAÑEZ, LUCIA TORNERO SANCHEZ, ANTONIA JOAQUIN GONZALEZ, VICTORIA LUENGO BAIDEZ

TÍTULO/TITLE:

¿Ha mejorado la satisfacción familiar tras la implantación de un paquete de medidas en la unidad de Cuidados Intensivos?

La evolución científico-técnica de la atención al paciente crítico ha mejorado de forma espectacular la práctica clínica y la supervivencia, pero este avance no se ha visto acompañado de igual manera en sus aspectos más humanos. En muchas ocasiones, las características organizativas y arquitectónicas de las unidades de cuidados intensivos (UCI) hacen que se conviertan en ambientes hostiles para los pacientes y sus familias.(1)

Los familiares también sufren las consecuencias y en muchas ocasiones sus necesidades físicas y emocionales no son cubiertas de forma óptima.(2,3)Conforman el lado psicosocial de la atención y que solemos abandonar para centrarnos en la enfermedad.

Objetivos: Analizar si la inclusión de un paquete de medidas destinadas a mejorar la estancia del paciente y familiares dentro del proyecto "Humaniza la Unidad de cuidados intensivos(UCI)", producen una mejora en la satisfacción familiar.

Métodos: Estudio cuasiexperimental antes-después.

Ámbito: El estudio se desarrolló en la UCI del Hospital General de Albacete, hospital terciario cuya UCI cuenta con 12 camas de pacientes críticos, de tipo polivalente cuya principal patología es médica.

La muestra son los familiares de pacientes de UCI con más de 3 días de ingreso.

Variables: Sociodemográficas, satisfacción con el cuidado, satisfacción en la toma de decisiones, satisfacción total.

En un primer tiempo (año 2011) se realizó un estudio(4) para valorar el grado de satisfacción de familiares de enfermos ingresados en UCI, utilizando como instrumento un cuestionario estructurado y validado (cuestionario FS-ICU 24, derivado del CriticalCareFamilyNeedsInventory (CCFNI)(5,6)) El cuestionario consta de tres partes: recogida de datos para la satisfacción de los cuidados, recogida de datos para la satisfacción en la toma de decisiones y recogida de datos para medir la satisfacción total.

A continuación se implantó un paquete de medidas:

- Flexibilizando los horarios de visita según necesidades del enfermo y situación clínica ampliándose los horarios de una hora por la mañana y otra hora por la tarde a visitar a su familiar a primera hora del día para los buenos días y tras la visita de la mañana hasta la noche si así lo desean.

La flexibilización de horarios o la instauración de "puertas abiertas" en la UCI se demuestra que es posible y beneficioso para pacientes, familiares y profesionales.(7)

- Mejora de información a familiares, ya que la información es una de las principales necesidades expresadas por pacientes y familiares en las UCI. (8)Se habilitó una nueva sala de información sin barreras entre familiares y personal sanitario y la información es recibida por su médico responsable en horario de mañanas, evitando en lo posible cambios de facultativo. Otra de las medidas que se introdujo, es la incorporación del personal de enfermería a la información con familiares, para ofrecer una información

conjunta.

- Mejora de comunicación de los profesionales con familiares y pacientes. El trabajo en equipo, que es imprescindible en cualquier ámbito sanitario, requiere, entre otros elementos, de una comunicación efectiva. (9) se llevo a cabo la Campaña #HolaYoMeLLamo(10) de máxima difusión en las redes sociales, campaña donde se fomentaba la presentación del personal sanitario a sus pacientes.
- Incorporación de proyecto Música en UCI, donde se contaba con actuaciones en directo semanales de músicos voluntarios en UCI.
- Se realizaron cambios estructurales en los boxes como la colocación de cortinas, implantación de un detector para la medición del ruido ambiental, la colocación de carteles informativos de progresos. Existen recomendaciones enfocadas a reducir el estrés y promover el confort centrándose en las mejoras arquitectónicas y estructurales de las UCI. (11)

Finalmente un segundo tiempo (año 2016) en el que se valoró de nuevo la satisfacción familiar con el mismo cuestionario FS-ICU 24.

Aspectos éticos: Encuestas voluntarias anonimizadas. Este estudio tiene la aprobación del comité de Ética e investigación del Hospital de Albacete. No existe conflicto de intereses.

Análisis de datos: Se utilizó el paquete estadístico SPSS®v12. Se realizó análisis descriptivo: calculando frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas; y medidas de tendencia central y dispersión en variables cuantitativas. Se han calculado los Intervalos de confianza (IC) al 95% estableciendo un nivel de significación de $p < 0,05$

Resultados: Se recogieron durante el primer tiempo 2001(T1), 97 encuestas y en el control posterior 2016(T2), 89 encuestas.

Fueron hombres en el T1: 38,1% y en el T2: 39,3%, la edad media T1: 49,29 DE: 15 IC(46,4-52,1) y en el T2: 48,18 DE: 12,9 IC(45,4-50,9) el parentesco se trataba de la esposa en el T1: 22,7% y en el T2: 20,2%

En cuanto a la satisfacción de los cuidados en el T1: 74,12 DE: 16,8 IC(70,6-77,5) vs T2: 85,7 DE: 13,6 IC(82,8-88,5) Existiendo una $p < 0,01$

la satisfacción en la toma de decisiones del T1: 71,8 DE: 19,3 IC(67,8-75,8) vs T2: 84,12 DE: 15,6 IC(80,8-87,4) $p < 0,01$

y la satisfacción total del T1: 72,4 DE: 16,7 IC(69-76) vs T2: 85,2 DE: 13,5 IC(82-88)

Existiendo una $p < 0,01$.

Discusión:

Diversos estudios (12,13) describen cómo el ingreso en una UCI provoca respuestas emocionales y psicológicas en la familia que pueden manifestarse en forma de shock, ansiedad, cólera, culpa, desesperación y/o miedo lo que provoca una dificultad de adaptación y una disfunción en la estructura familiar. Esta situación tiene un impacto negativo en el propio bienestar de la familia. En las últimas décadas se habla mucho de un modelo de atención centrado en el paciente (Patient-Centered Care) o en el paciente y su familia (Patient and family-Centered Care). (14)

En los últimos años el movimiento "Humaniza la UCI" está suponiendo un cambio de la visión tecnológica y de supervivencia a una visión más humana, que valora de manera holística al paciente y familiares, poniendo al «Ser Humano» en el centro del escenario y rediseñando la asistencia sanitaria con la dignidad de la persona como premisa innegociable. (15) El personal de enfermería está muy implicado y activo en este movimiento.

En nuestro estudio no hemos observado diferencias en cuanto a sexo, edad o parentesco en las dos muestras de los dos periodos de tiempo.

Existe un aumento de la satisfacción total, así como en el nivel de cuidados o en lo referido a la toma de decisiones, todo ello significativamente.

Implicaciones para la práctica clínica: Es necesaria la investigación en este campo ya que se quiere fundamentar sólidamente la

humanización de la asistencia sanitaria, donde enfermería tiene un papel importante en el mantenimiento de estas medidas para mejorar la satisfacción de los cuidados. Conclusiones: Podemos comprobar que todo el paquete de medidas aplicadas en nuestra unidad y dirigidas a mejorar la comunicación e información tanto a pacientes como a familiares, permitir un aumento del acompañamiento de los familiares con una flexibilización del horario de visitas y la incorporación de un proyecto de Música, ha permitido mejorar la satisfacción familiar de forma significativa.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) Escudero D, Viña L, Calleja C. For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change. *Med Intensiva*. 2014;38(6):371-5.
- 2) Pardavila MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012; 23:51-67.
- 3) Llamas-Sánchez F, Flores-Cordón J, Acosta-Mosquera ME, González-Vázquez J, Albar-Marín MJ, Macías-Rodríguez C. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enferm Intensiva*. 2009; 20:50-7.
- 4) Murcia Saez, IM, et al. *Med Intensiva* 2012; 36 Supl C: 65-127:106
- 5) Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung* 1979; 8:332-339
- 6) Leske JS. Needs of relatives of critically ill patients: a follow-up. *Heart Lung* 1986; 15:189-193
- 7) Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanesio E. Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014;33(4):181-93
- 8) Alonso-Ovies A, Álvarez J, Velayos C, García MM, Luengo MJ. Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. *Rev Calidad Asistencial*. 2014;29(6):35-33
- 9) Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ, Angus DC, Bion J, Kacmarek R, et al. Intensive care unit quality improvement: a "how-to" guide for the interdisciplinary team. *Crit Care Med*. 2006;34(1):211-8.
- 10) chospab: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete [Internet]. Albacete; [citado 2 sep 2018]. Disponible en: http://www.chospab.es/plan_dignifica/holayomellamo/intro.php
- 11) Ferrero M, Gómez-Tello V, Escudero D. Arquitectura e infraestructura humanizada. En: Gabriel Heras y Miembros del Proyecto HU-CI. *Humanizando los Cuidados Intensivos. Presente y futuro centrado en las personas*. Bogotá, Colombia: Distribuna Editorial; 2017
- 12) McAdam JL, Dracup KA, White DB, et al. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Crit. Care Med* 2010; 38:1078-1085
- 13) Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest* 2010; 137: 280-287
- 14) Henneman EA, Cardin S. Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse* 2002; 22: 12-19.
- 15) Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for Family-Centred Care in the Neonatal, Pediatric and Adult ICU. *Crit Care Med* 2017; 45(1):103-128.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves I

Session of Oral Brief Presentations I

AUTORES/AUTHORS:

SERGIO FERNANDEZ VAQUERIZO, MANUEL FRUTOS MARTÍN

TÍTULO/TITLE:

El uso de equipos de telefonía móvil en la práctica clínica, el riesgo de iatrogenia y propuestas de mejora.

Este estudio aborda uno de los problemas que se derivan de la actual utilización masiva e indiscriminada de los teléfonos móviles en la rutina diaria, que incluye el periodo laboral, en un entorno donde cada utensilio/herramienta de uso habitual se convierte en un elemento de riesgo de iatrogenia para el entorno interno y externo de actuación profesional y que puede incidir negativamente en los resultados del trabajo así como en el entorno socio-familiar. A partir de una revisión sistemática sobre el estado actual del problema que origina el uso del teléfono móvil en el entorno sanitario, hemos hecho una encuesta a una muestra de profesionales sanitarios de atención primaria y especializada de Valladolid a fin de detectar el hábito de uso y el nivel de conocimientos al respecto de los posibles problemas derivados del mismo y, en base a los resultados obtenidos definir estrategias preventivas y de mejora fundamentadas en un programa de formación específica. El trabajo de campo realizado se ha planteado según los siguientes apartados: • Objetivo: Analizar los hábitos de uso del teléfono móvil del personal sanitario en su horario de trabajo y su conocimiento sobre el riesgo que este hábito conlleva en la iatrogenia clínica y en la malfunción y alteraciones de las ondas electromagnéticas de diversos equipos técnicos. • Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal dirigido a una muestra de 157 profesionales sanitarios de atención especializada y primaria. • Resultados: Elevado uso del teléfono móvil durante la jornada laboral, superior en médicos y en hombres y escasa información sobre los riesgos que del uso se derivan. • Discusión: De los resultados obtenidos en nuestro estudio y de los referenciados en otros estudios consultados consideramos que es prioritario desarrollar un programa de formación específico a fin de que los profesionales sanitarios conozcan la realidad de este problema y adopten las medidas correctoras para favorecer el uso responsable y libre de riesgos de los equipos móviles en el entorno de trabajo. En base a esta prioridad y como apartado relevante de este estudio, hemos desarrollado un "proyecto formativo específico" • Limitaciones del estudio: La escasez de tiempo y las dificultades para ampliar la muestra de estudio y seleccionar grupos más homogéneos en la misma puede sesgar en parte los resultados obtenidos. Independientemente de la mayor o menor extrapolabilidad de los resultados al conjunto de los profesionales sanitarios en base a los sesgos y limitaciones definidas, lo que sí que es cierto es que se evidencia un uso cada vez mayor de estos equipos en el entorno de trabajo y que existe un gran desconocimiento acerca de las alteraciones electromagnéticas en pruebas diagnósticas e infecciones nosocomiales y sobre las medidas de protección que se deben adoptar, lo que da lugar a que un 94,5% de teléfonos móviles de médicos y enfermeras estén colonizados por bacterias • Conclusión: Necesidad de limitar el uso y hacerlo de forma más segura y responsable a partir de una mayor información/formación de los profesionales, para lo que se aporta un proyecto de formación específica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Argimon JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
- Ayora P. Procedimiento de limpieza y desinfección de superficies fijas y móviles. Procedimiento operativo estandarizado. Andalucía: Consejería de salud y bienestar social, Servicio de medicina preventiva; 2013.
- Calvo PC, Escobar A, Pineda, C. Interferencia electromagnética en equipos médicos debida a equipos de comunicación inalámbrica. Rev. Fac. Ing. Univ. Antioquía. 2008;40:90-100.
- Castells M. The Rise of the Network Society: The informatio age: Economy, Society and Culture. 2ª ed. Oxford: Blackweell; 2000.
- Davis DL, Kesari S, Soskolne CL, Miller AB, Stein Y. wedish review strengthens grounds for concluding that radiation from cellular and cordless phones is a probable human carcinogen. Pathophysiology. 2013;20(2):123-9
- Delgado M, Llorca S, Domenech JM. Investigación científica: Fundamentos metodológicos y estípticos. Barcelona: Signo; 2005
- Heyba M, Ismaiel M, Alotaibi A, Mahmoud M, Baqer H, Safar A, et al. Microbiological contamination of mobile phones of clinicians in intensive care units and neonatal care units in public hospitals in Kuwait. 2015.
- Ibrahim Badr R, Ibrahim Badr H, Mansour Ali N. Mobile phones and nosocomial infections. International Journal of Infection Control. 2012; VIII(2).
- Ibrahim R, Ibrahim H, Mansour N. Mobile phones. International Journal of Infection Control. 2012; 8.

Kirkby S, Biggs C. Cell phones in the neonatal intensive care unit: how to eliminate unwanted germs. 2016.

Magdaleno C, Loria J, Hernández N. Frecuencia de contaminación de teléfonos celulares y estetoscopios del personal que labora en el Servicio de Urgencias. *El Residente*. 2011 Marzo; VI(142-147).

Martínez I, Rojas CA, Pérez FA. Incidencia de infección relacionada con el cuidado sanitario en la Unidad del Hospital Moron. *MEDICIEGO*. 2015 Abril; 21(1).

Mediano A. Interferencias electromagnéticas en productos electrónicos. *Aragón investiga: Gobierno de Aragón (en línea)*. 2003. [Revisado el 1 de marzo de 2017]. Disponible en:

<http://www.aragoninvestiga.org/interferencias-electromagneticas-en-productos-electronicos/>.

AUTORES/AUTHORS:

Sara Beatriz García Herrero

TÍTULO/TITLE:

TICS EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE EN ENFERMERÍA: POSIBILIDADES DE LA REALIDAD AUMENTADA

Introducción:

La realidad aumentada (RA)- tecnología que combina el mundo real con información generada tridimensionalmente por ordenador, obteniendo una percepción mejorada o aumentada del mismo, ofreciendo al usuario una impresión realista en la fusión de ambos mundos, de modo que puede interactuar como si se tratase de elementos físicos reales 1- es una herramienta que ofrece un amplio abanico de posibilidades de enseñanza-aprendizaje en Enfermería, pues facilita la tarea de difusión de contenidos mediante una experiencia didáctica y atractiva, permitiendo reproducir los escenarios las veces que los alumnos precisen. Los estudios revelan que la RA en educación promueve la motivación en el aprendizaje, el compromiso de los estudiantes, actitudes positivas, efectividad del uso y mejor rendimiento y, en relación con la salud, otorga una experiencia de aprendizaje más personalizada, la seguridad de los pacientes está protegida si los errores se cometen durante las prácticas con RA y ayuda a los alumnos a conseguir competencias como la toma de decisiones o el trabajo en equipo. 2, 3

Objetivo:

Identificar el nivel de conocimiento, utilización y valoración de las nuevas tecnologías, especialmente de la realidad aumentada, en el profesorado y alumnado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid.

Métodos:

Para la consecución de los objetivos se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, mediante un cuestionario autogestionado, dividido en dos partes con 31 ítems en total.

La muestra de estudio está formada por el profesorado y alumnado de los cuatro cursos de grado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid. Para el análisis estadístico de los datos se procesaron solo aquellas encuestas completadas y entregadas durante el mes de abril de 2018, obteniéndose un tamaño muestral de n=221.

Para su tratamiento, se han codificado numéricamente las respuestas obtenidas, procediendo a la elaboración de una matriz de datos que fue analizada inicialmente con Statgraphics Centurion (v.17.2) y posteriormente con las herramientas de análisis estadístico de Excel 365 (v.1805).

La participación en la encuesta se realizó de forma anónima y voluntaria, ofreciendo a los participantes la posibilidad de conocer los resultados y la gestión del cuestionario fue totalmente confidencial, asegurando la privacidad de los datos de todos los encuestados.

Resultados:

En la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid, el 98,64% de los participantes en el cuestionario utiliza las TICs en su vida cotidiana, varias veces al día (97,74%) y siendo el dispositivo móvil el más utilizado (84,62%). El 55,20% de los encuestados (alumnado y profesorado) considera oportuno la introducción de una asignatura de TICs en Enfermería y muestran un alto índice de satisfacción en relación a las mismas, con una valoración media de 8,06 sobre 10. Los temas de interés más valorados por los encuestados en cuanto su utilización, son la Educación para la Salud y la Investigación. Además, opinan que las TICs en Enfermería ofrecen más oportunidades en los procesos de enseñanza-aprendizaje, con una valoración media de 8,58 sobre 10. Resulta

significativo que solo el 27,15% de los encuestados conozca la realidad aumentada (RA), mientras que la realidad virtual (RV) es conocida por el 77,83%. De los 205 alumnos solo conocen la RA 51 y de los 16 profesores, 9. Por último, la opinión de los encuestados que conocían la RA en cuanto a la utilidad de la misma en la enseñanza de Enfermería, resulta muy positiva, pues el 90,20% de los alumnos y el 66,67% de los profesores consideran que podría implantarse en las aulas como un recurso más y el 93,33% cree que potenciaría el aprendizaje de los contenidos.

Discusión:

Los resultados de los estudios publicados en relación a la realidad aumentada se han llevado a cabo tras realizar intervenciones prácticas, evaluando las opiniones de los alumnos mediante cuestionarios post-intervención 4, 5. Tras las sesiones formativas, la mayoría de ellos han considerado la realidad aumentada como un recurso útil en formación, cuyos beneficios son: descenso de la necesidad de práctica, reducción del ratio de equivocación, mejoras en la precisión de las actuaciones, aprendizaje más rápido y facilidad en captar la atención del alumno 3. Sin embargo, no se han encontrado estudios que evaluaran el conocimiento previo de la realidad aumentada en alumnos y profesores de Enfermería. En esta investigación se constata la falta de conocimiento sobre la misma que poseen alumnos y profesores de Enfermería, aunque es valorada positivamente por aquellos que sí la conocen. Por ello, sería recomendable incluir en los planes formativos de Grado en Enfermería contenidos sobre este recurso educativo, que puede emplearse en terapias para trastornos psicológicos, en operaciones quirúrgicas, en terapias rehabilitadoras y en docencia en Enfermería, como el uso de los simuladores para practicar procedimientos o software de RA para las clases teóricas en las aulas, lo que favorece un aprendizaje más rápido y la facilidad en captar la atención de los alumnos al ser más innovador.

Conflicto de intereses:

El estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

1. Ruiz Torres D. Realidad aumentada y su aplicación en el patrimonio cultural. Gijón (Asturias): Ediciones Trea; 2013.
2. Peng C, Xiaolin L, Wei C, Huang R. A review of using Augmented Reality in Education from 2011 to 2016. Springer Science+Business Media Singapore [Internet]. 2017 [citado el 18 de marzo de 2018]; 13-18. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/deaa/5b1ad5a3ecec6a83783e7ac371b2a3970ed3.pdf>
3. Zhu E, Hadadgar A, Masiello I, Zary N. Augmented reality in healthcare education: an integrative review. PeerJ [Internet]. 2014 [citado el 7 de marzo de 2018]; 1-17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25071992>
4. Ferrer Torregrosa J, Jiménez Rodríguez MA, Torralba Estelles J, Garzón Farinós F, Pérez Bermejo M, Fernández Ehrling N. Distance learning icts and flipped classroom in the anatomy learning: comparative study of the use of augmented reality, video and notes. BMC Med Educ [Internet]. 2016 [citado el 6 de marzo de 2018]; 16 (230): 1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5007708/>
5. Peter Byrne P. Google Glass in Nursing Education: Can Baccalaureate Nursing Students use wearable technology to access knowledge at the point of care? St. Catherine University [Internet]. 2015 [citado el 23 de abril de 2018]. Disponible en: <https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1058&context=dnprojets>

AUTORES/AUTHORS:

David Guadarrama Ortega, Naiara Garcia Arambarri, Raul Heranz García, Carmen Noguera Quijada, Ana Isabel Díaz Cuasante

TÍTULO/TITLE:

Aportación de la estación de trabajo móvil en la administración de medicamentos en un hospital de la Comunidad de Madrid

Introducción

Desde que en 1999, la Sociedad Americana de Medicina emitió el informe «Errar es humano, construyendo un sistema sanitario seguro», la seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad para las autoridades sanitarias[1]. La administración de medicamentos es la acción sanitaria más frecuente, lo que conlleva que sean una de las principales causas de efectos adversos (EA) en la asistencia sanitaria, tanto hospitalaria como primaria[2,3]. En nuestro país, el estudio ENEAS reveló que los errores de medicación eran la causa del 37,4% de los efectos adversos detectados en pacientes hospitalizados[2].

Error de medicación (EM) es cualquier error que se produce en cualquiera de los procesos del sistema de utilización de los medicamentos.

El Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) es una institución sanitaria pública sin ánimo de lucro, perteneciente al Servicio Madrileño de Salud de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Atiende directamente a una población de 168.141 habitantes (2017)[4]. Dispone de unas 409 camas, la mayoría destinadas a corta estancia. Con más de 16.000 altas al año, el hospital atiende aproximadamente 400.000 pacientes anuales y cada año atienden más de 1.500 partos[5].

El proceso de administración de la medicación en pacientes hospitalizados en la unidad HC1 del HUFA se ha modificado al adquirir nueve ETM de CAPSA ARTROMICK ACSi que permiten administrar a pie de habitación la medicación y con la información necesaria para garantizar la seguridad en el circuito. La unidad cuenta con una media de 2-3 médicos y 3 enfermeras en turnos de mañana y tarde y 2 enfermeras en turno de noche. Las rondas de medicación se repiten a las 08:00h, 12:00h, 16:00h, 20:00h y 24:00h. Cada enfermera administra una media de 17 medicaciones por ronda.

Una adecuada organización y funcionamiento del conjunto del hospital contribuyen notablemente a que el personal de enfermería pueda dedicar la mayor parte de su tiempo a los cuidados directos al paciente, lo que debería ocupar el 70% de su tiempo (90% a actividades que añaden valor al proceso asistencial).

Objetivo: Conocer las aportaciones de las estaciones de trabajo móviles (ETM) en el proceso de administración de la medicación en el HUFA.

Metodología: En la unidad de hospitalización Medicina Interna C1-C2 del HUFA, Se diseñó un estudio cuasiexperimental pre-post para evaluar el impacto de las ETM en la unidad de hospitalización de estudio. Para ello se llevó a cabo mediante el método de observación de Barker y McConnell[6,7] este método es el que ha demostrado mayor eficacia (de 700 a 1.000 veces más eficaz que el de comunicación)[8,9]. Este método consiste en observar al personal de enfermería cuando administran medicamentos por personas independientes (observadores externos) no implicadas en la acción observada y de forma disimulada, sin que los observadores sean conscientes del objetivo específico del estudio[6]. A diferencia del método propuesto por estos autores, no se disfrazó el propósito del trabajo ni a los observadores ni al personal de enfermería. El personal evaluador acompañaba a la enfermera y anotaba todos los detalles concernientes a la preparación del medicamento y a su administración. Las oportunidades de error observadas se valoraron y clasificaron en el momento de la observación.

El estudio queda desglosado en dos fases, la primera (Noviembre 2016), situación inicial donde se realiza la administración de la medicación con carros no informatizados, la segunda (Febrero 2017) con las Estaciones de Trabajo Móviles de Capsa Healthcare Artromick ACSi específicamente para el HUFA.

Resultados: Se observaron 746 administraciones. 391 sin las ETM y 355 con las ETM.

Situación inicial: el 61.4% de las administraciones presentaban algún error en el proceso de administración de medicamentos. Los errores más frecuentes fueron: Prescripción (88%), Falta de medicamento (6%) y Omisión previo (2%). El Índice Global de Errores de Medicación que llegan al paciente fue de 7,6% y excluyendo E. Tiempo fue 6,6%. Se cometieron una media de 0,15 errores por paciente y día.

Situación final (tras implantar las ETM informatizadas y rediseño protocolo administración segura del medicamento): Se pasa a un 58.6% de administraciones con algún error en el proceso de administración. Los errores más frecuentes fueron de prescripción (90,38%), falta de medicamento (5,77%) y omisión previo (1,44%). El Índice Global de Errores de Medicación que llegan al paciente fue de 5,6 % y excluyendo E. Tiempo y E. Prescripción fue 4,8%. Se cometieron una media de 0,10 errores por paciente y día.

En cuanto al análisis del proceso se consigue mediante la metodología Lean Healthcare y las aportaciones de las nuevas ETM informatizadas reducir de 68 minutos ronda medicación/enfermera dedicadas a la administración de la medicación a 47 minutos ronda medicación/enfermera.

Discusión, e implicaciones para la práctica.

La combinación de la metodología Lean Healthcare personalizada junto con el equipamiento adecuado para el servicio como las ETM, consigue una reducción de errores de medicación y del tiempo empleado por la enfermera en cada ronda de administración de medicamentos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000. doi:10.17226/9728.
- [2] Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. 2006.
- [3] Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. 2008.
- [4] Instituto Nacional de Estadística. Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal. Cifras Of Población Resultantes La Revisión Del Padrón Munic a 1 Enero 2018. Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero.
- [5] CONSEJERÍA DE SANIDAD, VICECONSEJERÍA DE ASISTENCIA SANITARIA. Hospital Universsitario Fundación Alcorcón. Memoria 2015. 5/2016. Servicio Madrileño de Salud; 2016.
- [6] BARKER KN, McCONNELL WE. How to detect medication errors. Mod Hosp 1962;99:95–106.
- [7] Barker KN MW. The problems of detecting medication errors in hospitals. Am J Hosp Pharm 1962;19:361–9.

AUTORES/AUTHORS:

Beatriz Arroyo de la Fuente, María Simarro Grande, María Concepción del Pino Ortega, Julio Gobernado Tejedor, Reyes Velázquez Barbado

TÍTULO/TITLE:

Teleenfermería en reproducción asistida. Experiencia en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

INTRODUCCIÓN.

La prevalencia de la infertilidad como problema sanitario aumenta con el paso de los años, y con esto, la demanda de tratamientos de reproducción asistida. La labor de enfermería en estas unidades ha demostrado ser fundamental para dar una atención integral a las pacientes, así como la consecución de los objetivos de la unidad. La consulta telefónica (CT) de enfermería ofrece la posibilidad de acercar los recursos asistenciales a las pacientes, aumentando la accesibilidad a los profesionales de la unidad y, reduciendo así, la posibilidad de errores en el proceso y el tiempo de espera, entre otros.

OBJETIVO.

Fundamentar la importancia de la CT de enfermería en las Unidades de Reproducción Asistida mediante el análisis de la demanda existente de ésta, así como los motivos que llevan a los pacientes a recurrir a este servicio.

METODOS.

Se realizó un estudio observacional transversal de las llamadas recibidas a la consulta de enfermería de la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital Clínico Universitario de Valladolid entre mayo de 2016 y enero de 2017. A lo largo de este periodo de tiempo, el personal de enfermería encargado de la CT fue registrando cada llamada, junto con el número de historia de la paciente y un código asociado a el motivo de esa consulta. Estos códigos fueron previamente establecidos.

La totalidad de los participantes en el estudio fueron pacientes en edad reproductiva, subsidiarios de técnicas de reproducción asistida, residentes en las provincias de Valladolid área Este, León, Palencia, Burgos y Soria. Todas las llamadas recibidas dentro del horario de la CT (de lunes a viernes de 9:00 a 11:00) fueron incluidas en el estudio.

Para el registro de datos fue utilizado el programa informático EXCEL, mientras que el programa estadístico SPSS Amos 23 fue el empleado en el análisis de éstos.

RESULTADOS.

A lo largo de este periodo de tiempo, se han recogido un total de 2034 llamadas a la CT de enfermería. Los principales motivos de consulta fueron destinados a conocer el resultado del tratamiento (32%) y a la solicitud de información referente a procesos propios de la Unidad de Reproducción Asistida (18%), seguido de consultas relacionadas con la lista de espera (10%). Asimismo, existe un porcentaje de llamadas relacionadas con dudas en la medicación (8%) y dudas tras asistir a la consulta (7%) que se considera significativo desde el punto de vista enfermero ya que cualquier duda que termine causando errores en la administración de medicación o en los pasos a seguir por la paciente, puede terminar derivando en una mayor dificultad a la hora de conseguir gestación o problemas a lo largo del proceso.

DISCUSIÓN E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA.

En base a la gran demanda existente de este servicio y reflejada en el presente estudio, se plantean dos líneas de acción con el objetivo de proporcionar una mejor atención a las pacientes de la Unidad de Reproducción Humana Asistida del Hospital Clínico de Valladolid.

La primera línea de acción está destinada a implementar teleenfermería en estas unidades. De esta manera, se propone aumentar el tiempo destinado a la CT, ya que se puede concluir que debido al gran número de llamadas recogidas en el presente estudio, el tiempo destinado en esta unidad está comenzando a ser insuficiente. Junto a esta medida, se plantea incluir las nuevas tecnologías de la información y la comunicación como nuevas formas de teleenfermería en estas unidades.

La segunda línea de acción está basada en el gran número de pacientes que recurren a este servicio por presentar dudas tanto asociadas a la medicación como dudas tras asistir a la consulta. Debido a estos datos, se propone la implantación de la consulta presencial de enfermería como una parte importante del proceso asistencial. De esta forma, el personal de enfermería proporcionaría una atención totalmente personalizada a las pacientes que se someten a tratamientos de reproducción asistida, pudiendo resolver así cualquier duda de forma presencial y explicar detenidamente todo el proceso.

Ambas líneas podrían contribuir a mejorar la atención de enfermería en las Unidades de Reproducción Humana Asistida, así como favorecer consecución de los objetivos de la unidad y el éxito del proceso.

El estudio no posee ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Matorras R, Crisol L "Epidemiología de la infertilidad". En Remohí J, Baleesteros A, Matorras R, Bellever J, Pellicer A. "Manual práctico de esterilidad y reproducción humana. Aspectos clínicos 4 ed. Editorial Panamericana, Madrid 2011  

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Registro de centros y servicios de reproducción humana asistida. Actualizado en 2018. Disponible en: <http://www.cnrha.msssi.gob.es/registros/busqueda.htm>  

Moreno L. Presencia de consultas de enfermería en unidades de reproducción humana asistida. Medicina Reproductiva y Embriología Clínica, 2015; 2:93-98.  

Moreno, L., García, A., Jiménez, B., Consulta de enfermería en Reproducción Asistida. Revista Fertilidad, Septiembre-Octubre 2010;27 (5):427-434.  

Racionero Torre, L. Teleenfermería. Nuevo Avance en el Cuidado Enfermero. [Internet]. Publicado en 2016. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/18077/1/TFG-H502.pdf>  

Sesión de Comunicaciones Orales Breves II

Session of Oral Brief Presentations II

AUTORES/AUTHORS:

Jordi Torralbas-Ortega, Mònica Sianes-Gallén, María López Parra, Anna Liesa Torre-Marin, Anna Pujol García, Carmen Partera Luque, Luisa Rumí Belmonte, Montserrat Montaña Perionceli, Alberto Granero Lázaro

TÍTULO/TITLE:

Influencia de las características personales y formativas en la participación de las enfermeras en la investigación

Objetivos

Evaluar la asociación entre la formación en investigación con la implicación en las diferentes fases de la investigación enfermera. Describir las principales herramientas que utilizan las enfermeras para dar a conocer la investigación que realizan.

Métodos

Estudio observacional descriptivo de una muestra de las enfermeras de nuestra institución. Se calculó un número mínimo de 187 participantes para conseguir la potencia adecuada en la investigación. El muestreo fue consecutivo accidental. Se realizó un estudio descriptivo de las variables y se empleó la chi cuadrado en las comparaciones de las tablas de contingencia realizadas.

Resultados

Participaron 276 enfermeras de nuestra institución. La muestra fue predominantemente femenina (88,4%), de todos los grupos de edad (56,5% mayores de 40 años) y experiencia laboral, con casi un 20% de contratos eventuales.

El 46,7% recibió formación en investigación durante el pregrado y un 70,3% en diferentes formaciones postgrado en los últimos tres años (mayoritariamente en cursos de menos de 40 horas).

En relación a la participación en las distintas fases de investigación: un 48,6% de las enfermeras habían elaborado un protocolo de trabajo, un 22,5% habían participado en la solicitud de ayudas, un 72,8% en la recogida de datos y un 34,8% en el análisis de los datos. Un 38,8% realizaron difusión de los resultados y conclusiones en eventos científicos o en publicaciones.

De las enfermeras encuestadas, el 69,6% no fueron nunca IP de un proyecto ni un 40,6% colaboradoras en una investigación. Las que participaron en investigación han conseguido becas, ayudas o premios en un 38,4%.

La formación pregrado no tenía influencia en la participación pero sí la formación postgrado, que se asoció de forma positiva en la participación de las enfermeras en las distintas fases, aumentando su implicación significativamente si habían realizado alguna formación. En la fase de análisis de datos, se reconocen diferencias significativas ($p=0.002$) en la influencia de la formación: el 63,2% de los que han realizado más de 150 horas participan en esta fase, frente al 49% de los que han hecho entre 40 y 150 horas, o el 28,6% de los que hicieron menos de 40 horas de formación postgrado. En el resto de fases de investigación también se aumenta significativamente la participación si la enfermera ha realizado formación postgraduada (elaboración del protocolo, solicitud de ayudas, recogida de datos y difusión de resultados).

Para poder difundir los trabajos de investigación en que han participado, el 82,6% no han publicado ningún libro o capítulo, ni el 65,2% en revistas científicas (como primer autor o colaborador). El 70,7% ha realizado una comunicación oral o póster en jornadas o congresos.

El género del profesional está relacionado con algunos aspectos de esta difusión de forma significativa: las mujeres publican un 17% menos que los hombres en revistas científicas ($p=0.019$), realizan un 15,5% menos de comunicaciones, duplicando su incidencia ($p=0.003$) y publican un 3% menos en revistas con Factor de Impacto (FI; $p=0.003$).

Al aumentar la edad se disminuye paulatinamente el porcentaje de enfermeras que no han publicado, que no han hecho ponencias, comunicaciones, sesiones clínicas o han sido colaboradoras en estudios de investigación, de forma significativa.

Discusión

La percepción de los investigadores a priori es que la investigación enfermera en nuestro medio es muy escasa, debido a la limitada producción, la baja participación en eventos científicos organizados en el centro y la baja tasa de solicitud de ayudas para la investigación. Sin embargo, los resultados conseguidos indican que la participación, el interés y la disponibilidad para investigar existen aunque no sean visibles. La participación en aspectos de recolección de datos debe servir de punto de inicio y debemos potenciar su aportación en las demás fases de investigación con una mirada enfermera. La implicación en todas las fases de investigación nos permitirá tener una visión global de la investigación a realizar, que permita obtener un mayor refuerzo del esfuerzo extraordinario que emplean las enfermeras para poder participar en investigación.

Se han de consolidar estrategias dirigidas a aumentar la difusión entre las enfermeras más jóvenes integrándolas en los equipos de trabajo, facilitando su formación en comunicación científica, incentivando el consumo de literatura científica y mentoreando sus ideas e iniciativas, que pueden estar ligadas a formaciones de especialización o de postgrado. Estas iniciativas se comienzan a llevar a cabo en nuestro centro y serán evaluadas, con la finalidad de conseguir una mayor implicación en la investigación en cuidados, facilitando la integración de las enfermeras en grupos de investigación estructurados.

Intervenciones que vayan directamente centradas hacia los grupos menos favorecidos y con sencillas herramientas y de bajo coste, podrían facilitar el aumento de la visibilidad de la investigación en cuidados en de nuestro centro y entre las propias enfermeras, fomentando la cultura de consumo y creación de resultados en investigación en cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Fuentelsaz-Gallego C, Navalpotro-Pascual S, Ruzafa-Martínez M. Competencias en investigación: propuesta de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciiii). *Enferm Clín*. 2007;17(3):117-27.
- Torralbas-Ortega J, Granero-Lazaro A. Formación, docencia e investigación en las enfermeras de salud mental en Cataluña. Barcelona: Consell de Col·legis d'infermers i infermeres de Catalunya; 2016. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/297836806_Formacion_docencia_e_investigacion_en_las_enfermeras_de_salud_mental_en_Cataluna
- Amendolia B, Fisher K, Schaffer D, Howarth K. Creating and evaluating a global classroom to teach nursing research. *J Nurs Educ Pract* [Internet]. 2016 [Consultado el 12 de enero de 2018];6(4):117-21. Disponible en: <http://www.sciedupress.com/journal/index.php/jnep/article/view/8088>
- Grady PA. Developing an International Community of Research. *Enferm Clin* [Internet]. 2009 [Consultado el 2 de mayo de 2016];19(3):149-55. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-developing-an-international-community-o-13138470>
- Edwards N, Webber J, Mill J, Kahwa E, Roelofs S. Building capacity for nurse-led research. *Int Nurs Rev*. 2009;56(1):88-94.
- Romero M, Vaquero M, Molina G. La investigación en enfermería en nuestro medio: cómo impulsar una función esencial entre nuestros profesionales. *Rev española Sanid Penit* [Internet]. 2000[Consultado el 2 de mayo de 2017];2(3).
- Cepeda-Diez JM, San Román-Calvo MJ, Alvarez-Vilas C, Vaca-Espinel V, Millán-Cuesta B. Actitud y motivación de la Enfermería de Castilla y León hacia la investigación. *Revista Enfermería CyL*. 2010;2(2):19-28.
- Ortuño-Soriano I, Posada-Moreno P, Fernández-del-Palacio E. Actitud y motivación frente a la investigación en un nuevo marco de oportunidad para los profesionales de enfermería. *Index de Enfermería* [Internet]. scielo; 2013 [Conusltado el xx de XXXX de 2017];22:132-6.
- Cobo Sánchez JL. Unidad de apoyo a la investigación en Enfermería: una herramienta para mejorar la gestión del conocimiento en las organizaciones sanitarias. *Enferm Nefrol*. 2017;20(4):289-90.
- Richards DA, Coulthard V, Borglin G. The state of European nursing research: dead, alive, or chronically diseased? A systematic literature review. *Worldviews evidence-based Nurs* [Internet]. junio de 2014 [Consultado el 14 de enero de 2017];11(3):147-55. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24842225>

AUTORES/AUTHORS:

Xosé Manuel Meijome Sánchez, María de las Nieves Feliz Cruz

TÍTULO/TITLE:

PROYECTOS DE PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA PBE: LA VISIÓN DE LAS ENFERMERAS

1. Objetivo(s)

Conocer la difusión entre las enfermeras de los proyectos PBE y su opinión sobre la transparencia, rigor, grado de actualización, implicación institucional y aplicabilidad de sus recomendaciones.

2. Métodos:

Se realizó una encuesta online mediante Google Drive preguntando sobre los proyectos Flebitis Zero(FZ), Bacteriemia Zero(BZ), Neumonía Zero(NZ), Resistencia Zero(RZ), Infección quirúrgica Zero(IQZ), Centros comprometidos con la excelencia en cuidados(CCEC), Sumamos excelencia(SE) y "SueñOn".

Para averiguar el grado de conocimiento sobre cada proyecto se realizó pregunta cerrada con respuesta única entre 5 opciones desde "No tengo ni idea" hasta "Yo participo o he participado".

Para evaluar la opinión sobre los proyectos se emplearon preguntas cerradas con respuesta sobre escala Likert de 0 a 10 ofreciéndose definiciones operativas concretas para cada dimensión a valorar.

La encuesta se difundió mediante correo electrónico y redes sociales a enfermeras de España durante 6 meses.

Se realiza un análisis descriptivo de las variables demográficas.

Se valora el conocimiento de cada proyecto en base al porcentaje de respuestas que dicen "Tengo información", "Mi centro de trabajo participa" o "Yo participo o he participado". La popularidad se valora por el porcentaje de la respuesta "me suena".

Se describen los valores obtenidos por los proyectos en cada dimensión comparándose las diferencias mediante la prueba de t de Student-Fisher.

3. Resultados

Se obtuvieron 241 respuestas Población edad: 42,64±9,82 años, 75,1% mujeres, 53,94% Diplomadas en enfermería, 73,03% con titulación postgrado (de las cuales un 11,36% doctoras), un 78,01% clínicas (un 54,26% de hospital).

El proyecto más conocido es BZ con un 47,30% seguido de NZ con 34,85%.

El proyecto más popular es CCEC con un 23,65% de personas que tienen referencia del mismo sin participar en él seguido de SE con un 22,41%.

Ninguna de las características valoradas de los proyectos superó el 7,35 de puntuación ni bajó de 5,78 (sobre 10).

El proyecto "Sueñ_On" fue el mejor valorado en "Transparencia" con 7,02± 2,22 seguido de CCEC con 6,97±2,40.

Respecto al "Rigor" el proyecto CCEC ha sido el mejor valorado con 7,18±2,35 Seguido por los proyectos RZ y SE con 6,96±2,30 y 6,96±2,31 respectivamente.

En la dimensión "Actualización de la evidencia" el proyecto Sueñ_On resulta el mejor valorado 7,14±2,18; tras él se sitúa RZ 7,05±2,37.

Al considerar la implicación institucional el proyecto que recibió mayor valoración fue SE 6,67±2,37 seguido de RZ 6,61±2,43 en esta dimensión es la única en la que un proyecto no supera la valoración de 6 Sueñ_On 5,78±2,63.

Al valorar la aplicabilidad de los proyectos el que mejor media obtiene es SE con la mejor valoración de todo este estudio 7,35±2,09 seguido de Sueñ_On 7,12±2,36.

4. Discusión

Los proyectos de práctica basada en la evidencia son más conocidos en función del tiempo desde su implantación mientras que su popularidad parece relacionarse con la visibilidad de los reconocimientos que conllevan.

Pese a obtener buenas valoraciones en las dimensiones evaluadas parece prudente pedir mejoras en los aspectos de transparencia y rigor así como en apoyo institucional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

A. Basante R, A Prieto B, A González C y XM Meijome S Efectividad de las actividades incluidas en la intervención -Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (NIC 02440) en los planes de cuidados validados por el Sacyl. Investigación secundaria. Banco de evidencias en cuidados Consejería de sanidad Junta de Castilla y León [Internet] 2013 [Consultado 15/10/2015] Disponible en: [http://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano-2013.ficheros/548866-Efectividad%20actividades%20Mantenimiento%20de%20Dispositivos%](http://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano-2013.ficheros/548866-Efectividad%20actividades%20Mantenimiento%20de%20Dispositivos%20)

M J Poncelas Poncelas, R Quintián González*, N Fernández Gómez et als. "Flebitis Zero: El Inicio de un Camino Posible". SEECIR Digital vol 4 nov-2015 Pág. 35-38.

AUTORES/AUTHORS:

M^º Angeles Cidoncha Moreno, Eva Reviriego Rodrigo, Estíbaliz Cristóbal Domínguez, Concepción Moreno Calvete, Francisco Javier Ortiz de Elguea Díaz, María Hipólita Ramos Márquez, M. Josefa Paz Gallego Saiz, Elena de Lorenzo Urien, Marta Lopez de Argumedo Gonzalez de Durana

TÍTULO/TITLE:

PRACTICA BASADA EN EVIDENCIAS: UTILIZACION Y NECESIDADES

INTRODUCCION

Hoy en día, nadie pone en duda que la práctica clínica debe estar basada en el rigor científico y sustentada por una base de conocimientos que garantice la máxima calidad de los cuidados impartidos en todos sus aspectos (1) ya que la aplicación de los resultados de investigación redundan en eficiencia en los procesos asistenciales, así como en una mejora en sus resultados clínicos (2).

Un estudio previo (3) mostró, que las enfermeras de Osakidetza mantienen una actitud positiva para integrar y aplicar una Práctica Basada en la Evidencia (PBE), pero se evaluaban con una puntuación más baja en relación a su uso y en conocimientos y habilidades.

OBJETIVOS

- Conocer con qué frecuencia utilizan los resultados de investigación en sus actividades profesionales las enfermeras de Osakidetza
- Detectar las necesidades de profesionales de enfermería de Osakidetza hacia la Práctica Basada en la Evidencia.

METODOLOGIA

Estudio descriptivo transversal a través de cuestionario ad hoc para conocer la frecuencia en el uso de la investigación y detección de necesidades en relación a la PBE por parte de las enfermeras de Osakidetza.

Se utilizó estadística descriptiva básica para expresar la información cualitativa y cuantitativa de las variables. Para interpretar los resultados se empleó el Programa IBM SPSS Statistics v.21.

RESULTADOS

Del total de los cuestionarios recibidos (n=1.108), un 47,3% respondieron que consideran que su práctica está basada en la evidencia en más del 60%.

El 64,3% de las enfermeras identificaron alguna situación en la que la hubieran necesitado en su práctica habitual una respuesta basada en la evidencia.

Al indagar si encontraban alguna situación en su práctica habitual en la que se hubieran preguntado "¿Por qué lo hacemos de esta manera?", el 72,3% respondieron afirmativamente

Sobre la mejor forma de facilitar información o recursos para buscar las respuestas a sus preguntas, un 30,5% refirió que sería a través de formación, un 13,3% a través de intranet corporativa y un 10,7% a través de protocolos y guías.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

A pesar de que la PBE se ha identificado internacionalmente como garante de la más alta calidad en la provisión de cuidados, la aplicación de intervenciones enfermeras basadas en la evidencia sigue resultando escasa.

Es necesario fomentar entre los profesionales un clima de trabajo basado en evidencias y para ello se han de establecer estrategias multimodales que promuevan y faciliten la integración y la aplicación de las investigaciones en la práctica clínica de las enfermeras, como actividades que promuevan la sensibilización y difusión sobre PBE, o actividades formativas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Thompson C, Cullum N, McCaughan D, Sheldon T, Raynor P. Nurses, information use, and clinical decision making--the real world potential for evidence based decisions in nursing. *Evid Based Nurs.* 2004; 7(3): 68-72.
- (2) The Cleveland Clinic Foundation. General Internal Medicine Outcomes Booklet. 2004. Available from: <http://www.clevelandclinic.org/quality/outcomes/genInternalMed/genInternalMed.pdf>
- (3) Cidoncha-Moreno MA, Ruíz de Alegría-Fernandez de Retana B. Percepción de barreras para la utilización de la investigación en enfermeras de Osakidetza. *Enferm Clin.* 2017;27(5):286-293.

AUTORES/AUTHORS:

Xosé Manuel Meijome Sánchez, Azucena Santillán García, Miguel Ángel Mañez Ortíz

TÍTULO/TITLE:

La punta del iceberg: El exceso de comunicaciones en eventos científicos

En los últimos años diversos factores influyen en que las enfermeras hayan aumentado su participación en jornadas, congresos. Dicha participación se traduce en un aumento de comunicaciones orales y tipo póster. ¿Que tipo de producción científica presentan las enfermeras?

OBJETIVO

Describir los modos de participación en eventos científicos de las enfermeras y la producción científica asociada a los mismos.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal realizado entre 13 abril y el 13 mayo de 2018 mediante encuesta online ad hoc con 19 preguntas. Se analizan variables sociodemográficas, la información sobre la participación en eventos científicos y su producción científica en los mismos. Análisis descriptivo realizado en base a media y desviación típica para variables cuantitativas frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis bivalente se empleó la prueba chi cuadrado de Pearson cuando procedió

RESULTADOS

1033 respuestas válidas de enfermeras con edades de 41.31 ± 10.37 ; 76 % mujeres; 76.38% asistenciales, 53.53% diplomadas, 30% con 16-25 años de experiencia, 31% sin otra titulación académica y un 9% doctorados con una significativa sobrerrepresentación de hombres (33.33%) que son en su mayoría docentes y gestores.

Hay una mayor proporción de hombres que participan en más eventos científicos (30.3%), también es significativa la participación de los EIR. La posesión de un título de postgrado se correlaciona positivamente con la participación en eventos especialmente entre los doctores (36.46%). Docentes e investigadores asisten significativamente a más eventos que los asistenciales (31.37% y 28.57%). Sólo 2.70% de las encuestadas manifiestan presentar un número extraordinario de comunicaciones en eventos (más de 11 en un año). Se trata de personas significativamente más jóvenes (31.8 ± 8.09) con titulación de máster tanto oficial como no oficial y con menos experiencia profesional.

2.22 % de las encuestadas dijeron que presentaban un número extraordinario de pósteres (más de 16 al año). Son personas significativamente más jóvenes (28.26 ± 4.29) proporcionalmente más residentes con titulación de máster no oficial, menos de 4 años de experiencia profesional y en situación de desempleo.

Existe una clara correlación entre esos dos grupos ($p < 0.05$) y se puede deducir que, en general se presentan más póster que comunicaciones.

Hay un porcentaje de encuestadas (16,84%) que presenta el mismo trabajo en varios eventos; grupo que es más joven ($39,54 \pm 10,37$) proporcionalmente más doctores con menos experiencia profesional. Se correlaciona significativamente tanto con quienes presentan más comunicaciones un 2,7% dicen realizar esta práctica y presentan más de 5 trabajos al año ($p < 0.05$) . Igualmente se correlaciona con los pósteres un 3,09% dicen realizar esta práctica y que presentan más de 6 pósteres al año ($p < 0.05$) .

Un 19,36% reconoce figurar como autor/coautor en trabajos en los que no ha participado siendo más jóvenes ($37,91 \pm 10,86$) y con menos experiencia profesional y proporcionalmente más los residentes y menos los doctorados y los que trabajan en la docencia quienes lo hacen.

Este grupo se relaciona significativamente con quienes manifestaron repetir el mismo trabajo en distintos eventos Este 29% de quienes dicen tener autoría fantasma y presentar el mismo trabajo en varios eventos es apenas un 5,61% del total de la muestra pero constituyen nuestra "punta del iceberg".

DISCUSIÓN

Existe un problema de producción masiva y de dudosa originalidad de trabajos para eventos científicos entre las enfermeras jóvenes, aparentemente impulsadas por el efecto favorable que dicho volumen de trabajos tiene sobre sus expectativas laborales. Prueba de ellos son también las ofertas que ya se pueden ver en internet para la confección de trabajos. Pero no es un problema sólo de nuestra profesión o de los eventos como deja claro un reciente comentario en Nature.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ioannidis JPA, Klavans R, Boyack KW. Thousands of scientists publish a paper every five days. Nature. septiembre de 2018;561(7722):167.

AUTORES/AUTHORS:

Carne Ferré-Grau, Laia Raigal-Aran, Mar Lleixà-Fortuño, M^aAntonia Martorell-Poveda, M^aTeresa Lluch-Canut

TÍTULO/TITLE:

10 años del grupo de investigación "Infermería Avanzada": estudio descriptivo de la calidad de la investigación enfermer

Objetivo:

Analizar de los 10 años del grupo de investigación reconocido "Infermería Avanzada" de la Universidad Rovira i Virgili (URV) en relación con sus objetivos y reflexionar sobre su recorrido.

Método:

Estudio de metodología mixta con un diseño descriptivo longitudinal retrospectivo. Los datos analizados fueron el resultado de las investigaciones de los miembros del grupo a lo largo de estos 10 años. La información fue recogida a través de diferentes bases de datos^{1,2}. Para el análisis más cualitativo, se realizó una codificación de la producción científica y para el análisis cuantitativo, se desarrolló una base de datos con el programa SPSS versión 21 para su análisis.

Resultados:

El grupo ha desarrollado a lo largo de estos años 3 líneas fuertes de investigación: "cuidados, dependencia y cronicidad"; "metodología aplicaciones de la investigación en salud mental y adicciones"; y "enfermería global, salud, sociedad y cultura". Un total de 23 investigadores forman el grupo, de los cuales un 18% realiza su actividad principal fuera de la universidad. El 95% son doctores y más del 40% en los últimos 5 años. Estos trabajan con 14 colaboradores externos. Además, el grupo cuenta con instituciones colaboradoras internacionales.

El Índice de crecimiento (Ic) de la producción científica tiene un punto de inflexión entre el año 2013-2014 donde se doblan las publicaciones, pero disminuyen las contribuciones en los congresos. La proporción de 8 contribuciones a congresos por cada publicación en revistas a 4. Hay que destacar que también aumentan las contribuciones a congresos internacionales (Ic:0.3). Las publicaciones en revistas JCR aumentan en 2014 coincidiendo con el año con más publicaciones (Ic de 4). Aunque ese año no coincide con la mediana de más impacto entre las publicaciones. El año siguiente, se observa un Ic del 50%, obteniendo una media de impacto de 2,66. El año 2017 se mantiene con un leve descenso del 8%. En relación con publicaciones en libros, no se observa ninguna tendencia.

El grupo a conseguido un total de 3 proyectos FIS, uno de los cuales surge de los resultados del otro.

Conclusiones:

En relación con los objetivos del grupo, el primero sobre "promover la investigación de calidad en el ámbito de los cuidados de enfermería en una sociedad cambiante y compleja", el grupo presenta 3 líneas de investigación acorde con las necesidades emergentes de la sociedad.

En segundo lugar, con el objetivo de "facilitar la transferencia de conocimientos del ámbito universitario al social y sanitario", el grupo esta formado por profesionales de la universidad y externo e incluso internacional. Cumpliéndose también el objetivo tres "promover la internacionalización de la investigación enfermera" observamos esta internacionalización sumado al incremento de contribuciones internacionales. Y por último, en relación a "mejorar la productividad y calidad científica y consolidar el grupo de investigación en enfermería avanzada", aunque observemos un decrecimiento en la cantidad de difusión en congresos, el aumento de publicaciones en 2014 i su mantenimiento tienen relación con el aumento de publicaciones JCR i mediana en el factor de impacto.

Así pues, el grupo, el cual consiguió ser considerado como grupo consolidado SGR380 en pasado mes de febrero de 2018, cumple

con sus objetivos y se observa una tendencia a la investigación de calidad e impacto con temáticas acorde con la sociedad cambiante.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Base de datos Gestió de Recerca de la URV (internet). Catalunya. [Citado el 10 de set de 2017] Disponible en: <https://webgrec.urv.es/cgi-bin/3DADREC/crcx1.cgi>
2. Bases de datos propias del grupo de investigación "Infermeria Avançada" SGR1030 Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

AUTORES/AUTHORS:

Esperanza Zuriguel Pérez, María Teresa Lluch Canut, Anna Falcó Pegueroles, Sandra Agustino Rodriguez, María del Carmen Gómez Martín, Juan Roldán Merino

TÍTULO/TITLE:

Estudio comparativo del nivel de pensamiento crítico en enfermeras gestoras y en enfermeras asistenciales.

Objetivo

El pensamiento crítico es considerado una competencia esencial en la práctica clínica y las enfermeras gestoras están en posiciones claves para promover el pensamiento crítico para la gestión de cuidados. Sin embargo son pocas las investigaciones que exploran el pensamiento crítico de las enfermeras gestoras y lo comparan con el de las enfermeras asistenciales. El objetivo del estudio fue analizar el nivel de pensamiento crítico entre las enfermeras gestoras y las enfermeras asistenciales y explorar la asociación entre el nivel de pensamiento crítico y los siguientes factores sociodemográficos y profesionales: sexo; edad; años de experiencia como enfermera; unidad asistencial y años de experiencia en la misma unidad; turno y situación laboral y nivel académico.

Metodología

Fue llevado a cabo un estudio descriptivo y correlacional en abril de 2015. Los participantes fueron 44 enfermeras gestoras y 295 enfermeras asistenciales de un hospital de Barcelona. Para la selección de los profesionales se realizó un muestreo estratificado con afijación proporcional por unidades. Se utilizó el instrumento Nursing Critical Thinking in Clinical Practice Questionnaire, diseñado y validado para evaluar el nivel de habilidades de pensamiento crítico en enfermeras en la práctica clínica y un formulario construido ad hoc para recoger las características sociodemográficas y profesionales. Se utilizaron estadísticos descriptivos y análisis multivariante de regresión logística. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética del Hospital.

Resultados.

Respecto al nivel de pensamiento crítico la puntuación media (Md) de la muestra total fue de 363 y el Rango Intercuartílico (IQR) 340-386. Siendo las puntuaciones de las enfermeras gestoras más altas, (Md 364; IQR 346-391), que el de las enfermeras asistenciales (Md 363; IQR 340-386). En el modelo final, tres variables hicieron una contribución estadísticamente significativa: la edad (OR 17.67; IC 95%: 4,75-88,97), el turno de trabajo (OR 0,49; IC 95%: 0.11-1.82) y el nivel académico (OR 2.32; IC 95%: 1.00-5.64).

Discusión

En este estudio, se evidencia que los niveles de pensamiento crítico de las enfermeras gestoras son más altos que los de las enfermeras asistenciales.

Por otra parte, la edad, el horario laboral y el nivel académico fueron factores asociados con un mayor nivel de pensamiento crítico en las enfermeras gestoras. Estos resultados refuerzan la hipótesis de que algunos factores del entorno laboral contribuyen en gran medida a la adquisición de habilidades de pensamiento crítico.

Implicaciones para la práctica clínica

Este estudio aporta contribuciones sustantivas con relación al pensamiento crítico de las enfermeras gestoras. A la hora de introducir estrategias para aumentar las habilidades de pensamiento crítico en las enfermeras gestoras deberían tenerse en cuenta factores sociodemográficos y profesionales. Los resultados de este estudio deberían alentar a las enfermeras gestoras a continuar su

autodesarrollo y empoderar a las enfermeras a alcanzar su máximo potencial con respecto al pensamiento crítico. La investigación en esta área debería continuar explorando otros factores potenciales que pueden contribuir al desarrollo de habilidades de pensamiento crítico en la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alfaro-LeFevre R. (2016) *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment: A Practical Approach* (6th ed.). Philadelphia: Saunders/Elsevier.
- Shoulders B., Follett C. & Eason, J. (2014) Enhancing critical thinking in clinical practice: implications for critical and acute care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN*, 33(4), 207-214. doi.org/10.1097/DCC.000000000000053.
- Zori S., Nosek, L. J. & Musil, C. M. (2010) Critical thinking of nurse managers related to staff RNs' perceptions of the practice environment. *Journal of Nursing Scholarship*. 42(3), 305-313. doi: 10.1111/j.1547-5069.2010.01354.x
- Zuriguel-Pérez E., Lluch Canut, M. T., Falcó Pegueroles A., Puig Llobet M., Moreno Arroyo C. & Roldán Merino J. (2015) Critical thinking in nursing: Scoping review of the literature. *International Journal of Nursing Practice*, 21(6):820-830. doi.org/10.1111/ijn.12347.
- Zuriguel-Pérez E. (2016) *Evaluación del pensamiento crítico en enfermería: Construcción de un cuestionario basado en el modelo circular de Alfaro-LeFevre*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona. (In English: Evaluation of critical thinking in nursing: a construction based on circular Alfaro-LeFevre model questionnaire). Web site. <http://www.tdx.cat/handle/10803/394049>. Accessed: May 1t 2017.
- Zuriguel-Pérez E., Falcó-Pegueroles A., Roldán-Merino J. Agustino-Rodríguez S., Gómez-Martín M.C. & Lluch Canut M. T., (2017) Development and psychometric properties of the Nursing Critical Thinking in Clinical Practice Questionnaire. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Doi: 10.1111/wvn.12220.
- Zuriguel-Pérez, E., Lluch-Canut, M. T. Agustino-Rodríguez, S. Gómez-Martín, C., Roldán-Merino, J.& Falcó-Pegueroles, (2018). Critical thinking: a comparative analysis between nurse managers and registered nurses. *Journal of Nursing Management*. DOI: 10.1111/jonm.12640.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves III

Session of Oral Brief Presentations III

AUTORES/AUTHORS:

Agni Nakou, Konstantinos Letsios, Stefanos Mantzoukas, Evangelia Kotrsotsiou, Chryssi Hatzoglou, Mary Gouva

TÍTULO/TITLE:

The Value of Nursing Student identification with the patient's symptoms and Psychopathology

Objective: Students often adopt the health problems of patients they meet, while practicing in hospital environment and have the belief that they suffer themselves from the same illness. Sometimes they feel that they develop the same symptoms with the patients. Some students have the obsessive idea that they have been infected by some incurable disease, resulting either in frequent visits to doctors or in the use of various medicines without having the approval of the doctors responsible to deal with the alleged symptoms (Salkovskis, 1997, p.313-339). The concept of empathy (Stalikas & Hammoudrakas, 2004, p.23-24.) for students, lies in their ability to take the patients' position, to perceive their symptoms and the situation they find themselves in their own way and to try to resolve them in cooperation (Fairbairn, 2002). The way they experience the problems of patients and their care providers, helps them relieve of pain. The result is the provision of high nursing care. Nursing students interacting with patients, develop and differentiate their personality in the clinical setting towards the appropriation of patient symptoms. The objective of this study was to investigate the association of nursing student's identification with the patients' symptoms and the psychopathology.

Methods: A total of 200 students attending courses and clinical practice from the 3rd to the 8th (last) semester of Nursing School at the Higher Educational Institute of the TEI of Epirus, Greece during 2016 were enrolled in the study. Quantitative random sampling method, a questionnaire on identifications, the SCL-90 scale and the SF-36 quality of life scale were used. A closed-ended questionnaire (Likert type) was added to assess the healthy behavior of students. Descriptive and inferential statistics analysis was performed. The χ^2 test, with Continuous Correction, was applied to quadruple tables of qualitative variables, while correlations were made with the Spearman test. The whole process has been dealt with by the students themselves, thus minimizing the chances of information leakage and ensuring a framework of increased confidence between researchers and individuals who have taken part in the research.

Results: The majority of the sample was female (82.5%). Nursing students who identified with the symptoms of patients during their clinical practice show higher levels of Psychological Stress Somatization ($p=.009$), Obsessive - Compulsive ($p=.000$), Inter. Sensitivity ($p=.017$), Depression ($p=.003$), Anxiety ($p=.010$), Hostility ($p=.000$), Phobic anxiety ($p=.004$), Paranoid ideation ($p=.026$) and Psychoticism ($p=.006$) from those nursing students who are not identified with the symptoms of patients. The two-sided level of statistical significance was set at 0,05.

Discussion: This study attempted to explore the identification of students with patients during their educational process and to relate it to their mental discomfort and quality of life. The results show that nursing students tend to identify with their patients at increasing rates as they progress to their clinical practice. This finding confirms the original hypothesis of the study that students will be identified with the symptoms of patients, especially those related to familial diseases. Nursing students tend to identify with their patients, while negative identifications and fears are associated with higher levels of psychopathology (Waterman and Weinman, 2014). When students get in touch with patients in the hospital, often have a false perception of illness that is related to their mental distress and effects their quality of life. Physical manifestations may extend across the range of psychosomatic disorders: migraine attacks, skin manifestations, irritable bowel syndrome, back pain, and life-threatening conditions such as cardiovascular disease and stroke (Antoniou, 2006). Nursing students feel that care and support by an experienced and skilled nurse can reduce their anxiety and fears, but also their identities with patient symptoms and it has also been found to have a positive effect on their nursing perceptions of professional well-being and fewer physical symptoms than the students themselves (Bégar et. al., 2005, p.221-300). Clinical supervision is recognized as a developmental opportunity for students to develop nursing knowledge but also to become aware of their future professional role (Johns, 2003, p.25-34).

Implication for practice: The results of this study could be used for developing supportive mechanisms such as debriefing after significant incidences in practice placement and reflective sessions at the end of each week, which can help in maintaining student well-being, increasing levels of learning and creating a sense of satisfaction for being part of the nursing profession. Such a prospect should sensitize students and teachers in the direction of better organization of academic work and in preventing the occurrence of the phenomenon. Interventions to safeguard the well-being and academic performance of nursing students are necessary.

The study has not conflict of interest.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References

Salkovskis, P. M., Hypochondriasis. D.M. Clark, & C.G. Fairburn. Science and Practice of Cognitive Behavioural Therapy. Oxford, Oxford University Press, 1997:313-339.

Stalikas, A. & Hammoudrakas, M. Fundamental issues of psychotherapy. Empathy. Athens:publ. Greek Letters, 2004: 23-24.

Fairbairn, G.J. Ethics. Empathy and Storytelling in Professional Development. Nursing School of the University of Glamorgan, 2002.

Waterman, L.Z., & Weinman, J.A. Medical student syndrome: fact or fiction? A cross-sectional study. JRSM Open. 2014,(3):5(2):20.

Antoniou, D.P. Professional stress. Publ. Parisianou, Athens, 2006.

Bégat, I., Ellefsen, B., Severinsson, E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being - a Norwegian study. J Nurs Manag. 2005, 13(3):221-300.

Johns, Ch. Clinical supervision as a model for clinical leadership. Journal of Nursing Management, 2003,11:25–34.

AUTORES/AUTHORS:

MELEK INEL, MELTEM YILDIRIM

TÍTULO/TITLE:

DETERMINING THE FACTORS AFFECTING THE LEVEL OF PREOPERATIVE ANXIETY AMONG SPINAL SURGERY PATIENTS

Objective: Patients who will be undergone spinal surgery are having a certain level of preoperative anxiety related to their postoperative needs for mobilization and working, for being independent in daily activities, and in some cases for continuing a pain-free life. Fear of unknowns about spinal surgery may make the patients feel vulnerable and may cause significant level of preoperative anxiety [Papanastassiou et al., 2011]. On the other hand, it is also well known that an effective management of preoperative anxiety provides a better postoperative recovery [Lee et al., 2016]. At this point, preoperative patient education is a key point to provide a better postoperative period. It is known that educating patients about their upcoming surgical procedures has a great effect on the management of preoperative anxiety. For providing an anxiety-free preoperative period for spinal surgery patients, it necessary to know the potential and special causes of anxiety related to this type of surgery [Strøm et al., 2018]. Therefore, the objective of this study is to determine the factors affecting the level of preoperative anxiety among spinal surgery patients for being able to consider these factors for better preoperative nursing care.

Methods: This descriptive study was conducted in a private hospital in Istanbul, Turkey between March 17th and June 15th, 2016 after obtaining the study permissions from the ethical committee and the hospital management. The sample consisted of 76 patients that were scheduled for spinal surgery. Data were collected by Patient Information Form that was created by the researchers and State-Trait Anxiety Inventory of Spielberg et al. in 1964. Data collection was started after the patients' standard preoperative education process was completed. Afterwards, obtained data was tested with One Sample Kolmogorov Smirnov and One-Way ANOVA to test if the data was distributed homogeneously. Homogeneously distributed data were analyzed by using mean, standard deviation and distribution of frequency. In comparative analysis, independent samples t-test, One-Way variance analysis, and Post-hoc LSD tests were used. Obtained data tested in 95% confidence interval, and $p < 0.05$ significance level conditions.

Results: The main sources of anxiety among the patients were found as fears related to anesthesia (70%) and concerns related to postoperative care (58.6%). When they were asked to specify their fears, it was found that 41.3% were afraid of dying during the surgery, 30.7% were afraid of having severe pain after surgery, 24% were scared of becoming disabled, while 24% were worried for late recovery. Among the factors which affect the level of preoperative state anxiety, it was found that the patients who consume alcohol regularly, the ones whose sleep quality was bad in the previous night, the patients who have undergone a surgery before, the ones who claimed to have unanswered questions, and the ones who still had concerns about the surgery had significantly higher anxiety scores.

Discussion: According to the results of the study, there are certain factors such as previous surgeries, sleep quality, unanswered questions, and regular alcohol consumption, which are well-known causes of preoperative anxiety. On the other hand, being afraid of becoming disabled after surgery was one of the main concerns of the sample, which can be described as a specific cause of anxiety among spinal surgery patients because of the complexity of the surgical intervention. Therefore, the nurses who provide preoperative care to spinal surgery patients should consider these general causes of perioperative anxiety. In addition to this, they should pay attention to patients' specific fears related to spinal surgery. It is known that there is a strong negative correlation between preoperative anxiety and the better postoperative recovery [Lee et al., 2016].

In the present study it was found that the patients who claimed to have unanswered questions and the ones who still had concerns

about the surgery had significantly higher anxiety scores. In the study of Lee et al. (2016) it was found that, for overcoming preoperative anxiety about spinal surgery, the most helpful factors were having faith in the medical staff and being informed by the surgeon [Lee et al., 2016].

Regarding the preoperative period, the role of the surgical nurse is not only preparing the patient physically for the surgery, but also evaluating the patient's psychological needs and preparing the nursing care plan in parallel to these needs [Chirveches et al., 2006; Kruzik, 2009]. These special concerns and needs of spinal surgery patients were defined in this study sample. Therefore, considering all factors that may cause anxiety in the preoperative nursing care plan will guarantee a better postoperative experience.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Lee, J. S., Park, Y. M., Ha, K. Y., Cho, S. W., Bak, G. H., & Kim, K. W. (2016). Preoperative anxiety about spinal surgery under general anesthesia. *European Spine Journal*, 25(3), 698-707.
- Papanastassiou, I., Anderson, R., Barber, N., Conover, C., & Castellvi, A. E. (2011). Effects of preoperative education on spinal surgery patients. *International Journal of Spine Surgery*, 5(4), 120-124.
- Strøm, J., Bjerrum, M. B., Nielsen, C. V., Thisted, C. N., Nielsen, T. L., Laursen, M., & Jørgensen, L. B. (2018). Anxiety and depression in spine surgery—a systematic integrative review. *The Spine Journal*, 18, 1272-1285.
- Chirveches-Pérez, E., Arnau-Bartés, A., Soley-Bach, M., Rosell-Cinca, F., Clotet-Argemi, G., Roura-Poch, P., ... & Faro-Blasco, M. (2006). Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enfermería Clínica*, 16(1), 3-10.
- Kruzik, N. (2009). Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *AORN journal*, 90(3), 381-387.

AUTORES/AUTHORS:

Saide Faydali, Sevcan Sasmaz

TÍTULO/TITLE:

Factors Affecting Life Quality After Chemotherapy in Colorectal Cancer Patients

As a result of colorectal cancers and / or chemotherapy treatment is affecting the quality of life of patients with a range of adverse effects is emerging^{1,2}. This study was carried out with the aim of determining the factors affecting the quality of life of the patients in the course of chemotherapy treatment in colorectal cancer patients.

Methods

This descriptive study was conducted with 177 colorectal cancer patients who were referred to a chemotherapy unit for a year. Data were collected using questionnaires from patients with descriptive characteristics, information on disease / chemotherapy treatment, and the WHOQOL Brief-TR form. The questionnaire was applied to the unit again 15 days after the chemotherapy cure. The data of the study were evaluated by mean, number, percentages, chronbach alpha reliability coefficient, Colmogorov Smirnov, Levene, t and F tests. The informed consent of the patients, the consent of the relevant health institution and the approval of the ethics committee were taken for the research.

Results

The mean age of the patients with colorectal cancer who participated in the study was $X \pm SD$: 56.2 ± 12.0 . 63.3% of the participants were male and 48.0% were primary school graduates. The participants' WHOQOL-BRIEF-TR means were $X \pm SD$: 78.7 ± 14.0 . Characteristics of treatment and care affecting the quality of life of patients was stoma type, alternative treatment directions, presence of a secondary chronic disease, drugs used continuously except chemotherapy, satisfaction with the health care service. When the quality of life scores are compared with the problems experienced after chemotherapy, those who stated that they had swallowing difficulty ($X \pm SD$: 85.7 ± 2.1) had a higher quality of life score than those without swallowing difficulty ($X \pm SD$: 81.3 ± 13.7), and those with hair loss ($X \pm SD$: 73.7 ± 13.6) had lower quality of life scores than those without hair loss ($X \pm SD$: 84.8 ± 12.1). There was a statistically significant difference between WHOQOL-BRIEF-TR scores according to these variables ($p < 0.05$). There was no significant difference in the quality of life scores with those of other symptoms such as diarrhea, abdominal pain, anorexia, fatigue, mouth sores, anxiety, decreased sexual arousal, change in bowel movements, gas pains, nausea-vomiting, diarrhea, constipation, weight loss, melena, energy loss, skin and nail changes, muscle pain, mouth instability.

Discussion

In colorectal cancer patients, many factors affect the quality of life as well as problems related to chemotherapy. It is recommended that we undertake studies to improve the quality of treatment and care in the original clinical and home environment for these multiple variables that we have identified, and to continue research that measures the effect of these changes on quality of life.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancerstatistics, CA Cancer J Clin 2010;60(5):277-300.

Usta Yesilbalkan Ö, Durmaz AkyolA, ÇetinkayaY, Altin T, Ünlü D, Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yasadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi, Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi,2005; 21 (1) : 13-31.

AUTORES/AUTHORS:

Tinne Dilles

TÍTULO/TITLE:

Interventions to reduce the ADR burden in older persons

Objectives

Adverse drug reactions (ADRs) are common in older persons. Prevalence rates vary between 6% and 67% depending on the research setting and design. In nursing home residents, the median number of ADRs per person is 2, ranging from 1 to 17. Literature has shown ADRs are an important reason for hospitalisations (about 10%), an increase in length of stay and health care costs, a decrease in quality of life and increased mortality rates.

Many interventions have been developed to address the problem of ADRs in older persons. We aimed to create an overview of these interventions.

Methods:

A literature search (PubMed and Cochrane) was performed, searching for interventions on ADRs in older adults. Only experimental studies were included. Interventions were divided into 4 categories, based on their point of impact, from the identification of patients at risk, to the detection of actual ADRs.

Results:

Many interventions to address ADRs in older persons are complementary, as they have their effect on a different stage in the process of preventing and treating ADRs. Examples are ADR risk scales, checklists to support quality of prescribing (and avoid potentially inappropriate prescribing), interventions to support patient self-management and adherence, and monitoring tools for ADRs.

Discussion and implications for practice:

The combination of these interventions in clinical practice can create a combined effect on the reduction of ADRs in older persons. An interprofessional approach is required.

The review created an overview of effective interventions to reduce the ADR burden in older persons and can be used as a framework for stakeholders in research, clinical practice and policy to support quality improvements.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Alhawassi, T. M., et al. (2014). Clin Interv Aging 9: 2079-2086.

Basger BJ, et al. (2014). EJCP 70(7):799-815.

Comite de Consenso (2007) Third consensus of Grenada on drug related problems (DRP) and negative outcomes associated with medicines <http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/374.pdf>

Cooper, J. W. (1996). J Am Geriatr Soc 44(2): 194-197.

de Figueiredo, T. P., et al. (2017). Int J Clin Pharm 39(4): 679-685.

Dilles, T., et al. (2015). Eur J Clin Pharmacol 71(6): 741-749.

Dilles, T., et al. (2013). J Am Med Dir Assoc 14(5): 379.e371-376.

- Edwards IR, Aronson JK. (2000) *Lancet*; 356:1255-1259
- Hamilton H, et al (2011) *Arch Intern Med* 171(11):1013–9
- Khan, S. A., et al. (2013). *J Nat Sci Biol Med* 4(1): 191-196.
- Laroche ML, et al (2007) *Br J Clin Pharmacol* 63(2):177–86
- Lavan, A. H. and P. Gallagher (2016). *Ther Adv Drug Saf* 7(1): 11-22.
- Lazarou, J., et al. (1998). *Jama* 279(15): 1200-1205.
- Lund BC, et al (2010) 44(6):957–63
- Onder, G., et al. (2010). *Arch Intern Med* 170(13): 1142-1148.
- Oscanoa, T. J., et al. (2017). *Eur J Clin Pharmacol* 73(6): 759-770.
- Pharmaceutical Care Network Europe. (2003) *DRP-classification V4.0*.
- Pirmohamed, M., et al. (2004). *Bmj* 329(7456): 15-19.
- Rochon, P. A. and J. H. Gurwitz (1997). *Bmj* 315(7115): 1096-1099.
- Stevenson, J. M., et al. (2014). *Clin Interv Aging* 9: 1581-1593.
- Tangiisuran, B., et al. (2009). *Age Ageing* 38(4): 358-359.
- Tommelein, E., et al. (2015). *Eur J Clin Pharmacol* 71(12): 1415-1427.
- Tommelein, E., et al. (2016). *Int J Clin Pharm* 38(5): 1063-1068.
- Tommelein, E., et al. (2017). *J Public Health (Oxf)* 39(3): 583-592.
- Tommelein, E., et al. (2016). *J Public Health (Oxf)* 38(2): e158-170.
- van Mil, J. W., et al. (2004). *Ann Pharmacother* 38(5): 859-867.

AUTORES/AUTHORS:

Renate Stemmer, Claire Mack, Sina Schimnaski-Kahle, Joachim Klein

TÍTULO/TITLE:

The relatives' view of care in the nursing home

Objective

The relationship between nursing staff of a nursing home and relatives of residents is often tense. The reasons include dissatisfaction of relatives with the care offered and lack of resources, but also family conflicts that are turned outward. The potentially conflictual situation eases when it is accepted in both groups that their expectations of nursing care are similar (Abrahamson et al. 2009). The aim of this study is to investigate the perception of relatives of residents regarding quality of service and care.

Funding: Federal Ministry of Education and Research, Germany. Time of data collection: August-September 2016.

Methods

The mixed method study was conducted in four nursing homes in Germany. For the quantitative survey, the questionnaire of the Society of Quality in Health Care (Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen [GfQG]) was sent to 346 relatives (1 questionnaire per resident). For reasons of data protection, the facilities took over the dispatch. The data were evaluated in SPSS using descriptive statistical methods.

Additionally 11 guideline-based interviews with relatives were conducted. The relatives were informed about the project and invited to participate. The data evaluation of the interviews is based on the rules of Mayring's content analysis and conducted with MAXQDA.

Ethical clearing has been approved by the Ethics Committee of the German Society of Nursing Sciences.

Findings

114 relatives sent in the GfQG form. 10.6% of them are spouses, 65.5% are daughters or sons, 5.3% are legal guardians, the remaining 18.7% are distributed among others. 69.4% of respondents visit their relatives once a week, 16.2% daily. The visit frequency of the remaining 14.4% is between 'several times a month' and 'several times a year'. Residents are grouped according to the Nursing Insurance Act: 7% in care level 0, 42% in care level 1, 41% in care level 2 and 8% in care level 3. 2% of the residents are without care level. On a scale of 0-100, the mean (M) of family members' satisfaction is 51.2, with 55.4 (M) for care, 59.4 (M) for organisation, 61.4 (M) for quality of service and 67.8 (M) for family members' contacts with staff.

The qualitative evaluation focuses on inadequate communication, lack of time of nursing staff, frequent personnel changes and a perceived limited commitment of nursing and caregivers. The relatives see themselves in the role of compensating for perceived deficiencies in care. Nevertheless they emphasize that their contact with carers is acceptable. With regard to the fulfilment of assumed resident needs by carers, the assessments of relatives vary from satisfactory to insufficient.

Discussion: The results are based on the fact that the contact between relatives and caregivers tends to be assessed more positively than the quality of nursing. In contrast to the tensions described in the literature, the relatives interviewed tend to avoid conflicts. In addition to content aspects, one reason for this could be the type of recruitment (voluntary participation on appeal). The frequency of visits also indicates that particularly committed relatives participated in the study.

Practical implications: The institutions should ensure that satisfaction with care will be increase in all dimensions.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Abrahamson, Kathleen; Jill Sutor, J.; Pillemer, Karl (2009): Conflict between nursing home staff and residents' families: does it increase burnout? In: *Journal of aging and health* 21 (6), S. 895–912. DOI: 10.1177/0898264309340695.

Haesler, Emily; Bauer, Michael; Nay, Rhonda (2006): Factors associated with constructive staff-family relationships in the care of

older adults in the institutional setting. In: JBI library of systematic reviews 4 (9), S. 1–72.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV

Session of Oral Brief Presentations IV

AUTORES/AUTHORS:

Sebastián Sanz-Martos, Cristina Álvarez-García, Isabel M^ª López-Medina, Carmen Álvarez-Nieto

TÍTULO/TITLE:

Conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción en estudiantes de la Universidad de Jaén: estudio de validación

Objetivo:

Construir y validar un cuestionario para medir los conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción dirigido a estudiantes de Enfermería.

Métodos:

Se diseñó un estudio observacional descriptivo transversal de validación usando la Teoría de Respuesta al Ítem, mediante el modelo de Rasch¹. El estudio se realizó en cuatro fases: 1) desarrollo del cuestionario: Se realizó una búsqueda bibliográfica para desarrollar los ítems que conformaron la primera versión del instrumento. Se formó un banco inicial de 24 ítems. Todos los ítems fueron redactados mediante afirmaciones a las cuales los participantes deberían contestar si la consideraban Verdadera o Falsa, junto con una tercera opción de respuesta No sabe/No contesta.

2) validación del contenido por un panel de expertos: Se formó un comité de 7 expertos nacionales. Los expertos evaluaron la claridad y pertinencia de los ítems de la primera versión del instrumento mediante una escala Likert (1-5) y se les pidió otras aportaciones que consideraran al instrumento. El grado de acuerdo entre los expertos se calculó mediante el estadístico V de Aiken, estableciéndose un valor superior de 0.7 en pertinencia y la claridad del ítem para formar parte del instrumento, y un valor mayor a 0.6 del límite inferior de su intervalo de confianza al 95%².

3) prueba piloto: La muestra piloto estuvo conformada por 20 alumnos del Grado en Enfermería seleccionados aleatoriamente entre los asistentes a las clases docentes. Previo a la cumplimentación de los cuestionarios, todos los participantes firmaron el consentimiento informado. Se calculó el índice de dificultad, índice de discriminación y las correlaciones ítem-total mediante el coeficiente de Pearson.

4) análisis psicométrico: El primer supuesto que se comprobó previo a la realización del modelo es la unidimensionalidad del constructo mediante un análisis factorial y análisis en paralelo mediante una simulación realizada mediante el programa MonteCarlo. La independencia local se calculó mediante el estadístico Q3 de Yen. Para el cálculo del ajuste de los ítems respecto al modelo se usaron los estadísticos Infit y Outfit, estableciendo como valores óptimos de adaptación entre 0.8-1.2. La consistencia interna de 0.7 o superior para ítems y sujetos se consideró aceptable^{1,3}.

La estabilidad temporal se evaluó mediante el procedimiento test-retest en 62 participantes que cumplimentaron el cuestionario dos veces con un intervalo de dos semanas, mediante el coeficiente de correlación intraclase. La validez de constructo se calculó mediante un análisis factorial exploratorio. Por último, la validez discriminativa se calculó con una hipótesis de grupos conocidos, comparando el nivel de conocimiento de los estudiantes que habían recibido formación en el momento de la encuesta respecto a otro grupo de estudiantes que no estaban formados.

Resultados:

Tras una primera valoración por parte del comité de expertos, se generaron 12 ítems nuevos, 21 ítems modificaron su redacción y 6 fueron eliminados por obtener un valor para el grado de acuerdo calculado mediante V de Aiken, inferior a 0.80, quedando 30 ítems. La muestra piloto estuvo formada por 80 participantes seleccionados aleatoriamente entre todos los asistentes a clase en los 4 cursos del Grado. Se calcularon el Índice de Dificultad y de Discriminación, y las correlaciones inter-ítems and ítems-total, eliminándose 14 ítems, quedando 16 ítems.

El instrumento mostró buen ajuste al modelo de Rasch, después de eliminar 1 ítem que presentaba valores superiores para el outfit. Los 15 ítems restantes presentaron valores de Infit y Outfit cercanos a 1, no superando en ningún caso el intervalo de ajuste óptimo 0.8-1.2. Se obtuvo una fiabilidad de 0,98 para los ítems y 0,71 para las personas. La validez de constructo se calculó mediante un análisis factorial exploratorio, encontrándose unidimensionalidad del constructo.

La estabilidad temporal se calculó mediante la prueba test-retest, donde una submuestra de 62 participantes cumplimentó el cuestionario con un intervalo de 2 semanas. Se obtuvo un valor del coeficiente de correlación intraclase de 0.81.

La validez discriminante de la escala, se calculó mediante el contraste de hipótesis de grupos conocidos, donde encontramos que los

grupos formados en el constructo (3º y 4º), obtienen significativamente mayor nivel de conocimiento frente a los grupos no formados (1º y 2º).

Discusión:

El instrumento es válido y fiable para medir el nivel de conocimiento que tienen los estudiantes de enfermería sobre sexualidad y anticoncepción. Para futuras investigaciones recomendamos aumentar el tamaño de muestra a otras universidades, así como a otras titulaciones.

El nivel de conocimiento de la muestra es adecuado, siendo mayor en aquellos estudiantes formados sobre el tema. Se encontró el nivel de conocimiento más alto para el grupo de 3º curso, siendo este grupo el que más reciente tiene la formación, descendiendo en el grupo del 4º año, aunque se mantiene más alto respecto a no estar formados.

Un aspecto a analizar en futuras investigaciones son aquellos ítems donde los participantes señalen la opción No sabe/No contesta, para conocer aquellos aspectos donde los participantes señalan sus lagunas de conocimiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Meyer JP. Applied measurement with jMetrik. 1º ed. Nueva York: Routledge; 2014.
- 2- Charter RA. A breakdown of reliability coefficients by test type and reliability methods, and the clinical implications of low reliability. J Gen Psychol. 2003; 130(3): 290-304.
- 3- Yen WM. Effects of local independence on the fit and equating performance of the three parameters logistic model. App Psych Meas. 1984;8(2): 125-45.

AUTORES/AUTHORS:

María Jesús García Pesquera, M^o del Mar Cavia Camarero, Sara Raquel Alonso de la Torre

TÍTULO/TITLE:

ANTROPOMETRIA Y HABITOS DE SALUD EN ESTUDIANTES DE ENFERMERIA

Según la encuesta Nacional de Salud de España (ENSE, 2017), aumenta la obesidad en España. En la Estrategia NAOS (OMS, 2004), se planteó fomentar alimentación saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia.

El objetivo de este estudio es valorar el estado nutricional de los estudiantes de Grado de Enfermería de la Universidad de Burgos mediante evaluación de su composición corporal, actividad física, consumo de tabaco y alcohol.

METODOLOGIA

Se realiza estudio descriptivo trasversal durante los cursos 2016-17 y 2017-18, analizando índices antropométricos de alumnos que cursan grado de enfermería en la Universidad de Burgos. Se han evaluado 179 alumnos voluntarios (155 mujeres y 24 hombres). Las variables antropométricas recogidas son peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y algún pliegue subcutáneo (bicipital, tricipital, subescapular y suprailíaco). Se calcula el porcentaje grasa corporal con fórmula de Siri (Siri, 1993) utilizando la densidad corporal hallada a partir de la suma de 4 pliegues cutáneos (Durnin y Womersley, 1974).

El nivel de actividad física y horas sentado/día se calcula con Cuestionario de Actividad Física (IPAQ, versión corta) (IPAQ, 2016). Los datos sobre consumo de tabaco, alcohol y percepción sobre influencia del alcohol y valores de IMC a través de un cuestionario de elaboración propia.

RESULTADOS

La edad media de las mujeres es 21,7±4,4 años y en hombres 20,1±1,7. El peso medio de mujeres 59,0±8,5 kg y 71,9±14,7 kg hombres. La talla media es 1,63±0,1 m en mujeres y 1,78±0,06 m en hombres. El IMC medio es 22,0±2,9 kg/m² mujeres y 22,5±3,6 kg/m² hombres.

El porcentaje de grasa corporal mediante Fórmula de Siri es 30,5±4,5% en mujeres y 17,0±4,5% hombres.

Según IMC (Salas-Salvadó y col., 2007), el 76,2% de las participantes tiene normopeso, 7,7% bajopeso, 14,8% sobrepeso y 1,3% obesidad. En hombres, 66,7% normopeso, 8,3% bajopeso, 20,9% sobrepeso y 4,2% obesidad.

Según Gallagher y col. (2000), teniendo en cuenta porcentaje de grasa corporal, 72,3% de mujeres tiene normopeso, 22,6% sobrepeso, 3,9% obesidad y 1,3% bajopeso y hombres el 66,7% normopeso, 29,2% sobrepeso y 4,2% obesidad.

El 90,1% de las mujeres no fuman o de forma esporádica y 9,9% de forma habitual. En hombres, 96,0% no fuman y sólo 4% fuma habitualmente.

El 7,2% de mujeres del estudio nunca toma bebidas alcohólicas, 14,4% lo hace con frecuencia semanal y 78,4% con frecuencia menor. Entre los hombres ninguno ha manifestado no beber nunca, el 20% con frecuencia semanal y 80 % con una frecuencia menor.

Según cuestionario IPAQ (2016), 51,1% de las estudiantes desarrollan actividad física de nivel alto, 37,0% nivel moderado y 11,9% nivel bajo. Los hombres, 56% lo realizan con nivel alto, 40% moderado y 4% nivel bajo.

La media horas/día que las estudiantes pasan sentadas es de 4,7±2,4 horas, de hombres 5,24±1,9h/día.

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES CLÍNICAS:

El 54,5% de los adultos españoles tiene exceso de peso (obesidad y/o sobrepeso) y 17,4%a está afectado por la obesidad (ENSE 2017). La mayoría de nuestros alumnos presentan normopeso, siendo mayor porcentaje entre las mujeres. Según porcentaje de grasa corporal, 33,6% de los hombres del estudio tiene sobrepeso u obesidad frente al 26,5% de las mujeres, presentando cifras inferiores a las españolas y sólo 8,1% de estudiantes afectados por obesidad.

El hábito tabáquico en jóvenes entre 15 y 24 años afecta al 17,6% (20% de los hombres frente al 15,1% de las mujeres) (ENSE

2018). En nuestro caso, el hábito afecta al 13,9% (el 5% fuma ocasionalmente, el 5,6% menos de 5 cigarrillos y el 3,3% fuma entre 5 y 20 diariamente), siendo el sexo femenino el más afectado (9,9% frente al 4%).

Un tercio de la población de 15 y más años toma habitualmente (al menos una vez por semana) bebidas alcohólicas, otro tercio no bebe nunca y el resto ocasionalmente, según los datos de la ENSE 2017. En nuestro estudio, es menor el porcentaje de mujeres y hombres (14,4% y 20%) los que refieren un consumo de bebidas alcohólicas de forma habitual pero también es menor el porcentaje que manifiesta no beber nunca bebidas alcohólicas (el 7% de las mujeres y el 0% de los hombres).

El 35,3% de la población española entre 15 y 69 años no alcanza nivel de actividad física saludable recomendado por la OMS. La mayoría de nuestros estudiantes sí realizan un nivel de actividad físico intenso o moderado, superior en el caso de los hombres (96% frente al 88,1%). Los españoles entre 15 y 24 años pasa sentado un tiempo medio diario de 6,4 horas (ENSE 2017). La media de horas de los estudiantes se sitúa en 4,8 h/día, es superior en los alumnos de primero (6,4 h/día) que en los de cuarto (5,4 h /día y superior entre los hombres (5,2h frente a las mujeres (4,7 h.)

Aunque nuestros estudiantes muestren en general mejores resultados que la población española, debemos seguir trabajando en la línea que recomienda la OMS y aprovechar el momento de vulnerabilidad asociado a esta edad y a la profesión elegida por estos estudiantes. Es importante intensificar intervenciones a realizar durante su proceso formativo, integradas en plan docente, potenciando prevención de la obesidad y adquisición de hábitos saludables, alimentación adecuada y la realización de niveles saludables de actividad física.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Cervera Burriel y col., AÑO. Completar.

Durnin, J.; Womersley, J. (1974). Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 years. *Br J Nutr.*; 32:77-97.

ENSE (2017) Encuesta Nacional de Salud Nacional. España 2017. Principales resultados. Disponible en: <https://goo.gl/2hgiew> Última revisión: 10/09/2018

Gallagher, D.; Heymsfield S.B.; Heo, M.; Jebb, S.A.; Murgatroyd, P.R.; Sakamoto, Y. (2000). Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. *Am J Clin Nut.*; 72: 694-701.

Iglesias y col., AÑO; Completar

IPAQ (2016). Cuestionario Internacional de Actividad Física. Disponible en:

https://www.uma.es/media/tinyimages/file/cuestionario_de_actividad_fisica.pdf Fecha de descarga: 10/09/2016

OMS (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. <https://goo.gl/qiczUS> Fecha de Descarga 28 de octubre de 2017.

Riba Sicart, M. M. (2002). Estudio de los hábitos alimentarios en población universitaria y sus condicionante. Tesis doctoral Universitat Autònoma de Barcelona. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/5632> Fecha de descarga 10/01/2018.

Salas-Salvadó, J.; Rubio, M.A.; Barbany, M.; Moreno, B. y Grupo Colaborativo de la SEEDO* (2007) Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica *Med Clin (Barc)*; 128:184-96.

Siri WE. (1993) Body composition from fluid spaces and density: analysis of methods. 1961. *Rev. Nutrition*; 9:480-492.

AUTORES/AUTHORS:

Anne Clancy, Elena Montañana Olaso, Philip Larkin, Maria Brenner

TÍTULO/TITLE:

Identificando requisitos educativos para el cuidado de niños con necesidades de salud complejas: Un estudio europeo

Introducción Los avances en medicina han incrementado el número de niños viviendo con enfermedades complejas, y con ello la necesidad de ofrecer asistencia sanitaria de alta calidad. Las/los enfermeras/os juegan un papel importante en el cuidado de estos niños y sus familias. El conocimiento y la práctica adquiridos por los mismos han de ser específicos para asegurar una asistencia sanitaria acorde a sus necesidades. **Objetivo** Especificar los requisitos educativos de las/los enfermeras/os, en 30 países europeos, para trabajar con niños que presentan necesidades de salud complejas (NSC) y sus familias en el ámbito comunitario. Este estudio es parte del proyecto financiado por la UE: Models of Child Health Appraised (MOCHA). **Métodos** Se diseñó un cuestionario para atender el objetivo específico del estudio, al cual se le realizaron dos procesos de revisión. Este cuestionario fue distribuido a agentes asignados en cada uno de los 30 países europeos participantes. Una vez revisados y distribuidos, los agentes se encargaron de enviar la encuesta a personal experto de su país o de encontrar la información requerida a través de otras fuentes. Para validar las respuestas obtenidas, se realizó preguntas clarificadoras a los agentes, evitando así errores en su interpretación. Se recibió respuesta de 24 países (80%). Un análisis descriptivo de los datos fue llevado a cabo para analizar los resultados de la encuesta. **Resultados** En el 75% (n=18) de los países participantes las/los enfermeras/os no necesitan formación especializada para trabajar, en el ámbito comunitario, con niños que presentan NSC. Para estos países la formación como enfermera/o generalista es el único requisito. Esta formación es de 4 años en 8 países (44.4%), 3 años en 7 países (38.9%), y 3.5 años en 3 países (16.7%). Aunque la formación especializada no es necesaria en ellos, la mayoría (66.7%, n=12) ofrecen programas de grado y/o postgrado/especialización centrados en el cuidado enfermero pediátrico, siendo los más comunes programas de postgrado/especialización de un año de duración. Seis países (33.3%) afirmaron no tener disponibles programas centrados en el cuidado enfermero pediátrico. Solo cinco países (20.8%) confirmaron que la formación especializada en el cuidado enfermero pediátrico es un requisito para poder trabajar, en el ámbito comunitario, con niños que presentan NSC. Un país (4.2%) manifestó no tener servicios disponibles en el ámbito comunitario para el cuidado enfermero pediátrico. **Discusión** Los resultados muestran que para la mayoría de países europeos el único requisito para trabajar, en el ámbito comunitario, con niños que presentan NSC es el título de enfermera/o generalista. De acuerdo con el Paediatric Nursing Associations of Europe, los niños tienen derecho a ser cuidados por enfermeras/os que están adecuadamente cualificados y formados. Esto refuerza la necesidad de promover formación especializada en el cuidado enfermero pediátrico, con el objetivo de mejorar las habilidades y competencias de las/los enfermeras/os que proveen cuidados a niños con NSC. La creación de un marco de competencias europeas, para regular el cuidado enfermero pediátrico en los programas de formación de enfermeros generalistas, podría ser un paso importante para alcanzar este objetivo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Paediatric Nursing Associations of Europe (2015). Paediatric nurse education in Europe: a position statement by the Paediatric Nursing Associations of Europe (PNAE).

AUTORES/AUTHORS:

Irene Nieto-Eugenio, Manuel Rich-Ruiz

TÍTULO/TITLE:

PERSPECTIVA DE LOS PADRES SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD DE NIÑOS CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS EN EL ENTORNO ESCOLAR

Objetivo: Investigar en qué consiste la atención prestada por profesionales de la salud y maestros a la enfermedad crónica (alergia alimentaria severa, diabetes tipos 1 y epilepsia) en el entorno escolar, desde el punto de vista de los padres.

Método: Se trata de un estudio fenomenológico interpretativo realizado con 13 familias de niños diagnosticados de alguna enfermedad crónica citada anteriormente. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo intencional a través de la Asociación Extremeña de Alergias Alimentarias (AEXAAL), de la Asociación de Diabéticos de Córdoba (ADICOR) y de la Asociación de Epilepsia de Extremadura (AEDEX). La recogida de información, mediante entrevistas semiestructuradas, se repitió hasta la saturación del discurso. Se utilizó el método de las comparaciones constantes para el análisis de los datos.

Resultados: El diagnóstico de la enfermedad crónica supone un cambio radical en las vidas de estas familias, es un proceso muy largo y duro. Se exponen sentimientos de vivir con miedo y desconfianza al tener que dejar al niño al cuidado de la maestra, es por ello que se ha observado una gran afectación en el trabajo de las familias, siendo en la mayoría de los casos la madre la que reduce su jornada laboral o en su defecto deja de trabajar. La preocupación que les produce la enfermedad de sus hijos hace que las madres se sientan juzgadas por su entorno. Se percibe un desconocimiento del problema por parte del centro educativo, al igual que una infravaloración de éste a pesar de haber sido informados previamente por los padres. Estos sentimientos descritos anteriormente les llevan a tener que encargarse ellos totalmente del problema conllevando una implicación constante, estar de guardia de 24h. La familia es la que se encarga de aportar toda la información en lo referente a la patología de su hijo, adoptando con el paso del tiempo una postura de conformismo hacia el colegio, las familias no esperan nada. Otro ambiente generador de problemas en el colegio son las excursiones y los cumpleaños.

Discusión: Se observa una falta de comunicación por parte del centro de salud y el colegio, esto hace evidente muchas carencias en estos dos equipos repercutiendo a nivel familiar. Para proporcionar más tranquilidad a estas familias lo ideal sería añadir la figura sanitaria (enfermera) en el colegio. El centro educativo debería representar una institución que respaldase y aportase ayudas a todas estas las familias sin generar problemas y hacerles más llevadera la ardua tarea de tener un niño con una patología crónica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Patterson C, Guariguata L, Dahlquist G, Soltész G, Ogle G, Silink M. Diabetes in the young - a global view and worldwide estimates of numbers of children with type 1 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2014;103(2):161-175. doi:10.1016/j.diabres.2013.11.005
2. King RM, Knibb RC, Hourihane JO. Impact of peanut allergy on quality of life, stress and anxiety in the family. *Allergy.* 2009;64(3):461-468. doi:10.1111/j.1398-9995.2008.01843.x
3. Niggemann B, Rolinck-Werninghaus C, Mehl A, Binder C, Ziegert M, Beyer K. Controlled oral food challenges in children--when indicated, when superfluous? *Allergy.* 2005;60(7):865-870. doi:10.1111/j.1398-9995.2005.00828.x
4. Thong BYH, Hourihane JOB. Monitoring of IgE-mediated food allergy in childhood. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. 2004;93(6):759-764.
5. Nowak-Wegrzyn A, Sampson HA. Adverse reactions to foods. *Med Clin North Am.* 2006;90(1):97-127. doi:10.1016/j.mcna.2005.08.012

6. Rearick EM, Sullivan-Bolyai S, Bova C, Knafel KA. Parents of children newly diagnosed with type 1 diabetes: experiences with social support and family management. *Diabetes Educ.* 2011;37(4):508-518. doi:10.1177/0145721711412979
 7. Persson S, Dahlquist G, Gerdtham U-G, Steen Carlsson K. Impact of childhood-onset type 1 diabetes on schooling: a population-based register study. *Diabetologia.* 2013;56(6):1254-1262. doi:10.1007/s00125-013-2870-8
 8. Rodrigues Vilela V, de Castro Ruiz Marques A, Schamber CR, Bazotte RB. Hypoglycemia induced by insulin as a triggering factor of cognitive deficit in diabetic children. *ScientificWorldJournal.* 2014;2014:616534. doi:10.1155/2014/616534
 9. Beattie JF, Koch SA, Bolden LB, Thompson MD. Neuropsychological consequences of sleep disturbance in children with epilepsy. *Epilepsy Behav EB.* 2016;57(Pt A):118-123. doi:10.1016/j.yebeh.2016.01.037
 10. Holmes GL, Ben-Ari Y. The neurobiology and consequences of epilepsy in the developing brain. *Pediatr Res.* 2001;49(3):320-325. doi:10.1203/00006450-200103000-00004
 11. Marsh ED, Brooks-Kayal AR, Porter BE. Seizures and antiepileptic drugs: does exposure alter normal brain development? *Epilepsia.* 2006;47(12):1999-2010. doi:10.1111/j.1528-1167.2006.00894.x
 12. Pumphrey RS. Lessons for management of anaphylaxis from a study of fatal reactions. *Clin Exp Allergy J Br Soc Allergy Clin Immunol.* 2000;30(8):1144-1150.
- heir families. *Epilepsia* 2000;41(6): 732-43. DOI: 10.1111/j.1528-1157.2000.tb00236.x

Mesa de Comunicaciones 5: Profesión / Gestión

Concurrent Session 5: Nursing Profession / Management

AUTORES/AUTHORS:

ROSA MARÍA GARCÍA-SIERRA, REYES JUSTICIA MUÑOZ, FERMÍN MARTÍNEZ-ZARAGOZA, JORDI FERNÁNDEZ-CASTRO

TÍTULO/TITLE:

Impacto de las dimensiones de liderazgo transformacional en el engagement del personal de enfermería

1. Introducción

La salud ocupacional ha adoptado tradicionalmente un enfoque patogénico focalizando la investigación y las intervenciones en los resultados laborales negativos. Está ganando interés el enfoque salutogénico, basado en la promoción de las experiencias laborales positivas.

2. Objetivo

Conocer qué dimensiones del liderazgo transformacional tienen mayor impacto en el engagement y en la percepción de empoderamiento estructural de las enfermeras.

Hipótesis: las áreas de liderazgo transformacional impactan de manera desigual en el empoderamiento y en el engagement de las enfermeras.

3. Métodos

- Ámbito: Organización sanitaria integral compuesta de un hospital de agudos, un hospital penitenciario, un hospital geriátrico, siete centros de atención primaria y dos centros de salud mental de la provincia de Barcelona.
- Diseño: Estudio transversal, con cuestionario electrónico.
- Participantes: Enfermeras y auxiliares con funciones asistenciales y jornada superior al 60%. Se realizó una selección con números aleatorios de 150 participantes.
- Variables e instrumentos:

Engagement de las enfermeras: Dimensiones centrales (vigor y dedicación) de la versión española de la Utrecht Work Engagement Scale.

Estilo de liderazgo de las coordinadoras: Versión española del Multifactor Leadership Questionnaire.

Empoderamiento estructural: Adaptación española del Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-II.

- Análisis de datos: Statistical Package for Social Sciences versión 20.0. Análisis descriptivo de todas las variables, consistencia interna de los tres instrumentos con alpha de Cronbach, correlaciones de Pearson para las relaciones entre variables, y regresión jerárquica para testar la hipótesis (controlada por variables sociodemográficas).

4. Resultados

Participaron 133 personas (tasa de respuesta de 87,3 %), el 64 % enfermeras y comadronas y el 36 % auxiliares, con representación de todos los turnos de trabajo. La regresión jerárquica de liderazgo y variable resultado engagement ofrece un modelo con una R² de 0.176, siendo significativa únicamente la dimensión estimulación intelectual. La regresión jerárquica de liderazgo y variable resultado empoderamiento estructural ofrece un modelo con una R² de 0.467 resultando significativas consideración individualizada y estimulación intelectual.

5. Discusión y conclusiones

Las áreas del liderazgo más influyentes en el engagement son la estimulación intelectual (buscar soluciones nuevas a viejos problemas, crear ambientes de tolerancia entre posiciones aparentemente extremas y favorecer el diálogo sobre los valores propios y de la organización), y la consideración individual (mostrar interés en el bienestar de los demás, asignar proyectos de forma individual y prestar atención a aquellos que parecen menos involucrados en el grupo), a través del impacto en el empoderamiento, que estudios anteriores mostraron que era una variable mediadora entre liderazgo transformacional y engagement.

6. Implicaciones para la práctica

Los resultados apoyarían una propuesta educacional que capacitase a las coordinadoras de enfermería para el mejor desempeño en las dimensiones consideración individual y estimulación intelectual del liderazgo transformacional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Córdoba 2018. - 22nd International Nursing Research Conference. Córdoba 2018.

Avolio, B.J. & Bass, B.M. (2004). Multifactor Leadership Questionnaire: Manual and sample Set. ed. Redwood: Mind Garden®

García-Sierra, R. & Fernández-Castro, J. (In Press). Relationships between leadership, structural empowerment and engagement in nurses. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.13805>

Laschinger, H.K.S. & Fida, R. (2015). Linking nurses' perceptions of patient care quality to job satisfaction: the role of authentic leadership and empowering professional practice environments. *Journal of Nursing Administration*, 45 (5), 276–283. doi: 10.1097/NNA.000000000000198

Mesa de Comunicaciones 6: Cuidados Materno-Infantiles

Concurrent Session 6: Mother and Children Care

AUTORES/AUTHORS:

Margarita García de Vicuña Muñoz de la Nava, Víctor Manuel Gonzalez Chorda, Sharon Santos Segura, Yesenia Zapata Macías, Judith Mañas García, Nuria Martí Solé, Cristina Cardona Llorente, Moira Bartolucci, Amanda Gay Pérez

TÍTULO/TITLE:

Estudio de cohortes con 2 grupos de pacientes paralelos comparando el modelo de parto utilizado.

Objetivos: Los objetivos principales fue comparar los resultados obstétricos en los dos modelos de parto en relación al dolor, test de Apgar y afectación del periné. Los objetivos específicos fueron determinar si existe relación entre las variables sociodemográficas, las variables clínicas y el modelo de parto utilizado. La hipótesis del estudio fue que los resultados de las variables clínicas son mejores en las de parto natural que las de parto medicalizado. **Metodología:** Se trata de un estudio prospectivo de cohortes con 2 grupos paralelos de gestantes comparando el modelo de parto utilizado. El lugar del estudio fue en el área obstétrica del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. El periodo del estudio fue de octubre de 2015 a febrero de 2018. La población a estudio fueron gestantes cuyo embarazo y parto fue de bajo riesgo y la atención del mismo realizado por matronas o matronas residentes. La muestra total fue de 148 gestantes, 90 con parto medicalizado y 58 con parto natural. Las gestantes indicaron en su plan de nacimiento la preferencia de su parto. Todas las participantes fueron informadas y firmaron el consentimiento informado. Se realizó un pilotaje de 10 casos con el objetivo de verificar el funcionamiento del circuito de captación de sujetos. Se realizó un análisis para comparar los 2 grupos según una variable numérica, se utiliza el test de Student de comparación de medias, o el U de Mann-Whitney, según la distribución de la variable, en caso de 3 o más grupos se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) o la prueba de Kruskal-Wallis. Para compararlos según una variable categórica, se utilizó el test de chi-cuadrado o el exacto de Fisher. Se utilizaron modelos de regresión múltiple para medir el efecto del grupo en las variables. **Resultados:** Las variables sociodemográficas no mostraron diferencias significativas según el modelo de parto ($p > 0.05$). En cuanto al proceso de parto, hubo diferencias significativas en el tiempo de dilatación ($p = 0.018$), estimulación en la primera fase del parto ($p < 0.001$) y la rotura artificial de bolsa amniótica ($p = 0.027$), siendo superior en el parto medicalizado en las tres variables. En cuanto a la integridad del periné, no hubieron diferencias significativas en cuanto a los desgarros tipo I y II ($p = 0,664$). No hubo ningún desgarro tipo III y IV. En la regresión logística, no hay diferencias significativas. Utilizar la deambulación, posiciones de no litotomía, el calor local, la hidroterapia y la edad materna, aumentan la probabilidad de desgarro en el periné, con un $RR = 1,255$. La puntuación del Test de Apgar fue superior a 8 en todos los casos, aunque las puntuaciones fueron significativamente superiores en el grupo de parto natural ($p < 0.001$), y el $RR = 0,698$. Hay más riesgo de tener un test de Apgar más bajo en el parto medicalizado. El dolor se evaluó con la Escala EVA, fue superior en el grupo de parto natural, con una diferencia de 0.71 puntos, y mostrando diferencias significativas entre grupos ($p = 0.69$). En la regresión logística, el $RR = 1,128$. El único factor significativo fue la edad, a más edad más dolor. Aunque no significativamente, el tipo de parto natural, tiene más probabilidades de tener dolor. En este tipo de parto, utilizar el calor local y tener una posición de no litotomía, disminuyen el dolor. El 98.9% de los partos medicalizados hicieron uso de la anestesia peridural. **Discusión:** La atención natural al parto es una recomendación de la OMS y otras organizaciones internacionales frente a una tradicional atención medicalizada. La atención al parto en las últimas décadas ha estado muy lejos de ajustarse a las verdaderas necesidades de la madre y su pareja. Gracias a un importante esfuerzo de las organizaciones sanitarias, instituciones y asociaciones de profesionales, se ha producido un auténtico cambio de paradigma en donde el parto ha empezado a ser tratado como un proceso fisiológico, natural y perfectamente saludable. La medicina basada en la evidencia pone de manifiesto que el uso inapropiado de la tecnología en el parto ocasiona iatrogenia, incrementando la tasa de cesáreas y partos instrumentales. Algunas mujeres precisarán de estas ayudas, pero la OMS, establecen que no sobrepasan el 10%¹. En la revisión bibliográfica realizada por el investigador para este estudio no ha encontrado estudios similares al realizado, donde se compara los resultados obstétricos de dos modelos de parto y que estos hayan sido atendidos por matronas. Los estudios hallados comparan la atención y los resultados de la matrona vs obstetra. Por otra parte, son muchos factores los que impiden que la matrona desarrolle plenamente sus competencias dentro del marco hospitalario y con una jerarquización asistencial presente en la atención. Esto queda patente en nuestro estudio, donde el tiempo en conseguir la muestra deseada se debió prolongar por este motivo ya que conviven en la asistencia, diferencias categorías profesionales. Así, en el siguiente estudio, se comparan diferentes entornos de atención al parto, como conclusión, sugieren mejoras en los modelos de atención al parto y que sean las matronas las que asuman la responsabilidad

de las gestaciones y partos de bajo riesgo². Para el investigador ha sido laborioso, hacer un discurso estadístico de los resultados, debido a las muchas variables que afectan al parto. Lyon et al, afirmaron que, en este tipo de estudios, la mayor dificultad se produce al intentar controlar una única variable en el seno de un proceso tan complejo como es el parto. El dolor es el protagonista del parto. El miedo de la mujer a padecerlo, hace que tome la decisión de utilizar la analgesia epidural, efectiva para este procedimiento, pero que puede conllevar efectos diferenciadores con las que no lo usan. Por otra parte, en los partos medicalizados, la estimulación con medicación (oxitocina), hace que la intensidad del dolor aumente considerablemente y que la mujer solicite, por este motivo, la analgesia epidural. Así, queda patente, en nuestro estudio, que en los partos medicalizados han hecho uso de la oxitocina el 58,89%. Por tanto, en el momento que la mujer hace uso de la oxitocina, de manera simultánea se aplica la analgesia epidural, y a partir de aquí, todas las otras variables del proceso del parto, se modificaran de manera considerable. Este autor, constata, que la instauración de la analgesia epidural, fue significativamente superior en aquellos partos estimulados con oxitocina³. El siguiente estudio, afirma que el tipo de parto se modifica en función de la aplicación de la analgesia epidural. También que habría más partos normales si no se hiciera uso de la misma⁴. Otras de las variables que presenta diferencias significativas, en nuestro estudio, es el tiempo que emplean las mujeres en la segunda y tercera fase del parto (dilatación/expulsión). El tiempo total de las de parto medicalizado ha sido de 385 minutos frente a 335.4 minutos de las de parto natural. Vemos que la media en el parto medicalizado es 49,6 más elevada que la del parto natural, ($p=0,018$). En la tercera fase del parto la diferencia entre los dos modelos de parto no resultó ser significativa, en el parto medicalizado la media solo fue 14,23 minutos más. Ruiz FJ et al, lo confirma en los resultados de su estudio, afirmando, que la analgesia epidural aumenta el tiempo del proceso del parto⁵. Las mujeres con parto natural utilizaron posiciones más fisiológicas para parir, como son la silla obstétrica, cuadrupedia y el decúbito lateral derecho e izquierdo, mientras que las mujeres con parto medicalizado usan la posición tradicional de litotomía. En nuestro estudio, la posición de no litotomía contribuye a disminuir el dolor en el modelo de parto natural, y las mujeres con mayor edad tienen más probabilidad de tener dolor. Por otra parte, la deambulación durante el trabajo de parto puede aumentar la probabilidad de sufrir desgarro perineal. Jimenez M, en su estudio, analiza las ventajas que tiene la movilidad de la mujer durante el parto, y lo asocian a una mejor tolerancia al dolor, una menor utilización de la analgesia epidural, reducción del tiempo de la segunda y tercera etapa del parto⁶. En ningún caso de los partos realizados se produjo un desgarro tipo III y IV. Por tanto, en los partos vaginales, atendidos por matronas, es posible conseguir buenos resultados en cuanto a la integridad del periné, independientemente del modelo de parto utilizado. Así lo sugiere el siguiente estudio que se realizó en tres centros de partos dirigidos por matronas en Tokio, Japón. Concluye el estudio que, en los partos vaginales normales de mujeres de bajo riesgo, es posible evitar la episiotomía y lograr una tasa alta del perineo intacto, con pocas laceraciones de segundo y tercer grado⁷. En cuanto a la variable Test de Apgar, sí que hay diferencias significativas entre los dos modelos de parto. Se interpreta que todos los recién nacidos tuvieron una buena puntuación, si bien la puntuación de 10 se da en más casos de partos naturales. El siguiente estudio constata como la aplicación de la analgesia epidural puede tener algún efecto adverso sobre el bienestar del recién nacido. Los valores del Test de Apgar a un minuto y cinco minutos fueron significativamente menores en los recién nacidos cuyas madres habían recibido analgesia epidural⁸. Implicaciones para la práctica clínica: La atención natural al parto es una recomendación de la OMS y otras organizaciones internacionales frente a una tradicional atención medicalizada. En la literatura hay poca evidencia sobre la comparación de los resultados obtenidos en estos modelos de parto. A pesar de sus limitaciones, los resultados de este estudio tienen importantes implicaciones para la práctica clínica ya que evidencia que los resultados de atención natural al parto no son superiores en todos los aspectos frente al parto medicalizado. Es deseable, por el investigador, que este trabajo, contribuya que las matronas puedan desempeñar las competencias de su profesión de manera plena, y que estos resultados se puedan extrapolar a otros entornos y contribuyan a la obstetricia del presente y del futuro.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

- 1.Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS.

Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra, 1996.

2. Healy S, Humpherys e, Kennedy C. Una exploración cualitativa de cómo la percepción de las matronas y obstetras afecta a las prácticas de atención en las mujeres con partos de bajo riesgo. *Nacimiento de las Mujeres*. 2017 Oct; 30 (5): 367-375
3. Lyon DS, Knuckles, Whiteaker E, Salgado S. The effect of instiluting and elective labor epidural programo on the opertive delivery rate. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 90:135-141
4. Rojo Escribano M^aA. Repercusión de la Analgesia Epidural en el Test de Apgar del neonato. *Rev. Enfermería CyL (Castilla/León)*. Vol 15, N^o1. 2013.
5. Ruiz FJ, Lacal F, de Padro MJ. Gomariz MI, Rodriguez FD. Analgesia epidural y parto. Resultados obstétricos y perinatales. *Matronas Profesión. Servicio de paritorio. Hospital Alto Guadalquivir (Andújar)*.
6. Jimenez M, Pérez A. El uso de la monitorizaión fetal durante el parto en gestantes de bajo riesgo. *Matronas profesión*. 2008; 9(2):5-11.
7. Suto M, Takehara K, Misago C, Matsui M. Prevalencia de laceraciones perineales en mujeres que dan a luz en centros dirigidos por matronas en Japón; un estudio descriptivo retrospectivo. *J Parteras Salud de la Mujer*. 2015 Jul-Ago; 60 (4): 419-27.
8. Herrera-Gómez A et.al. Estudio retrospectivo de la asociación entre analgesia epidural durante el trabajo de parto y complicaciones para el recién nacido. *Partería*. 2015 jun; 31(6): 613-6.

AUTORES/AUTHORS:

Raquel Devesa Casals, Josefina Patiño Masó, Carolina Rascón Hernan

TÍTULO/TITLE:

RUIDO Y LUZ DOS ESTÍMULOS A TENER EN CUENTA EN EL CUIDADO NEONATAL

Objetivo General. Analizar los efectos que a corto y largo plazo provocan los niveles elevados de ruido y luz en los prematuros ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Objetivos específicos: estudiar los efectos fisiológicos provocados por la luz y el ruido en los recién nacidos prematuros. Conocer las consecuencias a corto y largo plazo de los factores externos estudiados en los participantes. Describir los métodos de prevención a utilizar en las unidades de cuidados intensivos neonatales que resultan más efectivos para disminuir el efecto que producen dichos factores externos en los prematuros.

Métodos. Revisión bibliográfica realizada entre octubre de 2013 y abril de 2014. Bases de datos consultadas: Medline (Pubmed), CINAHL, Scielo, ProQuest Health and Medical Complete y portal de Editoriales Elsevier. Palabras clave: premature infant; NICU, noise, light, environment, physiological effects, brain, NIDCAP. Operadores booleanos: AND, OR. Artículos a texto completo en español o inglés de antigüedad menor a 5 años. Se excluyeron aquellos cuyo tema principal no era el que se presenta en el objetivo de la revisión. Se incluyeron un total de 15 referencias.

Resultados. 7 revisiones bibliográficas, 4 estudios de cohortes, 2 estudios descriptivos transversales, 1 estudio con diseño de medidas repetidas y 1 meta análisis. Muestras de recién nacidos entre 24 y 36 semanas de gestación. El desarrollo neurosensorial del sistema auditivo presenta su período más crítico desde las 25 semanas de gestación hasta los 6 meses de edad. Las neuronas del lóbulo temporal se afinan para recibir señales a intensidades y frecuencias específicas¹. Los prematuros necesitan estar en un medio silencioso para favorecer que estas conexiones neuronales se hagan correctamente. El volumen de las alarmas de bombas y monitores, cerrar las puertas de las incubadoras, hablar en voz alta sobre las incubadoras o cerrar los cajones de forma brusca pueden generar un aumento del ruido hasta los 120dB. Este incremento puede alterar la estabilidad fisiológica de forma inmediata y contribuir a desarrollar problemas a largo plazo. El sistema visual madura más tarde y los bebés prematuros menores de 32 semanas no presentan una constricción pupilar para responder a estímulos lumínicos². Flujos luminosos altos como el uso de fototerapia, pueden alterar el funcionamiento del sistema visual y se recomiendan niveles de luz <645lux³. El sistema visual continúa en desarrollo hasta los tres años de edad, por lo que es esencial la atención continuada a estos niños. Una de las causas de ceguera en pacientes prematuros es la retinopatía, los problemas en la retina pueden aparecer hasta los 3 meses de edad⁴.

Discusión. Algunas de las intervenciones que los profesionales enfermeros realizan al cuidar a los neonatos prematuros en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, constituyen una de las causas que con más frecuencia influyen en los parámetros fisiológicos y comportamentales y de forma específica con los relacionados con el desarrollo del sistema neurológico del recién nacido.

El ruido y la luz provocan cambios en los parámetros fisiológicos y en el comportamiento de los prematuros, siendo la disminución de la saturación de oxígeno y el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria los que más varían a corto plazo⁵⁻⁷.

Cabe tener en cuenta el diseño de las UCI neonatales para disminuir al máximo los efectos ambientales e intentar que el ambiente físico de la unidad neonatal sea lo más parecido posible al medio intrauterino, en el cual dichos pacientes deberían estar todavía.

Se observa que los prematuros expuestos a elevados niveles de ruido presentan mayor riesgo de problemas en la edad escolar con más facilidad para la distracción, la hiperactividad o las dificultades en el lenguaje⁸⁻¹⁰.

Llevar a cabo los procedimientos rutinarios como el cierre de las puertas de las incubadoras de forma cuidadosa, bajar el volumen de las alarmas, agrupar todas las intervenciones que deben realizarse al paciente en un mismo momento, tapar las incubadoras, usar reguladores de luz, guardar la distancia apropiada entre una incubadora y la otra, son solo algunas de las recomendaciones que pueden ayudar a disminuir la intensidad de ruido y luz evitando interrupciones en los estados de sueño y vigilia de estos neonatos y protegiendo a la vez, su neurodesarrollo. El uso de reguladores de luz ayuda al paciente a adaptarse, evitando cambios bruscos en los parámetros fisiológicos, reduciendo comportamientos de irritabilidad y llanto excesivo y facilitando su neurodesarrollo. A corto plazo, la higiene o las analíticas provocan (en no pocas ocasiones) llantos intensos, mayor irritabilidad y menos periodos de sueño prolongado 11-14.

La revisión que se presenta contiene algunas limitaciones entre las que se contemplan la dificultad para obtener estudios con muestras significativas que relacionen la exposición excesiva de los prematuros al ruido y la luz con las intervenciones enfermeras y los problemas a corto y largo plazo respecto al neurodesarrollo de dichos pacientes. Algunos de los artículos analizados, presentan resultados subjetivos que dificultan una valoración exhaustiva del tema estudiado por lo que convendría mayor investigación en este campo para obtener mayor evidencia científica al respecto del tema estudiado.

Implicación en la práctica diaria: se constata un avance significativo en la disminución del ruido y la luz en la UCI neonatal, conviene aumentar la consciencia de los profesionales sanitarios y educar a los familiares para evitar complicaciones a corto y largo plazo en los prematuros ingresados en dichas unidades.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Peng NH, Bachman J, Jenkins R, Chen CH, Chang Y, Chang YS, et al. Relationships between environmental stressors and stress bio behavioral responses of preterm infants in NICU. *J Perinat Neonat Nurs*. 2009; 23(4):[363-71].
2. Wachman EM, Lahav A. The effect of noise on preterm infants in the NICU. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2011;96(4):[305-9].
3. Dong Y, Chen SJ, Yu JL. A systematic Review and Meta - Analysis of Long - Term Development of Early Term Infants. *Neonatology*. 2012;102:[212-21].
4. Pineda RG, Neil J, Dierker D, Smyser CD, Wallendorf M, Kidokoro H, et al. Alterations in Brain Structure and Neurodevelopmental Outcome in Preterm Infants Hospitalized in Different Neonatal Intensive Care Unit Environments. *J Pediatr*. 2014;164:[52-60].
5. Elser H, Davis DH, Levy J, Brandon D. The effects of environmental noise and infant position on cerebral oxygenation. *Adv Neonatal Care*. 2012;12(5):[18-27].
6. Ozawa M, Sasaki M, Kanda K. Effect of procedure light on the physiological responses of preterm infants. *Japan Journal of Nursing Science*. 2010;7:[76-83].
7. Lasky RE, Williams AL. Noise and Light Exposures for Extremely Low Birth Weight Newborns During Their Stay in the Neonatal Intensive Care Unit. *Acad Pediatr*. 2009;123 (2009):[540-46].

8. Smith GC, Gutovich J, Smyser C, Pineda R, Newnhan C, Tjoeng TH, et al. Neonatal intensive care unit stress is associated with brain development in preterm infants. *Ann Neurol* . 2011; 70:[541-9].
9. Krueger C, Horesh E, Crosland BA. Safe sound exposure in the fetus and preterm infant. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012;41(2):[166-70].
10. McMahon E, Wintermark P, Lahav A. Auditory brain development in premature infants: the importance of early experience. *Ann N.Y. Acad Sci*. 2012;1252(2012):[17-11. Legendre V, Burtner PA, Martinez KL, Crowe TK. The evolving practice of developmental care in the neonatal unit: A systematic review. *Phys Occup Ther Pediatr* . 2011;31(3):[315-38].
12. Lai TT, Bearer CF. Iatrogenic Environmental Hazards in the Neonatal Intensive Care Unit. *Clin Perinatol*. 2008; 35(2008):[163-81].
13. Bremmer P, Byers JF, Kiehl E. Noise and the premature infant: physiological effects and practice implications. *JOGNN*. 2003;32(4):[447-53]
14. Gray L, Philbin MK. Effects of the neonatal intensive care unit on auditory attention and distraction. *Clin Perinatol*. 2004; 31(2004):[243-60].

AUTORES/AUTHORS:

M^a ÁNGELES BARBA PÉREZ, M^a VICTORIA ROJO TORDABLE , AGUSTÍN MAYO ISCAR , ISABEL MOLPECERES VELASCO, VIRTUDES NIÑO MARTÍN, JACOB GONZÁLEZ GANCEDO, ROSARIO CONESA GIL

TÍTULO/TITLE:

DESINFECCIÓN EN LA PUNCIÓN CAPILAR PARA LA DETERMINACIÓN DE GLUCEMIA EN RECIÉN NACIDOS

Las determinaciones de glucemia capilar en neonatos son muy habituales debido a los peligros potenciales y a la poca expresividad clínica que tienen en ellos las alteraciones de la glucosa; además, la hipoglucemia es la alteración metabólica más frecuente y uno de los problemas más habituales en la etapa neonatal. No hay consenso a la hora de establecer los límites de la normalidad, la mayoría acepta como valores de referencia para establecer una intervención clínica concentraciones plasmáticas inferiores a 45-50 mg/dl después de las 24 horas de vida.

El empleo de antisépticos para desinfectar la piel en la determinación de glucemia capilar es un punto controvertido y a pesar de ello hay muy pocos estudios al respecto, se han hecho en adultos diabéticos y sólo con alcohol. La recomendación más frecuente es lavar la zona con agua y jabón y secar bien y algunos recomiendan simplemente limpiar con una gasa seca. El estudio de Gómez Calvo y col. muestra que lavar antes la zona da valores más bajos porque se eliminan restos de comida y elementos que contengan productos que afecten a la medición. Hay quien recomienda aplicar el antiséptico después de lavar y secar para que no se inactive en presencia de materia orgánica. Un estudio de Martínez y Parrón en diabéticos no encuentra una diferencia estadísticamente significativa después de limpiar con suero fisiológico o con alcohol. Tampoco encuentran diferencias relevantes Meneu y col cuando comparan en diabéticos el alcohol de 96° con no utilizar nada. En cambio, no secar los antisépticos puede diluir la muestra y alterar el resultado. Para la medición de glucemia con tiras reactivas se aconseja desechar la primera gota pero el estudio de González Pascual y col demuestra que no es necesario.

OBJETIVOS

Determinar si el uso de alcohol de 70^a o de clorhexidina al 0,05% para desinfectar la zona de punción en la determinación de glucemia capilar en neonatos modifica significativamente el resultado de la glucemia capilar. Determinar cuál de los dos antisépticos, modifica menos el resultado.

METODOLOGÍA

Estudio experimental correlacional que compara los resultados de la determinación de glucemia capilar obtenidos después de limpiar la zona de punción por frotación con una gasa estéril seca (sin utilizar antiséptico= SIN), con alcohol de 70° (ALC) o con clorhexidina al 0,05% (CLO). Se realiza en la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Los criterios de inclusión son: neonatos de más de 32 semanas de gestación, 1500 gr de peso y valor hematocrito inferior al 70%, que precisan una determinación de glucemia capilar y que permiten recoger dos muestras consecutivas con una única punción. Se seleccionan consecutivamente los niños que cumplen los criterios de inclusión hasta completar un total de 360 controles. Se establecen tres grupos, cada uno con una pauta de actuación diferente, y se asignan aleatoriamente los individuos de la muestra.

Para el análisis de los datos se emplea la hoja de cálculo Microsoft Office Excel y el programa estadístico SAS. Para el análisis estadístico se resumen con medias y desviaciones típicas las mediciones obtenidas por cada método y las diferencias entre parejas consecutivas de mediciones. Se calculan intervalos de confianza al 95% para la diferencia de medias y los correspondientes p-valores. Se utiliza el coeficiente de correlación intraclase y la metodología de Bland-Altman para estudiar la concordancia entre parejas de mediciones.

Para realizar el procedimiento se elabora un protocolo de actuación. En cada control de glucemia se hacen dos determinaciones consecutivas, siempre aprovechando la misma punción. Todas las muestras se recogen aprovechando controles clínicos pautados, no se realiza ninguna glucemia innecesaria clínicamente ni una nueva punción para la segunda determinación. En la primera

medición se limpia siempre la zona de punción por frotación con gasa estéril seca. La segunda se realiza 20- 40 segundos después y se establecen 3 intervenciones diferentes: 1ª limpiar con alcohol de 70° (ALC), 2ª limpiar con clorhexidina 0,05% (CLO) y 3ª sin antisépticos con gasa seca (SIN). Cuando no se puede conseguir sangre para la segunda determinación se desecha el caso. Se evitan zonas edematosas, cianóticas, lesionadas o muy pinchadas. Para reducir el dolor se utiliza succión no nutritiva y microlancetas con resorte estériles. Se desecha la primera gota teniendo en cuenta que la segunda determinación se hace siempre con sangre de la misma punción

En el protocolo de actuación para la primera determinación se establece la misma pauta para los 3 grupos: limpiar la zona por frotación con gasa estéril seca; pinchar con lanceta estéril; hacer compresión ligera, desechar la primera gota y recoger la siguiente para medición.

Para la 2ª determinación se establecen 3 intervenciones diferentes una vez recogida la primera muestra:

- 1.- En el primer grupo (SIN-ALC): retirar restos de sangre; limpiar la zona con gasa estéril impregnada en alcohol de 70°; esperar 20-40 segundos; limpiar con gasa estéril seca para eliminar restos del antiséptico; volver a hacer compresión ligera; desechar la primera gota obtenida tras la compresión y recoger la muestra
- 2.- En el segundo grupo (SIN-CLO): se procede igual pero impregnando la gasa en clorhexidina 0.05%
- 3.- En el tercer grupo (SIN-SIN): se procede igual pero volviendo a limpiar con gasa estéril seca

Las enfermeras participantes conocen el protocolo y en cada determinación realizan de forma aleatoria una de las intervenciones establecidas, de manera que todas recogen muestras de las 3 pautas.

Se utilizan dos medidores de glucosa OPTIMUN Xceed, empleando siempre el mismo aparato para las dos mediciones consecutivas y comprobando su correcta calibración con cada tira reactiva nueva. Este modelo mide y registra numéricamente rangos de glucosa en sangre entre 20- 500 mg/dl. Se emplean tiras reactivas de glucemia Freestyle Optium H, diseñadas para trabajar con sangre entera recién extraída con rangos de hematocrito entre 20-70%. Requieren un volumen de 0,6 µL y el tiempo de lectura es de 20 seg. Se utilizan siempre tiras envasadas que se abren en el momento y se comprueba la fecha de caducidad.

La recogida se hace hasta obtener 720 mediciones, 240 de cada grupo. Se obtienen 360 determinaciones de la primera muestra sin antiséptico y 360 de la segunda, de las cuales, 120 son con alcohol, 120 con clorhexidina y 120 sin antiséptico

RESULTADOS

En el primer grupo SIN-ALC se recogen 120 controles de glucemia que permiten comparar 120 determinaciones SIN y 120 ALC. El valor promedio de las mediciones SIN es de 74,608 mg/dl (desviación estándar de 25,216 DT) y para las mediciones ALC de 73,275 mg/dl (DT 24,716 mg/dl). La diferencia de las medias poblacionales es inferior a 2,75 (con un 95% de seguridad $p=0,06$)

En el segundo grupo SIN-CLO se recogen 120 controles de glucemia que permiten comparar 120 determinaciones SIN y 120 CLO. El valor promedio de las mediciones SIN es de 74,133 mg/dl (DT 15,353 mg/dl) y el de las mediciones CLO de 73,750 mg/dl (DT 15,353). La diferencia de las medias poblacionales es inferior a 1,74 (con un 95% de seguridad $p=0,57$)

En el tercer grupo SIN-SIN se recogen 120 controles de glucemia que permiten comparar 120 determinaciones SIN y otras tantas SIN. El valor promedio de las primeras mediciones SIN es de 81,075 mg/dl (DT 20,015 mg/dl) y el de las segundas de 81,183 mg/dl (DT 19,964 mg/dl). La diferencia de las medias poblacionales es inferior a 1,04 (con un 95% de seguridad $p=0,85$)

La concordancia entre las mediciones obtenidas es muy elevada, sobre todo en los grupos SIN-ALC y SIN-SIN. El coeficiente de correlación intraclase entre SIN-ALC es 0,95; entre SIN-CLO 0,89 y entre SIN-SIN 0,95. Los límites de concordancia de Bland-Altman arrojan diferencias entre SIN-ALC inferiores a 16,6 unidades (en valor absoluto para el 95% de los casos); entre SIN-CLO inferiores a 15,3 uds. y entre mediciones repetidas SIN-SIN inferiores a 12,8 uds.

DISCUSIÓN

Los neonatos son una población especialmente susceptible a las infecciones por su inmadurez inmunológica y las punciones repetidas son un factor de riesgo. No existe acuerdo sobre el antiséptico más apropiado para ellos, debido a la inmadurez de su piel no se puede descartar la absorción cutánea de estos productos, especialmente en los prematuros. Los antisépticos más utilizados en

esta población son el alcohol de 70° y las soluciones de clorhexidina, las soluciones yodadas están contraindicadas.

En punciones venosas y arteriales se utilizan sistemáticamente antisépticos para desinfectar la zona de punción; en las capilares para determinación de glucemia no hay acuerdo en cuanto a su uso, a pesar de que este tipo de punción no está exenta de riesgos reconocidos; dolor, trauma local e infección, incluyendo celulitis y osteomielitis del calcáneo. Se afirma que alteran los resultados, sobre todo el alcohol, pero sin evidencia científica que lo justifique. Los pocos trabajos sobre el tema se han hecho en diabéticos adultos y no demuestran diferencias significativas. Un estudio que compara alcohol y clorhexidina concluye que no hay diferencias, pero no demuestra si su uso modifica los valores de la glucemia. No se encuentra ningún estudio en neonatos sobre la influencia de estos antisépticos en el resultado de la glucemia capilar.

Este estudio valora cómo se modifica el resultado de la glucemia por el uso de antisépticos en la zona de punción al comparar los valores obtenidos cuando se utiliza alcohol 70° y clorhexidina 0,05% frente a los conseguidos cuando se hace una limpieza por frotamiento con una gasa estéril seca. Al recoger dos muestras consecutivas, una sin antiséptico y otra con él, podemos comparar los dos valores. En la tercera serie de controles los dos valores consecutivos se obtienen sin utilizar antiséptico por lo que permite comparar los resultados entre la primera muestra y la segunda en las mismas condiciones y valorar después las variaciones cuando en la segunda determinación se utilizan antisépticos.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres métodos. Cuando se utiliza el mismo procedimiento (SIN-SIN) encontramos una diferencia de hasta 12,8 unidades (mg/dl) entre la primera y la segunda determinación. Con los otros dos métodos esta diferencia se incrementa en un 95% de los casos en 3,8 uds. cuando se utiliza alcohol de 70° (SIN-ALC) y en 2,5 uds. cuando se utiliza clorhexidina al 0,05%. Consideramos que estas diferencias con los dos antisépticos, inferiores a 4 unidades (mg/dl), no son relevantes clínicamente y sólo sería necesario tenerlas en cuenta para valores límites, en particular para los de hipoglucemia (<45-50 mg/dl), y es habitual confirmar analíticamente los valores bajos.

No se han encontrado por tanto diferencias estadísticamente significativas en los resultados entre el alcohol de 70° y la clorhexidina 0,05%. Podemos concluir que los tres procedimientos empleados actúan de forma similar y que se pueden utilizar estos antisépticos sin modificar significativamente el resultado de la glucemia capilar. La elección del antiséptico se deberá valorar en función de sus características, las características del niño y la frecuencia de los controles.

Considerando la importancia que tiene la asepsia en los neonatos y disminuir los riesgos infecciosos, a la vista de los resultados obtenidos, no se justifica el argumento de que estos antisépticos alteran los valores de la glucemia capilar. Sería conveniente realizar más estudios para confirmar esta conclusión con un nivel más alto de evidencia y concretar el tipo de antiséptico más eficaz y seguro para los neonatos.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Urbón Artero A, Reig Del Moral C. Toma de muestras de sangre de talón. En Moro M, Vento M, edit. De guardia em Neonatología. 3ª ed. Barcelona: Editorial Panamericana; 2016. p. 815-816
- 2- Ringer S A. Procedimientos neonatales habituales. En Cloherty y Stark. Manual de Neonatología. 8ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017: p. 966
- 3- Gomella TL, Cunnighan D, y col. Hypoglycemia. En Neonatology. Management, Procedures, On-call Problems, Diseases and Drugs. New York: Mc Graw-Hill Education; 2013: p. 427-436
- 4- Shah VS, Ohlsson A. Venepuncture versus heel lance for blood sampling in term neonates (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2011 Oct 5;(10):DOI: 10.1002/14651858.CD001452.pub4
- 5- González Pascual JJ, Agudo Polo S y col. Técnica de glucemia capilar, ¿es necesario desprejar la primera gota de sangre?. Centro de Salud. 2002; 10(7): p 438-440

- 6- Parramón M. Particularidades de la medición de la glucemia capilar: aspectos técnicos, clínicos y legales. *Endocrinología y Nutrición*. 2004; 51(7): p. 433-439
- 7- Gómez Calvo CJ, Gómez Calvo JJ y col. Estudio sobre la influencia del lavado de manos previo a la punción digital en la medición de la glucemia capilar con glucómetros. *Evidentia*. 2011 abr-jun; 8(34)
- 8- Martínez-Jiménez I, Parrón Carreño T. Glucemia capilar. ¿Alcohol o suero fisiológico en la limpieza de la piel? *Evidentia*. 2007 may-jun; 4(15)
- 9- Meneu Montoliu V, Cerdá Alfonso V y col. El uso de alcohol como desinfectante para la punción en la medición de la glucemia capilar : ¿altera el valor de la glucemia? *Atención primaria*. 1997; 20(7): p. 372-375
- 10- Zhou L, Sun W. Influence of two desinfectants on the results of peripheral blood sugar monitoring. *Chinese Nurse Research*. 2002 mayo; 16(5): p. 260-261
- 11- Rodríguez Dolz MC, Orejón Lagunas V y col. La Técnica de Punción Capilar y Pruebas metabólicas. *Enfermería Integral* 80. 2007: p 20-22
- 12- Martos Monereo MA, López Martos V. Muestras sanguíneas: desde el envasado al análisis, factores que falsean las glucemias en adultos y recién nacidos. *Enfermería Científica*. 1996; 168-169: p. 24-27
- 13- Tineo Drove T, Baena Pérez M y col. Análisis de los valores de glucemia en sangre arterial y venosa frente a sangre capilar. *Nursing*. 2006; 24(10): p. 62-65
- 14- Granero Molina J, Lao Barón FJ, Fernández Sola C. Procedimientos enfermeros en la determinación de glucemia. *Enfermería Científica*; 2004; 272-273: p 16-23
- 15- Manual de instrucciones de Medisense Precision Q.I.D.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves V

Session of Oral brief Presentations V

AUTORES/AUTHORS:

NURIA CASCALES MADRONA, MARIA FELICIDAD DIÉGUEZ RODRÍGUEZ, MARÍA FÉ RUIZ GARCÍA, BENEDICTA SÁNCHEZ GONZÁLEZ, ANA ISABEL BRIONES GARCÍA, ELISA BELÉN CORTÉS ZAMORA, MELISA LÓPEZ UTIEL, CARMEN MARÍA ALFARO ALGABA, PAULA PASTOR MARTÍN

TÍTULO/TITLE:

Primer año del Equipo Continuidad Asistencial de Geriátrica: funcionamiento, evitación de recursos y análisis de costes

1. Objetivo(s):

Describir el funcionamiento de un Equipo de continuidad Asistencial (ECA), analizar la evitación de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias de los pacientes, así como el análisis de costes estimado en términos de euros (€), durante el primer año.

2. Método:

Estudio retrospectivo de los 320 pacientes atendidos (Oct 16-Nov 17). Se recogieron variables sociodemográficas, diagnóstico principal, comorbilidad (Charlson), dependencia para las ABVD (Barthel), deterioro cognitivo (GDS de Reisberg), servicio de procedencia, derivación del paciente, número de visitas realizadas, así como visitas a urgencias e ingresos en el siguiente mes a la intervención. El coste ahorrado por hospitalización del paciente se determinó en base al coste por GRD publicado por el SESCAM en 2013, y el de la reducción de estancia hospitalaria dividiendo el coste por GRD por la estancia media y multiplicándolo por los días evitados de ingreso. Se determinó también el coste ahorrado por visita del ECA dividiendo el coste ahorrado total por el número de visitas realizadas.

3. Resultados.

La edad media de los pacientes atendidos fue de 87,3. Entre ellos había un total de 179 mujeres (55,9%). 185 pacientes fueron derivados de geriatría (57,8%), 123 (38,4%) de urgencias y 12 de otros servicios (3,8%). Barthel 44, Charlson 3,8, GDS de Reisberg 3,9. Los motivos de consulta por grandes grupos fueron: Aparato digestivo 19 (5,9%), aparato circulatorio 66 (20,6%), aparato respiratorio 123 (38,4%), aparato urinario 48 (15%) y otros 64 (20%). En cuanto a las actividades realizadas por el equipo destaca el control sintomático 314 (98,1%) la educación para la salud, 268 (83,8%), seguido por la realización de cambios en la medicación 263 (82,2%). La media del número de visitas domiciliarias fue de 1,8 y en 225 casos se realizó llamada telefónica de control posterior (70,3%). En los 30 días siguientes, 70 pacientes acudieron a urgencias (21,9%), 50 fueron hospitalizados y 21 fallecieron (6,6%). En 50 pacientes no se produjo ahorro de costes (15,6%), pero en el resto sí. El ahorro medio por paciente fue de 2.271€ y el total 726.925€ al año. El ahorro medio por visita fue de 1448€. Los pacientes procedentes de Urgencias supusieron un ahorro de 1074€ más que los procedentes de Geriátrica. Los participantes con mejor situación funcional (IB 90-100) presentaron un mayor ahorro de costes. Discusión

4. Discusión.

La población anciana se caracteriza por tener necesidades complejas de salud, alta vulnerabilidad, pluripatología, descompensaciones, limitación de la capacidad de autocuidado y dependencia. Lo que se traduce en un aumento de la hospitalización y del gasto sanitario. Por ello, se están desarrollando nuevas fórmulas para la atención especializada, con el objetivo de disminuir los costes, la estancia y los riesgos de la hospitalización. El Equipo de Continuidad Asistencial (ECA) de Geriátrica compuesto por médico y enfermera produce un ahorro de costes de 726.925€/año basado en disminuciones de hospitalizaciones y acortamiento de estancias hospitalarias. La futura incorporación de Equipos de Continuidad Asistencial dentro del sistema sanitario serán coste-efectivos, mejorando la asistencia así como promoviendo la permanencia del paciente en el domicilio durante procesos agudos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Baztán JJ, Rangel O, Gómez J. Deterioro funcional, discapacidad y dependencia en el anciano. En: Abizanda P, editor. Tratado de Medicina Geriátrica. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p.372-382.

2. Mas MA, Santaeugenia S, Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015; 50 (1)26-34.
3. Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A, Rodríguez Lozano MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.*2012; 26 (S):63-68.
4. Cuxart Mèlich A, Estrada Cuxart O. Hospitalización a domicilio: oportunidad para el cambio. *Med Clin (Barc).* 2012 Abril; 138(8): pp. 355–360.
5. Solé-Casals M, Chirveches-Pérez E, Alsina-Ribas A, Puigoriol- Juvanteny E, Oriol-Ruscalleda M, Subirana-Casacuberta M. La continuidad de cuidados desde el hospital de agudos: resultados. *Enfer Clin.*2015; 25 (4):177-185.
6. Cejudo Díaz I. Conceptos clave en Hospitalización a domicilio. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. 2012; pp. 1-7. Disponible desde: <http://librodopeto.com/25-hospitalizacion-domicilio/251-conceptos-clave-en-hospitalizacion-domicilio/pdf/> (Último acceso 10 Diciembre 2017).

AUTORES/AUTHORS:

Antonio Ramos Sánchez, Ana Sofia Fernandes Ribeiro, Juan Manuel Arribas Marín, David Fernández Ayuso, Julio de la Torre Montero

TÍTULO/TITLE:

Costes directos del tratamiento de las úlceras por presión en el contexto sociosanitario

Objetivo:

1. Conocer la incidencia acumulada (IA) y prevalencia periodo (PP) de úlceras por presión (UPP) entre la población a estudio.
2. Estimar el coste económico directo de tratamiento para las diferentes categorías de UPP hasta su cicatrización.

Método:

Diseño del estudio.

Se trata de un estudio observacional, correlacional, retrospectivo y longitudinal.

La recogida de datos para el establecimiento de la PP e IA se ha realizado en base al Pressure Ulcer Prevalence Collection Sheet (EPUAP, 2002). El diseño se ha establecido siguiendo estándares internacionales (Wounds International, 2013) y el contenido ha sido validado a través de la Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards – CHEERS Checklist (Husereau et al., 2013).

Sujetos.

Pacientes ingresados en los programas de Hospitalización de la Fundación Instituto San José (FISJ) de Madrid

Criterios de inclusión.

Pacientes ingresados en el periodo comprendido entre 1 de enero de 2013 y 31 de diciembre de 2015 que presenten en el momento del ingreso o durante su estancia hospitalaria al menos una UPP.

Costes económicos.

Para el cálculo del coste, se han utilizado sólo costes directos del tratamiento.

El servicio de farmacia ha proporcionado los precios unitarios por dosis de los antibióticos sistémicos, así como de los suplementos nutricionales, de los fármacos tópicos y de todos los productos sanitarios utilizados en las curas. El Departamento de Recursos Humanos ha proporcionado el coste enfermera/hora, auxiliar de enfermería/hora y médico/hora y se asumen los tiempos de enfermería empleados en cada cura descritos en el trabajo de Soldevilla et al. (2007). Así mismo, se estima que en el 25% de las curas es necesaria la participación de un auxiliar de enfermería para ayudar en el reposicionamiento del paciente y se suman 10 minutos de tiempo de médico para cada solicitud de cultivo. A cada una de las curas se añaden los costes de material quirúrgico utilizados (Soldevilla Agreda et al., 2007).

El Servicio de Laboratorio ha proporcionado el coste de la realización de un cultivo de exudado de UPP.

Resultados:

Durante el periodo a estudio ingresaron en los distintos programas de hospitalización 4.062 pacientes con una media de edad de $75,34 \pm 13,69$ años, siendo el 51,2% hombres. Se atendieron 1421 pacientes con UPP, presentando una PP de 34,98% con una IA del 2,63%. Se atendieron 2691 UPP con una tasa de cicatrización del 32,66%. La categoría II fue la más frecuente con 1.167 UPP, siendo las de menor frecuencia las UPP de categoría IV (n=496). Igualmente, la IA es mayor en las UPP de categoría II y se observa una IA menor en las UPP de categoría IV.

La duración media de los tratamientos hasta conseguir la resolución completa de la UPP I-IV es de $32,98 \pm 39,84$ días.

El gasto medio atendiendo sólo a los costes directos del tratamiento de UPP, oscila entre $73,15 \pm 117,27$ euros generados por las UPP de categoría I y los $590,26 \pm 732,47$ euros de las UPP de categoría IV. Para las UPP que alcanzaron la cicatrización, se observa que ese mismo gasto, oscila en un rango de $76,80 \pm 107,79$ euros para las de categoría I hasta $864,64 \pm 938,72$ euros para

las de categoría IV.

Discusión:

En relación con la epidemiología de las UPP, un estudio multicéntrico desarrollado en Suecia, en el que participaron 39.271 pacientes hospitalizados mostraba una PP 14,4-16,6%, siendo la categoría II, la más prevalente (Baath, Idvall, Gunningberg, & Hommel, 2014), al igual que lo hallado en nuestro estudio (PP 17,04%). Datos de 207 hospitales en Estados Unidos que participan en the Collaborative Alliance for Nursing Outcomes (CALNOC) benchmarking Registry muestran una prevalencia general de 6,3% para hospitales universitarios y de 6,7% para los hospitales generales (Gunningberg et al., 2012). Un estudio retrospectivo llevado a cabo en 82 residencias de ancianos cifraba el coste directo medio por UPP hasta resolución en 1.727,01 dólares (1.612,66 €) (Dorr, Horn, & Smout, 2005). Otro estudio, en este caso llevado a cabo en dos hospitales holandeses, comparaba los costes directos del tratamiento de UPP. Mientras que en nuestro estudio la estimación de costes directos es de 76,80; 132,22; 301,90 y 864,64 euros para las categorías I-IV respectivamente, el coste medio por categoría en el hospital 1 del estudio holandés fue de 423, 696, 819, 1.287 euros para las categorías I-IV y en el hospital 2 de 352, 500, 1.232, 1722 euros para las categorías I-IV (Schuurman et al., 2009). Una investigación que analizaba los costes directos del tratamiento de UPP entre usuarios del programa Medicaid en el estado de New Mexico estimaba el gasto diario en 583 dólares (544,39 €) en el año 2000 (Kumar et al., 2004). En Grecia, Souliotis et al. (2016) estimaron el coste medio para el tratamiento completo de UPP de categoría III-IV en 1.351 euros. Los resultados obtenidos en este estudio dan cuenta del impacto económico que implica el abordaje de un problema de salud como son las UPP. El conocimiento del coste de enfermedad no sólo permitirá gestionar los recursos de una manera más eficiente, sino que también ha de generar un refuerzo en la implementación de políticas preventivas. En es estudio no existen conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Baath, C., Idvall, E., Gunningberg, L., & Hommel, A. (2014). Pressure-reducing interventions among persons with pressure ulcers: Results from the first three national pressure ulcer prevalence surveys in sweden. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(1), 58-65. 10.1111/jep.12079 [doi]
- Dorr, D. A., Horn, S. D., & Smout, R. J. (2005). Cost analysis of nursing home registered nurse staffing times. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(5), 840-845. JGS53267 [pii]
- EPUAP. (2002). European pressure ulcer prevalence survey minimum data set. Retrieved from <http://www.epuap.org/pressure-ulcer-research/pressure-ulcer-prevalence-collection-sheet/>
- Gunningberg, L., Donaldson, N., Aydin, C., & Idvall, E. (2012). Exploring variation in pressure ulcer prevalence in sweden and the USA: Benchmarking in action. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(4), 904-910. 10.1111/j.1365-2753.2011.01702.x [doi]
- Husereau, D., Drummond, M., Petrou, S., Carswell, C., Moher, D., Greenberg, D., . . . Loder, E. (2013). Consolidated health economic evaluation reporting standards (CHEERS) statement. *Journal of Medical Economics*, 16(6), 713-719. 10.3111/13696998.2013.784591
- Kumar, R. N., Gupchup, G. V., Dodd, M. A., Shah, B., Iskedjian, M., Einarson, T. R., & Raisch, D. W. (2004). Direct health care costs of 4 common skin ulcers in new mexico medicaid fee-for-service patients. *Advances in Skin & Wound Care*, 17(3), 143-149.
- Schuurman, J., Schoonhoven, L., Defloor, T., van Engelshoven, I., van Ramshorst, B., & Buskens, E. (2009). Economic evaluation of pressure ulcer care: A cost minimization analysis of preventive strategies. *Nursing Economic\$,* 27(6), 400, 415.
- Soldevilla Agreda, J. J., Torra Bou, J. E., Posnett, J., Verdú Soriano, J., San Miguel, L., & Mayan Santos, J. M. (2007). Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos*, 18(4), 201-210.
- Souliotis, K., Kalemikerakis, I., Saridi, M., Papageorgiou, M., & Kalokerinou, A. (2016). A cost and clinical effectiveness analysis among moist wound healing dressings versus traditional methods in home care patients with pressure ulcers. *Wound Repair and Regeneration*, 24(3), 596-601. 10.1111/wrr.12433 [doi]

Wounds International. (2013). International consensus: Making the case for cost-effective wound management; Retrieved from <http://www.woundsinternational.com/consensus-documents/view/international-consensus-making-the-case-for-cost-effective-wound-management>

AUTORES/AUTHORS:

VICENTE FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, MARÍA DOLORES GUERRA-MARTÍN

TÍTULO/TITLE:

Prescripción, consumo y facturación de apósitos estériles en Atención Primaria

Introducción:

La prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud español, incluye distintos productos sanitarios, entre ellos, los apósitos estériles (1). Veses (2011) (2) describe 16 tipos de dichos apósitos para el tratamiento de heridas crónicas (silicona, hidrocelulares, hidrocoloides, hidrogeles...). Estos apósitos tienen distintas indicaciones (desbridamientos, protección de la piel sana, granulación y epitelización...) (3). Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015) (1) se consumieron 2,3 millones de envases de apósitos estériles, siendo la facturación del 13,4% (2ª lugar ranking productos sanitarios) por un importe de 36,9 millones de euros.

Objetivos:

1. Describir la prescripción de apósitos estériles de los enfermeros y médicos de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) Lora del Río.
2. Analizar el consumo y facturación de estos apósitos en dicha UGC.
3. Comparar los consumos y facturación de dicha UGC con el resto de UGC del Distrito Sanitario Sevilla-Norte.

Métodos:

Diseño descriptivo, transversal con análisis de datos secundarios (4) del Servicio de Farmacia del Sistema Sanitario Público de Andalucía, del año 2015, utilizando el SPSS 24.0. Se recogieron datos de prescripción de envases de apósitos, de facturación de la UGC Lora del Río y de las distintas UGC del DS Sevilla-Norte.

Resultados y discusión:

En la UGC de Lora del Río se consumieron 2.352 envases de apósitos estériles, de estos las prescripciones enfermeras: 2.211 (94%) y prescripciones médicas: 140 (6%). La facturación ascendió a 38.791 euros. Media por envase: 14,80 euros (Desv Típ: 6,36). Los envases y facturaciones de las distintas UGC del DS fueron: 1. La Algaba: 220 envases/335 euros. 2. Alcalá del Río: 62 envases/813 euros. 3. Constantina: 123 envases/938 euros. 4. Cazalla de la Sierra: 132 envases/2.308 euros. 4. Los Alcores: 209 envases/2.883 euros. 5. Carmona: 431 envases/5.679 euros. 6. Guillena-Santa Olalla: 643 envases/10.101 euros. 7. La Rinconada: 718 envases/11.800 euros. 8. Cantillana: 1.719 envase/26.871 euros. La media de envases consumidos en las UGC detalladas anteriormente fue de 451 y la media de la facturación de 6.859 euros.

Implicaciones para la práctica clínica:

Los resultados indican un consumo y facturación elevado en la UGC Lora del Río. Existe una variabilidad en los resultados, estando en discrepancia con algunas estrategias para mejorar la eficiencia en Atención Primaria, como la reducción de la variabilidad y consumo excesivo, y mejorar la eficiencia interna del sistema sanitario (5). Es por lo que, el DS planteó como propuesta de mejora, la elaboración de un manual de uso de los distintos apósitos según el tipo de herida, lo cual, está en concordancia con otros estudios, de que hay que tener en cuenta del coste de los apósitos, además, de seleccionar el más adecuado según el tipo de herida (2,5,6).

Conclusiones:

Existe una variabilidad en los consumos y facturaciones en cada una de las UGC del DS Sevilla Norte. La UGC Lora del Río está

por encima de las medias del resto de UGC de dicho DS. Más del 90% de los enfermeros prescriben apósitos estériles en la UGC Lora del Río. A la hora de prescribir apósitos estériles hay que tener en cuenta el tipo de herida y los costes, para favorecer la sostenibilidad del sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2015 Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
2. Veses C. Estudio de utilización de productos sanitarios: Apósitos estériles modernos en el tratamiento de heridas crónicas. Trabajo Fin de Máster. 2011. Disponible en: http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2016/05/Veses_Cristian.TESINAXcompletaX.pdf
3. Tomás, R. Clasificación de los tipos de apósitos según indicación. 2011. Disponible en: http://www.cedimcat.info/images/web/contenido/profesionales/farmacoterapia/Tabla_apositos.pdf
4. Cea MA. Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social. Madrid: Síntesis sociológica. 2001.
5. Peiró S, Meneu R. Crisis económica y epicrisis del sistema sanitario. Atención Primaria. 2011; 43:115-6.
6. Tomás, R. El papel de los apósitos estériles en el abordaje de las úlceras cutáneas. Disponible en: http://www.cedimcat.info/index.php?option=com_content&view=article&id=182:el-papel-de-los-apositos-esteriles-en-el-abordaje-de-las-ulceras-cutaneas&catid=46:farmacoterapia-esp&lang=es

AUTORES/AUTHORS:

Angel Romero Collado, Alicia Baltasar Bagué, Nuria Puigvert Viu

TÍTULO/TITLE:

Inclusión del curso clínico del paciente en la evaluación mediante un paciente estandarizado en Enfermería Comunitaria

Objetivo

Valorar el efecto de la inclusión del curso clínico del paciente en la evaluación de alumnos de tercer curso de enfermería mediante un paciente estandarizado en los seminarios de Enfermería Comunitaria (EC).

Métodos

En marzo de 2018 se realizó un estudio descriptivo transversal mediante la evaluación de los seminarios de EC realizada a los 142 alumnos matriculados de 3º curso de Grado en enfermería de la universidad de Girona, que es pública. Para participar en la evaluación, con un peso total del 20% de la asignatura, los alumnos debían participar en 3 seminarios sobre actividades preventivas (PAPPS) recomendadas por la SEMFYC y vacunación del adulto, de 2 horas de duración, repartidos durante los meses de noviembre y diciembre de 2017 y febrero de 2018:

- En el primer seminario, las alumnas debían hacer un trabajo previo (prebriefing) mediante la lectura y comprensión de un resumen en formato parrilla elaborado por los profesores de la asignatura del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS).
- En el segundo, el prebriefing de las alumnas consistió en conocer las características de las vacunas, condiciones de conservación y administración de las vacunas incluidas en el calendario vacunal, del adulto, de Cataluña.
- En el tercero, las alumnas debían haber integrado las competencias adquiridas en las dos anteriores sesiones.

Cada seminario se realizaba en grupos de unos 20 alumnos. Dos alumnas realizaban de profesional enfermera y debían resolver un caso, relacionado con la temática del seminario, en la consulta de atención primaria que forma parte del Centro de habilidades clínicas que posee la universidad, con la participación de un paciente estandarizado y su historial clínico electrónico. El resto de las alumnas observaban la actuación en directo en una sala contigua a través de vídeo en directo de la plataforma Learning Space (plataforma de evaluación online), y debían rellenar una rúbrica con las actuaciones que ellas hubieran realizado en caso de estar en la consulta con el paciente.

En la evaluación, los alumnos debían resolver, en 6 minutos, un caso de un paciente estandarizado, al que debían realizar 14 intervenciones, obteniendo una puntuación de 0 a 10 puntos. Resuelto el caso, en un aula exterior y sin límite de tiempo, debían escribir el curso clínico a través del MEAP: Motivo de consulta, Exploración del paciente, Evaluación y Plan de actuación, que permitía obtener 1 punto adicional (0,25 por sección).

Las 14 actividades se adaptaron en función del caso clínico de las 17 posibles: presentarse al paciente, explicación intervención, antecedentes personales y familiares, hábito tabáquico, consumo de alcohol, asistencia a revisiones ginecológicas, cálculo del IMC, medición de presión arterial, hábitos alimentarios y de ejercicio físico, prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS), consumo de drogas, exposición solar, vacunación del adulto, cribado de cáncer de mama y de colon. Podía escribir qué actividades se había olvidado de realizar el alumno (sin afectación de la puntuación final).

Resultados

Participaron un total de 137 (96%) alumnos. De los 5 que no participaron, 4 no acudieron a ningún seminario y uno no se presentó a la evaluación. La puntuación media del total de todos los casos fue de 6,14 (DE 1,79), con una media de 8,72 (DE 2,5) actividades realizadas correctamente, siendo las más realizadas: primera dosis de vacuna hepatitis A, presentarse, hábito tabáquico y consumo de alcohol. Las menos realizadas: exposición solar, prevención de ETS, consumo de drogas y cribado de cáncer de colon. La nota media del curso clínico fue de 0,63 puntos, con la mejor media en la sección Exploración (0,19 puntos) y la peor en planificación

(0,08 puntos). La media del caso más el curso clínico fue 6,76 (DE 1,85) puntos. El número de actividades no realizadas pero recordadas en la escritura del curso clínico fue de 1,29 (DE 1,45) que hubiera supuesto un aumento medio de 0,9 puntos.

Discusión

Las actividades más realizadas son las más realizadas en la práctica clínica. En cambio, las que menos, requieren de más de confianza con el paciente, como el consumo de drogas o la prevención de las ETS, o con su baja implementación en la práctica clínica, como el cribado de sangre oculta en heces.

La sección del curso clínico con menor puntuación fue la planificación, aspecto que mejorarán con la experiencia profesional. En cambio, la sección de exploración, con la mejor puntuación, puede aprenderse fácilmente con una buena base teórica.

Respecto a la realización del cribado del cáncer de colon, los bajos resultados obtenidos, son acordes con la realidad actual española, en la que encontramos que tan sólo un 21,8% de los españoles comprendidos en la franja de edad de 50 a 69 años se ha realizado una prueba de sangre oculta en heces. En cambio, en Cataluña, estos valores se duplican, gracias a las campañas de acercamiento y facilitación de la prueba.

Implicaciones para la práctica: la inclusión del curso clínico en la evaluación mediante simulación es una herramienta que permite mejorar el aprendizaje del alumno.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) Grup Recerca Infermera en Simulació a Catalunya i Andorra (GRISCA). Documento de posicionamiento. La simulación como metodología formativa y evaluativa en el Grado en Enfermería. Barcelona: GRISCA; 2016.
- 2) INACSL Standards Committee. INACSL standards of best practice: SimulationSM Simulation glossary. Clinical Simulation in Nursing. 2016;12:S39-S47.
- 3) Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M, Fernández-Salazar S, del-Pino-Casado R, Armero Barranco D. Actitudes de médicos y enfermeras ante las actividades preventivas y de promoción en atención primaria. Aten Primaria. 2014;46(9):483-91.
- 4) García Atienza EM, Val Jiménez CLL, Navarro Ruiz MS, Agudo Mena JL, López-Torres López J, López-Torres Hidalgo J. Actitudes hacia la prevención y la promoción de la salud en residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. REV CLIN MED FAM. 2016;92(2):76.82.
- 5) Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud. España 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.
- 6) Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Encuesta de Salud de Catalunya. Resultados principales de la ESCA 2017. Resumen ejecutivo. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2018.
- 7) Brotons C, Soriano N, Moral I, Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Martín-Moreno JM. Intervenciones preventivas en el ámbito de la atención primaria. El ejemplo del PAPPs. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26 Suppl 1:151-7.
- 8) Benlloch Peinado M, Castellano Rioja E, Sierra Talamantes C, Fornes Pujalte B, Palomar Llatas F, Bonías López J. Conocimiento de la población anciana de valencia en los cuidados de la piel. Enferm Dermatol. 2017; 11(30):36-42.

AUTORES/AUTHORS:

Núria García Morón, Luisa Rumí Belmonte, Eva Sánchez Pérez, Tamara Puig Monfort, Montse Barber Bagan, Cristina López Almela, Gemma Canals Calvet, Trinidad Díaz Espallardo, Angeles Herrera Tranchez

TÍTULO/TITLE:

Análisis de calidad en la gestión del informe Preparación al Alta (PREALT) en un centro de Atención Primaria

Objetivo:

Conocer el correcto seguimiento y registro de los PREALT en nuestro centro de Atención Primaria (AP) desde la instauración del programa informático (historia clínica digital) e-CAP del 2015 al 2017.

Método:

Estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo.

Los criterios de inclusión son los PREALT recibidos en los años 2015, 2016 y 2017. Los criterios de exclusión son los informes duplicados o incompletos.

Las variables estudiadas están recogidas en el informe PREALT, siendo la variable principal el tiempo transcurrido desde la recepción del PREALT y el contacto de la enfermera con el paciente. Variables secundarias: edad, sexo, hospital, servicio del PREALT, correcto registro en el e-CAP del PREALT, tipo de contacto en AP, tipo de paciente, BARTHEL ingreso, BARTHEL alta. La población estudiada son los 510 informes de PREALT recibidos entre los años 2015 al 2017. Se calcula una muestra con un nivel de confianza del 95%, un 3% de precisión, proporción del 5% y resulta una n: 145, ajuste de pérdidas del 15% y queda una muestra de 171. No aleatorizado.

Se realiza un estudio descriptivo de las variables: medida de tendencia central y dispersión (principalmente mediana y percentiles) en las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas en las cualitativas. Para el análisis inferencial de las variables, se utiliza el análisis de la varianza ANOVA.

Toda la recogida de datos se ha realizado con el número de historia clínica en una hoja de recogida manteniendo la confidencialidad. La participación en el estudio no ha comportado ningún riesgo a los pacientes respecto a los derivados del manejo de su proceso. Los sujetos no se han expuesto a pruebas complementarias ni visitas extraordinarias diferentes a las habituales de la práctica clínica.

Resultados:

Se analizan un total de 182 PREALT con una distribución del 33,5% en cada año. El perfil de la población estudiada el 51,6% son mujeres y el 48,4% hombres. La mediana de edad es de 79 años, percentil 25 de 70,5 años y percentil 75 de 86 años. El 32,4% son pacientes crónicos complejos (PCC), el 7,7% son pacientes con enfermedad avanzada crónica (MACA) y "otros" un 59,9%.

El 70,3 % de los PREALT proceden del hospital de referencia (zona) y el 29,1% de la misma corporación que el centro de AP. Por servicios, los más numerosos proceden de: el 34,6% de Medicina Interna, el 20,9% de Geriátrica, el 12,6% de Convalecencia.

En relación con el tiempo transcurrido desde la recepción del PREALT y el contacto de la enfermera con el paciente es del 45,5% en las primeras 48 h después del alta y un 22% después de la 48h. Hay un porcentaje del 32,4% que no constan contacto con AP, estos pacientes fueron derivados a geriátricos y unidades de paliativos en su mayoría. De los contactos que realiza la enfermera el 52,2% es telefónico, el 9,3% en el CAP y el 6% en el domicilio.

En las variables recogidas en el PREALT cabe destacar el BARTHEL, al ingreso la mediana es de 80 puntos con un percentil 25 de 55 puntos y un percentil 75 de 95 puntos; disminuyendo 10 puntos al alta (mediana 70) y 5 puntos en los percentiles (p. 25 de 50 y p.75 de 90).

Se realiza un análisis de la varianza ANOVA entre el BARTHEL al alta y el tiempo transcurrido desde la recepción del PREALT y la primera visita presencial, si a menor BARTHEL la visita se produce en menos tiempo, no siendo significativo.

En el BARTHEL al ingreso llama la atención el número elevado de no realizados 25.

Discusión:

Destacar que dentro del 32,4% de los pacientes en los que no ha habido contacto, su mayoría es porque fueron derivados a Unidades geriátricas y Paliativas.

También se ha detectado un incorrecto registro del PREALT a pesar de haber realizado el contacto, esto se puede atribuir a la implantación del nuevo programa informático.

Estos datos nos han planteado cambiar los circuitos creando la Unidad de gestión de casos para el seguimiento de los pacientes más frágiles, resultados que estamos evaluando en un estudio comparativo durante el 2018.

Este trabajo no nos ha permitido concienciar a los profesionales de enfermería de la importancia de la transición del paciente por el sistema sanitario y ofrecer una mejor respuesta y atención a los usuarios una vez detectados cuáles son nuestros puntos débiles.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- I Libro Blanco de la Coordinación Sanitaria en España del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, publicado en Diciembre de 2011.
- 2.-M.-B. Aller et al. "Doctors' opinions on clinical coordination between primary and secondary care in the Catalan healthcare system" Gac Sanit. 2017.
- 3.-National Case Management Network(NCMN). Canadian standards of practice for case management. Connect, collaborate, communicate. The power a case management.2009.
- 4.-Lehnert T, Heider D, Leicht H, Heinrich S, Corrieri S, Lupp M, Riedel-Heller S, König HH. Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. Med Care Res Rev. 2011; 68:387–420.
- 5.-Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Document conceptual. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut;2012.

AUTORES/AUTHORS:

Angeles Pastor Lopez, Pedro Muñoz Pastor, Elena Ruiz Peñas, Pedro Muñoz Romero, Jose Hernandez Ascanio, Espiritusanto Peñas Castillejo

TÍTULO/TITLE:

REPERCUSION EN LA SALUD EMOCIONAL EN PERSONAS QUE CUIDAN DE MAYORES DEPENDIENTES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

El envejecimiento de la población, unido a las patologías que lleva asociadas y a la dependencia que éstas generan, hace que el número de personas que se dedican al cuidado, también se incrementa. Actualmente gran parte de los cuidados se prestan en el domicilio, ya que los servicios sociales y sanitarios no pueden cubrir todas de las necesidades. Cuidar de un familiar mayor dependiente de forma continuada supone una importante fuente de estrés. Esto puede provocar efectos negativos en la salud de la cuidadora familiar, tanto física como emocional.

Objetivos: Conocer el perfil de personas que cuidan de los mayores dependientes en una zona de salud e Identificar la relación entre cuidado y su repercusión en la salud emocional de la persona que cuida.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo transversal. La población estudiada han sido personas que cuidan de familiares mayores de 65 años, pertenecientes a un centro de Atención Primaria en el Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Se recogen variables sociodemográficas del mayor dependiente y de la persona que lo cuida, sobrecarga con el Índice de Esfuerzo del Cuidador y ansiedad/depresión con la escala de Goldberg. La muestra ha sido intencional/ oportunista, cuidadoras que acuden a la consulta de enfermería o que son atendidas en domicilio por tener a su cuidado personas dependientes. Como variables de la persona mayor dependiente se recogen la capacidad funcional (Barthel) y deterioro cognitivo (Pfeiffer). El nivel de significación estadística se ha fijado en el 5%. Se ha utilizado el programa estadístico Epidat.3 y el SPSS v. 15 para los distintos análisis.

Resultados: En total se han analizado 93 casos. El perfil de nuestra población estudiada, es similar a otros estudios realizados.

Descripción de las cuidadoras: La edad de la cuidadora es de 59,2 años, con una desviación típica (DT) de 10,441 y un Intervalo de Confianza (IC) del 95% de 57,26 a 61,59. El 86% de las cuidadoras son mujeres y el 14% hombres. En relación al parentesco aparece que son hijas un 76,3% frente a un 17,2% cónyuge, el resto, destacar que son sobrinas/os. Como estado civil, casada/o con un porcentaje del 56,9% frente a solteras con un 24,7% y separadas 15,1%. Nivel de instrucción 32,3% son universitarias seguido de 31,2% con estudios medios (igual o similares a bachiller). No hay ninguna cuidadora analfabeta, siendo un 18,3% tiene estudios primarios y con el mismo porcentaje saben leer y escribir aunque sin terminar los estudios primarios. El 54,8% de las cuidadoras presentan otras cargas familiares. El 50,5% trabaja frente a un 36,6% que no (por motivos de no trabajo o jubilación) y un 12,9% están en paro o lo hacen de forma temporal. Conviven con la persona a la que cuidan un 66,7%. Con respecto al tiempo de cuidado, la media es de 8,3 años, con una DT 11,186 (IC 95% de 5,99 a 10,62). Con respecto al nivel que tienen de sobrecarga la media de puntuación obtenida 7,85 (el punto de corte del cuestionario está en 7, si > 7 nivel elevado de sobrecarga) y la DT de 2,916 (IC 95% de 7,24 -8,45). Con respecto a la ansiedad, la media es de 5 (el punto de corte es 4) y la DT de 2,599 (IC 95% de 4,74 a 5,82) y con respecto a la variable depresión, la media presentada es de la media obtenida ha sido de 4,45 y la DT de 2,358 (IC 95% de 3,66 - 4,64). Con respecto al mayor dependiente, la mayoría son mujeres (67,7%), con edad media de 85,37 años, con una DT de 7,791 (IC 95% 83,76 -86,98). Con respecto al Barthel la puntuación media es de 34,84 (gran dependiente) y con respecto al Pfeiffer la media de puntuación obtenida es de 5,50 (sospecha de deterioro cognitivo). Como patologías que provocan dependencia: elevado porcentaje de demencia 44,1% seguido de pluripatología con un 25,8% y el resto un 30,2% de patología osteoarticular, ACV y otras. El 68,8% tiene aprobada la ley de dependencia y con respecto al Pfeiffer la media de puntuación obtenida es de 5,50.

Las limitaciones del estudio están relacionadas con su diseño. Otra limitación se debe a la selección de la muestra, por no haber sido aleatorizada, si no por conveniencia. Por otro lado, al ser insuficiente el tamaño muestral hace que se vea afectada la potencia

estadística y a la precisión, siendo ambas inadecuadas.

Discusión Destacar que hay asociación muy fuerte entre sobrecarga, ansiedad y depresión. A mayor sobrecarga, mayor ansiedad y depresión, algo que se ha puesto en evidencia en toda la bibliografía consultada Presentan una elevada sobrecarga, alto nivel de ansiedad y con muchas respuestas afirmativas para la depresión, relacionado según estudios, por ser hijas, casadas, con el tiempo de cuidado y con el problema de demencia de su familiar y con elevada dependencia.

Conclusión Es imprescindible que los/as profesionales de la salud estén formados y sensibilizados en la atención a la persona que cuida, para poder detectar precozmente las consecuencias del cuidar y establecer intervenciones específicas, a medida para mejorar su salud emocional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Ley 39/2006 del 14 Diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>
- (2) Del-Pino-Casado, R. Factores culturales y sobrecarga subjetiva en el cuidado familiar de mayores dependientes. Tesis Doctoral. Universidad de Jaén. Febrero 2010.
- (3) Crespo M, López, J. El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar. Madrid. Pirámide, 2007
- (4) Socarrás, A. Torres K. Carga en familiares cuidadores de ancianos dementes. Correo Científico Médico de Holguín, 2007.
- (5) López Gil, M^a, et al. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Revista Clínica de Medicina de Familia, 2009, vol. 2, no 7, p. 332-339.
- (6) Del-Pino-Casado, R et al. Cultural Correlates of Burden in Primary Caregivers of Older Relatives: A Cross-sectional Study. Journal of Nursing Scholarship, 2014, vol. 46, no 3, p. 176-186
- (7) Roig, M. V et al. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos d Alzheimer. Revista de Psicología Universitat Tarraconensis, 1999, vol. 21, no 1, p. 162-184.
- (8) Roca Roger M, Úbeda Bonet I, Fuentelsaz Gallego C, López Pisa R, Pont Ribas A, García Viñets L, Pedreny Oriol R. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. Aten Primaria 2000; 26(4): 217-223.
- (9) García, JR. Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. IMSERSO, 2010.
- (10) Flores, E; Rivas E; Seguel. F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Ciencia y enfermería, 2012, vol. 18, no 1, p. 29-41.
- (11) Jofre Aravena, V; Sanhueza Alvarado, O. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. Ciencia y enfermería, 2010, vol. 16, no 3, p. 111-120.
- (12) Alonso, SR; Serrano, MS. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. Enferm Comun, 2005, vol. 1, p. 12-17.
- (13) Domínguez, J. A., et al. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. SEMERGEN-Medicina de Familia, 2012, vol. 38, no 1, p. 16-23.
- (14) Llovet, LC, Tantina, CC, Font M. R. Ansiedad en los cuidadores principales de personas mayores. Enfermería clínica, 2005, vol. 15, no 5, p. 251-256

AUTORES/AUTHORS:

Sara Moreno-Cámara, Pedro Ángel Palomino-Moral, Laura Parra-Anguila, Margarita Pérez-Cruz

TÍTULO/TITLE:

Demandas y expectativas de las personas cuidadoras familiares de mayores con demencia sobre el apoyo formal

1. Objetivo:

Identificar y analizar las demandas y expectativas de las personas cuidadoras de mayores con demencia sobre el apoyo formal.

2. Métodos:

Estudio cualitativo fenomenológico mediante análisis del discurso de 7 grupos focales realizados en diferentes centros de atención primaria de salud en la provincia de Jaén (España), abarcando zonas rurales y urbanas. Los mismos tuvieron lugar entre julio de 2012 y febrero de 2013.

Participaron un total de 82 personas cuidadoras familiares de mayores con demencia, seleccionadas por muestreo propositivo de máxima variación (atendiendo a edad, sexo, relación de parentesco, nivel socioeconómico, nivel de instrucción, actividad laboral y residencia) para asegurar la mayor variedad de información posible(1) y teórico, puesto que se seleccionaron a las personas participantes considerando los aspectos que emergieron durante el análisis de los discursos de los primeros grupos focales. Para facilitar el muestreo se tuvo en cuenta la información sobre las características de las personas cuidadoras y familias con afectados por demencia proporcionada por los censos del portal de Cuidador/a de Grandes Discapacitados y los censos de personas incluidas en el Sistema Informático de Salud de la Junta de Andalucía (Diraya) pertenecientes al Proceso Asistencial Integrado: Demencia, del Servicio Andaluz de Salud.

Los grupos se constituyeron atendiendo a dos variables básicas influyentes en el proceso de cuidar a una persona con demencia: la edad de la persona cuidadora y el nivel de dependencia de la persona cuidada medido mediante el índice de Barthel(2).

Se realizó la transcripción literal de las entrevistas en profundidad, integrando las notas de campo. Posteriormente, se realizó un análisis del discurso a nivel semántico y pragmático(3). Se realizó triangulación en el análisis para favorecer la credibilidad del estudio(4).

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de Jaén y el Comité de Ética de la Universidad de Jaén, y contó con la colaboración de las personas en cargos directivos de los distintos centros de salud implicados.

3. Resultados

Las personas cuidadoras necesitan «Apoyo de los/as profesionales sociosanitarios/as» de referencia y demandan un seguimiento periódico a sus familiares enfermos. “Pero tendrían que ir una vez al mes, no es que ahí no asoman, no se asoman a na’.” (Andújar). Resaltan la importancia de que en momentos críticos los/as profesionales respondan con rapidez y eficacia, y que sea el/a mismo/a profesional el/la que atienda a su familiar con demencia. “Yo con eso estoy contentísima. Porque cuando verdaderamente ha hecho falta... se vuelcan de momento...” (Andújar). “Es lo que pasa que siempre que venimos nuestra enfermera no está y es la que mejor la conoce.” (El Valle).

Además, subrayan el trato humanitario y paciente que deben tener. “Cuando te ingresan en el clínico, hay enfermeras que son un encanto, pero hay otras... que no tienen mucho aguante tampoco.” (Magdalena).

Resaltan la necesidad de que los/as profesionales conozcan más sobre la demencia, realicen a sus familiares valoraciones personalizadas y exhaustivas para intervenir y pautar tratamientos eficaces. “Que deberían saber más de la enfermedad de la que están tratando, a parte de que sea un enfermo que haya que lavarlo que eso sabes perfectamente...” (San Felipe).

También piden que les informen y enseñen a afrontar la enfermedad y a cuidar a su familiar. “Mi enfermera para cualquier cosa, me

lo explica y me lo dice y yo estoy muy contenta.” (El Valle).

Por otro lado, manifiestan la necesidad de «Apoyo de la organización sociosanitaria» para agilizar el proceso de diagnóstico de su familiar. “...mientras que te dicen qué es la enfermedad, entre médicos, esto y lo otro, entre que te la diagnostican...” (La Magdalena).

4. Discusión

Las carencias del sistema formal de cuidados y el infradiagnóstico(5) de la demencia dificultan la labor cuidadora a las familias de mayores afectados por demencia(6). En la atención al colectivo de personas cuidadoras familiares se ponen en evidencia aspectos a mejorar por parte de la organización sociosanitaria que, a su vez, influyen en el desempeño profesional del personal sociosanitario. El conocimiento de las demandas y expectativas de las personas cuidadoras familiares de mayores con demencia sobre el apoyo formal permitirá el replanteamiento de políticas sociosanitarias implicadas en el cuidado a este colectivo. Además, las demandas y expectativas destacadas por las personas cuidadoras que son responsabilidad exclusiva del personal sociosanitario podrían guiar la actuación de los/as profesionales en la atención a las familias cuidadoras de mayores con demencia. En todo caso, estas intervenciones deberían ser proactivas y dirigidas a mejorar los conocimientos, habilidades y mecanismos de afrontamiento de las personas cuidadoras familiares(7, 8).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

5. Bibliografía

1. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods (2nd ed.). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1990.
2. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation:the Barthel index. Md State Med J. 1965;14:61–5.
3. Ballester Brague L. El análisis semántico y pragmático de las entrevistas de investigación. Empiria. 2006:107-32.
4. Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 2012. p. 205.
5. Prieto C, Eimil M, López C, et al. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 2011. Madrid: Fundación Española de Enfermedades Neurológicas; 2015. p. 1-47. (Consultado el 24/07/2018.) Disponible en: http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp_social_alzheimer.pdf
6. Moreno-Cámara S, Palomino-Moral PÁ, Moral-Fernández L, Frías-Osuna A, del-Pino-Casado R. Problemas en el proceso de adaptación a los cambios en personas cuidadoras familiares de mayores con demencia. Gac Sanit. 2016;30(3):201-7.
7. Nogales-González C, Romero-Moreno R, Losada A, Márquez-González M, Zarit SH. Moderating effect of self-efficacy on the relation between behavior problems in persons with dementia and the distress they cause in caregivers. Aging and Mental Health. 2015;19(11):1022-30.
8. López-Martínez C, Frías-Osuna A, del-Pino-Casado R. Sentido de coherencia y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión en personas cuidadoras de familiares mayores. Gac Sanit. 2017. <https://doi.org/10.1016/1.gaceta.2017.09.005>

AUTORES/AUTHORS:

MANUELA SALAS LARIO, ROCÍO JÓDAR SALAS, MARÍA DOLORES JÓDAR SALAS, MARÍA DEL CARMEN IBAÑEZ AZNA, ÁNGEL BENITEZ NAVARRO, ANTONIO GRIS PEÑAS

TÍTULO/TITLE:

Uso y manejo de la terapia electroconvulsiva en pacientes especiales

Justificación: Se estima que unos 450 millones de personas en el mundo padecen un trastorno mental o de comportamiento en un momento dado de su vida. Más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y, de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado.

La terapia electroconvulsiva (TEC) consiste en una técnica terapéutica basada en la inducción de manera controlada de una convulsión tónica-clónica generalizada, a través de una estimulación eléctrica.

La terapia electroconvulsiva debe considerarse como un tratamiento de primera línea cuando la gravedad de la afección psiquiátrica o médica requiere una respuesta rápida al tratamiento.

Objetivo: Conocer y describir el uso y manejo de la terapia electroconvulsiva en poblaciones especiales como niños, embarazadas y ancianos que padecen enfermedades mentales crónicas y graves.

Metodología: Revisión sistemática, de artículos en bases de datos del ámbito de las ciencias socio-sanitarias como Tripdatabase, Espistemonikos, Guíasalud, Biblioteca Cochrane Plus, Centro Colaborador Instituto Joanna Briggs, MEDLINE (mediante la herramienta informática Pubmed) y CUIDEN® Plus.

Pregunta de revisión: ¿Está indicada la terapia electroconvulsiva en pacientes ancianos, niños y adolescentes con trastornos mentales?

Estrategia de búsqueda: "Mental illness" AND "Electroconvulsive therapy" AND "pregnant" OR "children" OR "aged."

Métodos para seleccionar datos: Criterios de inclusión y exclusión. Lectura de título y resumen. Lectura con parrilla CASPe.

Criterios de inclusión: Idioma: Inglés y Castellano

o Fecha de publicación: 2008-20018

o Tipo de estudio: estudios descriptivos, ensayos clínicos y revisiones bibliográficas (ya sean narrativas o sistemáticas) que aborden la temática sobre los beneficios y riesgos de la Terapia Electroconvulsiva.

o Sujetos: Dirigido a pacientes con enfermedades mentales como trastorno bipolar y Esquizofrenia, que han sido tratados con TEC.

Criterios de exclusión: estudios de uso de TEC en adultos o que no padezcan enfermedad mental grave.

Resultados:

Embarazo

El embarazo normal no es una contraindicación de TEC

No hay evidencia de que la TEC afecte al crecimiento intrauterino ni cause toxicidad neonatal en el feto ni afecte tampoco a la madre. Estudios muestran la eficacia por el uso de la TEC y muy pocas complicaciones en los tres trimestres del embarazo.

La incidencia de malformaciones congénitas tras TEC también fue menor que la observada en una población histórica de control.

Niños

La edad no es en sí misma una contraindicación para su uso. La diferencia radica en que estas indicaciones se presentan de modo muy poco frecuente en la población infantil.

La literatura sobre el uso de la TEC para los jóvenes son limitadas y está dominada por los informes de casos en vez de ensayos clínicos,

El uso de TEC en niños debe ser reservado para aquellos casos en que otros tratamientos no han sido efectivos o no pueden ser administrados de manera segura.

Ancianos

La eficacia de la TEC no disminuye al avanzar la edad, incluso hay menor riesgo de complicaciones que con algunos fármacos.

Definitivamente se recomienda el uso del TEC en las personas mayores ya que existe la posibilidad de una mejora cognitiva inducida por TEC de la disfunción en los ancianos, en particular de aquellos con deterioro cognitivo o neurológico preexistente.

Pacientes de edad avanzada pueden ser más susceptibles a la confusión después de la TEC.

Se ha encontrado que la terapia electroconvulsiva es efectiva y relativamente bien tolerado en pacientes mayores de 75 años. Una significativa minoría de pacientes sufren complicaciones, lo que subraya la importancia de cuidadosa evaluación de la salud física del paciente antes de la TEC y el seguimiento de la función cognitiva y el estado físico en el curso del tratamiento.

Conclusiones:

El uso de la TEC en niños y adolescentes sigue siendo controvertido, no existiendo consenso sobre si la TEC es un tratamiento eficaz en ellos. Por el contrario es indicación clara en pacientes ancianos y embarazadas.

La decisión de utilizar terapia Electroconvulsiva debería tomarse de forma compartida con la paciente valorando riesgos y beneficios.

Hoy en general, es una técnica muy segura y los profesionales de la salud deben informar y aclarar a los pacientes y familiares sobre los beneficios de la misma, haciendo mucho hincapié en su seguridad clínica y teniendo claro cuáles son sus indicaciones.

Implicaciones para la práctica clínica:

Sería conveniente ampliar conocimientos en esta área ya que la mayoría de los psiquiatras y personal sanitario que lo podrían aplicar manifiestan tener un conocimiento limitado de esta terapia y así lo manifiestan a los pacientes creándoles aún más incertidumbre.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Chuquizuta Ramos CM, Vidal Miranda AM, Luna Matos ML, Efectos secundarios de la administración de terapia electroconvulsiva (TEC). Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2006. Vol VII N°1 Enero-Junio. Pp59-64.
2. Rojo, J. E. y Vallejo, J. Terapia Electroconvulsiva. 2002. 1° Edición, pp. 121-142.
3. Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso Español sobre TEC, 2010. 3° Edición. ARS Médica

4. Kellner,Ch. Unipolar major depression in adults: indications for and efficacy of electroconvulsive therapy.2014.
5. Scout. The ECT Handbook. The Third Report of the Royal College of Psychiatrists' Special Committee on ECT. The Royal College of Psychiatrists. British Library Cataloguing-in-Publication Data. Second Edition. Printed in Great Britain by Bell & Bain Limited, Glasgow. 2005. ISBN 1-904671-22-5.

AUTORES/AUTHORS:

María del Carmen Vallejo Curto, María Elena Mosquera Losada, María Concepción AgrasSuarez, Miriam Mariño Guede, Lorena Pazos Sainza, Carlos Spuch Calvar

TÍTULO/TITLE:

Acogida de demanda por enfermería en las unidades de Salud Mental

Se han realizado numerosos estudios sobre la frecuencia en la solicitud de las primeras consultas en las unidades de salud mental(USM)(1).El aumento en la demanda por “patología menor”(2) hace que aumenten las listas de espera en detrimento de patologías psiquiátricas más graves(3).La acogida de demanda por parte de las enfermeras especialistas en salud mental es el primer contacto de los pacientes que acuden por primera vez a consulta, donde se realiza la valoración de enfermería y los diagnósticos NANDA que se detectan (4)

Objetivos: Detectar alteraciones psiquiátricas graves en los pacientes que acuden por primera vez a través de los diagnósticos enfermeros NANDA y acortar los tiempos de espera.Describir las variables sociodemográficas así como las vías de derivación de los pacientes que acuden por primera vez a una USM

Métodos:Estudio observacional, prospectivo, descriptivo.Población a estudio: pacientes correspondientes al área de la USM Se recopilarán datos de las primeras consultas recibidas durante un periodo de 6 meses

Variables: sociodemográficas,prioridad de solicitud, diagnósticos NANDA,si se adelanta cita por enfermería, tiempo de espera para la primera cita con el facultativo, resolución de los casos.

Variables cualitativas se representan en frecuencias y porcentajes, las cuantitativas con medias y desviaciones estandar, análisis univariante t de student o U de Mann-Whitney para variables cuantitativas y chi-cuadrado o test de Fisher para cualitativas. Programa estadístico SPSSv.15 valores significativos $p < 0.05$

La enfermera tras realizar la acogida de demanda detectará los diagnósticos NANDA y valorará si es necesario adelantar la cita al paciente.La recogida de los datos será por parte de la enfermera especialista en salud mental de la USM

Resultados: Un total de 270 sujetos, (59,6%) mujeres, (40,4%) hombres. edad media 44.5(máximo 88, mínimo 16).Derivación principal de atención primaria (89,6%), especialidades (6,3%), otros dispositivos de salud mental (2,2%),urgencias (1,9%).Prioridad volante derivación: normal (53%), preferente (41,5%) urgente (5,6%). Intervención de enfermera para adelantar cita (5,2%). NANDA detectados: (1,1%) riesgo de suicidio, (1,5%) Trastornos de los procesos del pensamiento, (1,5%) trastornos de la percepción sensorial, (0,7%) confusión aguda,(0,4%) trastornos de la imagen corporal Tiempo de espera general 40,5 días. Tiempo de espera para los pacientes en los que enfermería adelanta la cita 5,5 días $p < 0,001$

Discusión: Se han encontrado estudios donde la Acogida de demanda es realizada por personal de enfermería y en su ausencia por el trabajador social, pero en ninguno se estudia el papel que juega la enfermería en dicha demanda.En nuestro estudio hemos relacionado el tiempo de espera de los pacientes que la enfermera de la unidad interviene adelantando la cita (5,2%). Siendo este de 5,5 días, frente a los días 40,5 días del resto de la muestra.

También hemos estudiado la resolución de los casos con la intervención de enfermería con un 15,4% de los pacientes que tuvieron que ser ingresados en la Unidad de Agudos de Psiquiatría, obteniéndose significación estadística $p < 0,001$

Implicaciones para la práctica clínica:

La intervención de la enfermera especialista en salud mental reduce el tiempo de espera en pacientes que acuden por primera vez a la USM. Al realizarse la Acogida de demanda, a través de los diagnósticos NANDA, se detecta la posible gravedad de la patología psiquiátrica.

Los pacientes en los que interviene la enfermera muestran un cuadro más grave, siendo la resolución en un 5.4% de los casos su ingreso en una Unidad de Agudos de Psiquiatría.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Montilla José F., González Carlos, Retolaza Ander, Dueñas Carlos, Alameda José. Uso de servicios ambulatorios de salud mental en España: Consumo de recursos en el primer año de asistencia a pacientes nuevos. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2002 Dic (84): 25-47.
2. Rocha, K.B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, E.J. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. Psicothema, 22, 389-395;
3. Martínez Azumendi O, Beitia, M, J Araluce, K, Ayerra, JM, Cela, C. Grijalvo, J. Mendezona, JI. Azkunaga, D. Insúa, P. Estudio de las primeras consultas en un centro de salud mental (II) Características clínicas, sucesos vitales, ajuste y apoyo social, motivación y expectativas. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. 62, 203-222.
4. Tejedor García, M. Etxabe Marceil M. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Glosa, Barcelona 2007

AUTORES/AUTHORS:

Joaquín Tomás-Sábado, Cecilia Brando-Garrido, Esther Sala-Barat, Ana Marchal-Torralbo, María José Gómez-Romero, Yessica Marqueño-Prada, Javier Montes-Hidalgo

TÍTULO/TITLE:

Riesgo suicida y psicología positiva en estudiantes de enfermería

Objetivos.

El objetivo de este trabajo fue estudiar las características de la ideación y conducta suicida en una muestra de estudiantes de enfermería. Asimismo, se pretende analizar el papel protector de ciertas variables relacionadas con la psicología positiva sobre el riesgo de suicidio de los estudiantes.

Método.

Participantes. El estudio se realizó con una muestra de conveniencia formada por 304 estudiantes del Grado de Enfermería de una Escuela Universitaria del Área Metropolitana de Barcelona

Instrumentos. Los estudiantes respondieron un cuestionario anónimo y autoadministrado que contenía datos demográficos y las siguientes escalas de medida:

- Cuestionario Revisado de Conductas Suicidas (SBQ-R)
- OHQ-SF Escala Reducida de Felicidad de Oxford (OHQ-SF)
- Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)
- Escala de Autoeficacia (GSE)
- Escala de Competencia Percibida (CP)
- Escala Breve de Resiliencia (BRCS)

Procedimiento. Los cuestionarios fueron administrados en el horario docente, en las propias aulas de clase. El análisis incluyó análisis descriptivo y regresión lineal múltiple.

Resultados.

Los datos obtenidos indican que 13 alumnos (4,3%) han tenido planes para suicidarse y 2 de ellos (0,7%) lo intentaron; 15 alumnos (5%) han pensado en suicidarse en el último año; 35 (11,5%) han comentado alguna vez a alguien que pensaban suicidarse y 7 (2,3%) consideran probable que intenten suicidarse algún día.

Asimismo, puede observarse que 29 de ellos, que supone el 9,5%, presentan puntuaciones iguales o superiores a 7, que, según el criterio de los autores de la escala original indicaría riesgo suicida.

Para determinar las variables que podían actuar sobre la conducta suicida, se aplicó el análisis de regresión lineal múltiple modelo stepwise, considerando la conducta suicida (SBQ-R) como variable dependiente y como variables independientes aquellas medidas con correlaciones significativas (GSE, RSES, OHQ-SF, CP y BRCS). Se observa que el Bienestar percibido (OHQ-SF), la Autoestima (RSES) y la Resiliencia (BRCS) son, por este orden, las variables identificadas por el modelo como predictoras de la conducta suicida, explicando conjuntamente un 22,7 % (R²aj) de la varianza

Discusión

En los últimos años, las conductas suicidas en jóvenes, especialmente en estudiantes universitarios han experimentado un aumento considerable, hasta el punto que, en algunos países, se ha convertido en una verdadera epidemia y un grave problema de salud mental. La gran mayoría de los estudios dedicados a analizar los factores que influyen sobre la conducta suicida se han centrado en aquellas variables que actúan como mecanismos que aumentan el riesgo suicida, prestando una importancia menor a aquellas que

pueden actuar como protectoras.

Implicaciones para la práctica. Los resultados obtenidos ponen en evidencia que los programas de prevención del suicidio, tanto desde la perspectiva clínica como docente, no solamente deben prestar atención a los factores que aumentan el riesgo, como depresión o psicopatología, sino que es fundamental atender y potenciar aquellos factores positivos, claramente protectores, como el bienestar percibido y la autoestima.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Batterham, P. J., Ftanou, M., Pirkis, J., Brewer, J. L., Mackinnon, A. J., Beautrais, A., . . . Christensen, H. (2015). A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychol Assess*, 27(2), 501-512. doi:10.1037/pas0000053
- Blüml, V., Kapusta, N. D., Doering, S., Brähler, E., Wagner, B., & Kersting, A. (2013). Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population. *PLoS One*, 8(10), e76646. doi:10.1371/journal.pone.0076646
- Campos, R. C., Besser, A., Abreu, H., Parreira, T., & Blatt, S. J. (2014). Personality vulnerabilities in adolescent suicidality: The mediating role of psychological distress. *Bull Menninger Clin*, 78(2), 115-139. doi:10.1521/bumc.2014.78.2.115
- Jakšič, N., Margetič, B. A., & Marinko, D. (2017). Comorbid Depression and Suicide Ideation in Patients with Combat-Related PTSD: The Role of Temperament, Character, and Trait Impulsivity. *Psychiatr Danub*, 29(1), 51-59.
- Jang, S. H., Woo, Y. S., Hong, J. W., Yoon, B. H., Hwang, T. Y., Kim, M. D., . . . Bahk, W. M. (2017). Use of a smartphone application to screen for depression and suicide in South Korea. *Gen Hosp Psychiatry*, 46, 62-67. doi:10.1016/j.genhosppsy.2017.03.006
- Klibert, J., Langhinrichsen-Rohling, J., Luna, A., & Robichaux, M. (2011). Suicide proneness in college students: relationships with gender, procrastination, and achievement motivation. *Death Stud*, 35(7), 625-645.
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8(4), 443-454. doi:10.1177/107319110100800409
- Safa, M., Boroujerdi, F. G., Talischi, F., & Masjedi, M. R. (2014). Relationship of Coping Styles with Suicidal Behavior in Hospitalized Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: Substance Abusers versus Non- Substance Abusers. *Tanaffos*, 13(3), 23-30.
- Saito, M., Klibert, J., & Langhinrichsen-Rohling, J. (2013). Suicide proneness in American and Japanese college students: associations with suicide acceptability and emotional expressivity. *Death Stud*, 37(9), 848-865. doi:10.1080/07481187.2012.699910

AUTORES/AUTHORS:

Pedro Pastor Ballesteros, Mario Camacho Macarrón, Cristina Pérez Villar

TÍTULO/TITLE:

EL HUMOR COMO HERRAMIENTA TERAPEÚTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS

OBJETIVOS:

Conocer si los profesionales de Enfermería de un hospital general consideran relevante la inclusión del humor como herramienta terapéutica y por tanto su integración en los planes de estudio de Enfermería.

MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal dirigido a profesionales de Enfermería que prestan sus servicios en unidades de paliativos y/o enfermos terminales en un hospital general. La recogida de datos se ha llevado a cabo mediante un cuestionario autoadministrado cumplimentado de forma voluntaria entre los meses de marzo a mayo de 2017. El cuestionario constaba de variables sociodemográficas –sexo-edad- y 7 ítems relacionados con la importancia de incluir el humor de forma terapéutica en los cuidados de salud. La puntuación de los ítems se recogió con una escala tipo Likert yendo desde 1 “Totalmente en desacuerdo” hasta 5 “Totalmente de acuerdo”. El análisis estadístico se ha realizado con el software R, tratando las técnicas descriptivas de cada ítem con medidas de frecuencia, porcentajes, mediana, rangos intercuartílicos y gráficos.

RESULTADOS:

La muestra total válida fue de 110 entrevistas, desechando 5 encuestas por errores de cumplimentación, de las cuales el 17,27% fueron hombres y el 82,73 mujeres con una media de 34,48 años (+/-1.2). El total de la muestra coincidió en afirmar que el humor es beneficioso para la salud, siendo incluso aplicable en el terreno de los cuidados paliativos (97,27%), aunque el 96,36 afirmó que no todo tipo de humor es válido. Tan sólo un 2,72 % declaró conocer el humor como intervención enfermera NIC (dato paradójico observando la edad de algunos participantes en el estudio) , siendo un 99,09% los que afirmaron desconocer cómo integrar el humor de forma terapéutica en los cuidados. El total de los encuestados afirmó no haber recibido formación en sus estudios universitarios en el citado campo siendo una gran mayoría (94,54%) los que consideraban importante incluirlo en los planes de estudio de las Facultades.

DISCUSIÓN. Se pone de manifiesto mediante el presente estudio la importancia que le otorgan los profesionales al uso del humor como herramienta terapéutica en los cuidados tanto de pacientes como de familiares. Quedando patente la carencia de formación en su uso de forma adecuada, creando un clima de inseguridad en los profesionales que no saben cómo utilizar en la mayoría de los casos el humor de forma terapéutica privando así a los pacientes y familias de sus beneficios. Por ello concretamos la necesidad de incluir el humor en los planes de estudio de las facultades así como fomentar y desarrollar estudios de investigación que fomenten su utilización en el campo de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Carbelo B. ¿Se puede envejecer con humor? Rev Enferm Gerontol. 2008 Jun;12:79-83.

Leef B, Hallas D. The Sensitivity Training Clown Workshop. Enhancing Therapeutic Communication Skills in Nursing Students. Nurs Educ Perspect. 2013 Jul/Aug;34(4):260-4.

Lei SA, Cohen JL, Russell KM. Humor on Learning in the College Classroom: Evaluating Benefits and Drawbacks From Instructors' Perspectives. J Instruct Psychol. 2010 Jan;37(4):326-31.

Carbelo B. El humor en la relación con el paciente. Una guía para los profesionales de la salud. Barcelona: Masson; 2005.

- Leñero M. La aplicación del humor como intervención enfermera en el manejo de una enfermedad oncológica terminal: a propósito de un caso. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)* [Internet]. 2014 [citada 5 May 2015];6(3):328-380. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1715/1731>.
- McCreaddie M, Wiggins S. The purpose and function of humour in health, health care and nursing: a narrative review. *J Adv Nurs*. 2007 Mar;61(6):584-95.
- Moore K. Is laughter the best medicine? Research into the therapeutic use of humour and laughter in nursing practice. *Whitireia Nursing Journal*. 2008 Nov;15:33-7.
- López MD. Cuidar con risa y humor. *Metas enferm*. 2007 Abr;10(4):26-30.
- Herdman TH, editor. *NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014*. Madrid: Elsevier; 2013.
- Organización Mundial de la Salud. *Nuevas directrices de la OMS para fomentar el uso adecuado de las medicinas tradicionales* [Internet]. Ginebra: OMS; 2004 [citado 15 Mar 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/es>.

AUTORES/AUTHORS:

Vinita Mahtani Chugani, Karina López Pérez, Jesús Cerdeña Marrero, María Dolores Izquierdo Mora

TÍTULO/TITLE:

Traslación de un estudio cualitativo en formato artístico. Contigo: Tratando bien a Personas Mayores Dependientes

Objetivo:

Crear en formato audiovisual los resultados científicos de un estudio cualitativo sobre el significado de buenas prácticas en atención domiciliaria que tienen los profesionales, las personas mayores dependientes y sus familias. Con una triple finalidad: la difusión de resultados, la formación y la sensibilización de profesionales y ciudadanía.

Método:

Los métodos en la denominada Arts based research se refieren al uso de cualquier forma artística en cualquier punto del proceso de investigación, tanto en la generación como en la interpretación y/o comunicación del conocimiento. Ofrece la posibilidad de transformar de forma rigurosa los resultados científicos en formato artístico.

Con el fin de obtener un producto creativo, es necesario tomar una serie de decisiones justificadas y basadas en los resultados científicos.

Para la realización del cortometraje se partió del estudio original cualitativo realizado en tres zonas de salud de Tenerife con entrevistas individuales y grupales a 47 participantes: profesionales, personas mayores y familias.

Para el objetivo que se planteaba, la construcción debía ser breve y con un enfoque basado en la indagación apreciativa en la que se promueve exponer lo que "funciona". Se revisaron todas las categorías de resultados, se seleccionaron los troncales y se elaboró un storyboard con los mensajes principales a transmitir. Para ello ha sido necesario identificar los datos más relevantes para representarlos de forma metafórica y comprensible para la audiencia a la que va dirigida.

Se eligió un formato descriptivo incluyendo situaciones, diálogos y palabras exactas o similares relatadas por los participantes para asegurar que se transmitía el mensaje de la forma más cercana a los resultados del estudio.

Partiendo de los resultados obtenidos en el estudio original se elaboró la trama, que debía representar la definición y características de las buenas practicas realizadas en atención domiciliaria. Los personajes seleccionados son algunos de los que de manera habitual cuidan en domicilio y que participaron en el estudio; sus características y comportamientos debían reflejar los que surgen del estudio original. El escenario de la grabación tenía como objetivo presentar una realidad desarrollada en una zona rural.

Se trabajó de forma colaborativa entre el equipo de investigación y el productor del cortometraje durante un año, adaptándonos a los recursos disponibles.

Resultados:

En el siguiente enlace se puede visualizar el cortometraje: [Http://www.youtube.com/watch?v=3265GE0LVIQ](http://www.youtube.com/watch?v=3265GE0LVIQ)

Discusión:

Los métodos de Arts based research surgen por la preocupación de representar de forma fidedigna y justa la vida de los informantes. Pretenden no sólo informar de los resultados obtenidos en un estudio, sino intentar provocar cambios sociales y una comprensión más sentida de la experiencia humana.

La producción de salud basada en las artes tiene un enorme potencial interactivo, educativo y emancipador. Ofrecer formas alternativas de producir, comunicar y enriquecer la investigación.

El uso de los métodos de investigación basados en el arte es novedoso en el ámbito de la salud, pero están bien establecidos en campos como la educación y ciencias sociales.

La capacidad de generar cambio real y de forma exitosa se produce en contextos donde la toma de decisiones clínicas se basa no solo en la evidencia de revisiones sistemáticas y ensayos controlados aleatorios, sino también en las preferencias del paciente y las experiencias vividas. La ciencia no sólo se trasmite por la razón y el conocimiento, sino a través de los sentimientos y empatía.

Para llegar a un público amplio y modificar actitudes es preciso apelar a la parte emocional. ABR combina rigor científico con experiencia humana y personal. El uso de la investigación basada en las artes está cambiando nuestra comprensión de lo que cuenta como evidencia y destaca la complejidad y la multidimensionalidad involucrada en la creación de nuevos conocimientos

Las artes en la investigación suponen la oportunidad de generar mayor compromiso, enriquecer la comunicación y hacer accesible la investigación más allá de la academia. Son métodos efectivos para captar la imaginación y fomentar la simpatía porque representa la complejidad fenomenológica de la vida.

Hemos mantenido el audit trail como estrategia de validez interna. La validez externa se ha obtenido mediante corroboración con los participantes y la audiencia a la que se ha expuesto.

Una de las críticas recibidas durante la proyección del cortometraje fue que el mensaje que se transmite era excesivamente positivo. Sin embargo este hecho confirma haber alcanzado el objetivo de representar lo que funciona, las buenas prácticas que ya se realizan en atención domiciliaria.

Creemos que es una herramienta útil y accesible que puede ayudarnos a sensibilizar a los profesionales y a la ciudadanía.

El corto se ha difundido de forma libre y se utiliza en diversos foros de profesionales y cuidadoras. Este estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Boydell, K., Gladstone, B.M., Volpe, T., Allemang, B. y Stasiulis, E. (2012). The Production and Dissemination of Knowledge: A Scoping Review of Arts-Based Health Research. FQS 13(1), Art. 32.

- Duncan, K.C., Salters, K., Forrest, J.I., Palmer, A.K., Wang, H., O'Brien, N., y Hogg, R.S. (2013).
- Izquierdo, M.D., Mahtani, V., Cerdeña, J., López, K. (2013). Las buenas prácticas en la atención domiciliaria a personas dependientes: visión de los profesionales sanitarios. En 17th International Nursing Research Conference. Congreso llevado a cabo en Lleida, España.
- Keen, S. y Todres, L. (2007). Strategies for disseminating qualitative research findings: three exemplars. *FQS*. 8(3). Art 17.
- Knowles, J.C. y Cole, A.L. (Ed.). (2008). *Handbook of the arts in qualitative research: perspective, methodologies, exemplars and issues*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kontos, P.C. y Poland, B.D. (2009). Mapping new theoretical and methodological terrain for knowledge translation: contributions from critical realism and the arts. *Implementation Science*. 5, 4:1.
- Lafrenière, D., Hurlimann, T., Menuz, V. y Godard, B. (2014). Evaluation of a cartoon-based knowledge dissemination intervention on scientific and ethical challenges raised by nutrigenomics/nutrigenetics research. *Evaluation and Program Planning*. 46:103-14.
- Mahtani, V. (2013). El silencio. En *Historias fonendoscópicas*. Varios autores. Santa Cruz de Tenerife. España. Colegio Oficial de Médicos de Santa Cruz de Tenerife.
- Mahtani, V. (2010). Estudio cualitativo sobre la percepción del beneficio y del riesgo de ansiolíticos y antidepresivos en los usuarios (tesis doctoral). Departamento de Medicina Interna y Psiquiatría. Universidad de La Laguna.
- Mills, S., Rosenberg, J. y Mills, J. (2015), PA13 The arts and end of life conversations: an innovative approach to health promotion in palliative care. *BMJ Supportive y Palliative Care* 5:A23 doi:10.1136/bmjspcare-2015-000906.73
- Mulley, G. (2007). Myths of ageing. *Clinical Medicine* 7 (1):68-72. doi: 10.7861/clinmedicine.7-1-68

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VI

Session of Oral Brief Presentations VI

AUTORES/AUTHORS:

Ana Isabel Alcañiz Mesas, M^a José Caballero García, Joaquín González Miñano, Elena García Sánchez, Rosario Pérez García, M^a Teresa González Álvarez, M^a Victoria Ruiz García, Pilar Córcoles Jiménez

TÍTULO/TITLE:

Resultados de implantación de dos Guías de Buenas Prácticas en una unidad de hospitalización de Oncología y Hematología

El riesgo de caídas y de lesiones tras la caída aumenta con la hospitalización (1), y si el ingreso es por una enfermedad oncológica o hematológica, las cifras se multiplican (2,3). Esto es debido a los procesos por los que pasa la enfermedad, como dolor, debilidad o problemas de coagulación, los efectos secundarios del tratamiento onco/hematológico, el uso de medicación de riesgo (diuréticos, antidepressivos, tranquilizantes-sedantes) u otros medicamentos que aumentan el riesgo de lesiones (anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios)

OBJETIVO: Evaluar el nivel de implantación y efectividad de dos Guías de Buenas Prácticas (GBP) "Prevención de caídas" y "Valoración y manejo del dolor" en la Unidad de hospitalización de Onco-Hematología de Albacete, implicada en la iniciativa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO®)

MÉTODO: Diseño cuasiexperimental pre-post. Ámbito: Unidad de hospitalización de Onco-Hematología. Muestra: pacientes mayores de 18 años dados de alta en los últimos días de cada mes. Medición de caídas: Basal (C0=2013), Inicio (C1=2014), Consolidación (C2=2015+2016), Mantenimiento (C3=2017). Medición de dolor: Basal (D0=diciembre 2015), Inicio (D1=enero-abril 2017) y Consolidación (D2=mayo-diciembre 2017). Variables: 1) Demográficas, estancia hospitalaria, especialidad (Oncología/Hematología). 2) Implantación de recomendaciones de las GBP: Valoración de caídas al ingreso y detección de dolor con escala, reevaluación periódica del dolor (sí/no) y aplicación plan de cuidados (dolor y caídas). 3) Resultados: nº de caídas; caídas con lesión; contención física y farmacológica; dolor 1ª 24 horas tras ingreso (sí/no); intensidad máxima y día en que se produce (sin dolor; leve 1-2; moderado 3-5; intenso 6-10). Instrumentos: escala J.H. Downton y escala numérica de dolor (0-10). Fuente de información: Cuadro de mandos Montesinos® y Base de datos programa BPSO®. Aspectos éticos: datos anónimos. Análisis estadístico (SPSS®): descriptivo según tipo de variables. Cálculo IC 95%. Bivariante: variables categóricas χ^2 , comparación medias t-Student; ANOVA; otras pruebas no paramétricas; $p < 0,05$

RESULTADOS: Incluidos 412 pacientes en caídas (C0=30; C1=108; C2=154; C3=120) y 131 en dolor (D0=10; D1=41; D2=80). Hombres 62,6% (258) en caídas y 64,9% (85) en dolor. Edad media 75,94 años en caídas (d.t.=6,91; IC[75,27-76,61]) y 61,16 años en dolor (d.t.=14,6; IC[58,6-63,7]). Estancia media 8,45 días en caídas (d.t.=7,38; IC[7,73-9,16]) y 10,2 días (d.t.=10,7; IC[8,3-12]) en dolor. La incidencia en caídas de la unidad es de 2,15 caídas/mil días de estancia (C0=1,55; C1=3,29; C2=1,76; C3=2,03), el 48,98% con lesión (C0=16,67; C1=56,25; C2=61,11; C3=61,9%). Se valoró el riesgo de caídas al ingreso con escala al 97,1% (400) (C0=80%; C1=95,4; C2=100; C3=99,2; $p < 0,0001$), estando el 23,9% (96) en riesgo. Se realizó valoración de dolor con escala al 90,8% (119) (D0=0; D1=97,6; D2=98,8%; $p < 0,0001$). Tenían planificados cuidados para valoración y manejo del dolor el 90,8% (119) (D0=0; D1=97,6; D2=98,8%; $p < 0,0001$) y para la prevención de caídas el 80,6% (332) (C0=70; C1=89,8; C2=79,9; C3=75,8%; $p = 0,007$). El 12,4% (51) tenía contención física (97,9% barandillas) y farmacológica el 4,2% (17). Se realizaron reevaluaciones periódicas del dolor en el 87,8% (115) (D0=0; D1=90,2; D2=97,5%; $p < 0,0001$). El 28% de los pacientes tuvo dolor en las primeras 24 horas tras ingreso, la intensidad media fue 1,08 (d.t.=2; IC[0,7-1,4]), siendo leve el 16,2%, moderado 64,5% e intenso 19,3%. El 55,7% de los pacientes presentaron la máxima intensidad el 1º y 2º día del ingreso. La intensidad media de dolor en cualquier momento del ingreso fue de 2,8 (d.t.=2,8; IC[2,3-3,3]), disminuyendo de 3,5 (D1) a 2,5 (D2) ($p = 0,035$); el porcentaje de pacientes sin dolor durante todo el ingreso pasó de 24,4% (D1) a 51,3% (D2) ($p = 0,001$). No se encontró relación estadísticamente significativa entre el tipo de paciente (Onco/hematología) y variables estudiadas

DISCUSIÓN: La incidencia de caídas y dolor es baja, aunque casi la mitad de las caídas tuvieron lesión. En las 1ª 24 horas del ingreso la media de la intensidad de dolor es leve; pero considerando todo el ingreso se detecta dolor moderado e intenso. La implantación de ambas GBP ha sido exitosa, con un alto nivel de implantación de todas las recomendaciones, especialmente la valoración con escala (tanto del dolor como del riesgo de caídas) y la planificación de cuidados. Se ha conseguido aumentar significativamente el porcentaje de pacientes que no tienen dolor durante el ingreso, y disminuir la intensidad en los que lo padecen

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Mejorar la prevención de caídas y de lesiones derivadas en pacientes en los que se

detecten factores de riesgo (medicación de riesgo, caídas previas, estado cognitivo alterado, déficit sensorial, marcha insegura o debilidad y dolor) y reforzar la planificación de cuidados y educación para la salud. Como en otros estudios (4,5), se detecta la necesidad de revisar pautas analgésicas (farmacológicas y no farmacológicas) y controlar los efectos secundarios de los analgésicos, así como analizar posibles factores relacionados con el dolor (ansiedad, procedimientos/tratamientos dolorosos) para poder detectar áreas de mejora e implementar medidas para mejor control del dolor

El estudio no tiene conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Evidence Based Practice information sheets for Health professionals. Reproducido del Best Practice 1998; 2(2):1-6. ISSN 1329-1874. [Actualizada el 15 de marzo de 2007; acceso el 4 de junio de 2018] Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/evidencia/bpis/pdf/jb/1998_2_2_CaidasHospital.pdf
- (2) Callis, N. Falls prevention: Identification of predictive fall risk factors. *Applied Nursing Research*. 2016; 29: 53–58.
- (3) Flaherty LM, Josephson NC. Screening for fall risk in patients with haemophilia. *Haemophilia*. 2013; 19(3): e103–109.
- (4) Zoëga S, Ward SE, Sigurdsson GH, Aspelund T, Sveinsdottir H, Gunnarsdottir S. Quality Pain Management Practices in a University Hospital. *Pain Management Nursing*, 2015; 16(3): 198-210.
- (5) Song W, Eaton LH, Gordon DB, Hoyle C, Doorenbos AZ. Evaluation of Evidencebased Nursing Pain Management Practice. *Pain Management Nursing*, 2015; 16(4): 456-463

AUTORES/AUTHORS:

LAURA MARTIN LOSADA, MARIA HUERTA RUIZ, NURIA GONZALEZ ALVARO, NICOLAS CUENCA ZALDIVAR, IVAN ORTEGA MORENO

TÍTULO/TITLE:

Clinical Fellow Program: Implantación formal de evidencia para la mejora del manejo de la Incontinencia Urinaria

Autores: Martín-Losada L1, Huerta-Ruiz M1, González-Álvaro N1, Ortega-Moreno I1, Cuenca-Zaldívar N1. 1 Unidad de Rehabilitación Funcional. Hospital Guadarrama, Madrid. Introducción. El Centro español de cuidados de salud basados en evidencia (CECBE) realiza distintos proyectos para la utilización y transferencia de la evidencia a la práctica clínica. Entre ellos se encuentra Clinical Fellow Program en convenio con el Joanna Briggs Institute (JBI) de reciente inicio en España. Consta de un período formativo, un trabajo de implantación y evaluación de la evidencia disponible y su difusión. El objetivo del programa es liderar iniciativas de cambio mediante ciclos de calidad, que faciliten la implantación de cuidados basados en la evidencia en la práctica. Así surge este trabajo para mejorar el manejo de la incontinencia urinaria1 (IU) desarrollado en el Hospital Guadarrama (HGUA) del Servicio Madrileño de Salud. La IU2 es un problema de elevada prevalencia en pacientes adultos y ancianos hospitalizados, aumenta la dependencia de terceras personas y afecta a la calidad de vida, origina complicaciones dermatológicas, infecciones de tracto urinario, caídas y aparición de lesiones cutáneas crónicas3,4. El aumento de la prevalencia de IU en el hospital ha impulsado este trabajo de implantación. En 2016 la Unidad de Rehabilitación Funcional (URF) del HGUA participó en el proyecto Sumamos Excelencia (Investén-Isciii), donde se Implantaron recomendaciones de cuidados basadas en evidencia para IU5. En este nuevo proyecto se han consolidado algunas de las recomendaciones previamente implantadas en Sumamos Excelencia y se han iniciado otras nuevas. El equipo interdisciplinar que ha realizado la implantación está formado por tres enfermeras, un fisioterapeuta y un médico especialista en medicina física y rehabilitación, todos ellos clínicos de la URF, liderado por enfermería. Se declara que no existe conflicto de intereses. Objetivo. Mejorar el grado de cumplimiento de las recomendaciones para el manejo de la Incontinencia Urinaria en una Unidad de Rehabilitación Funcional. Método. Estudio cuasi experimental no controlado antes y después con medidas repetidas de las variables respuesta a los 3 y 6 meses post-intervención. Sujetos/ámbito estudio: Pacientes dados de alta en la URF del HGUA (Comunidad de Madrid). Mediciones realizadas en diciembre de 2017 y marzo de 2018 mediante muestreo consecutivo hasta alcanzar el tamaño muestral (n=30) solicitado en el proyecto. Variables: demográficas: edad, sexo; indicadores de proceso: valoración presencia de IU al ingreso, valoración de la IU (tipo), plan de cuidados IU, aplicación de terapia evacuación inducida, los productos para incontinencia se cambian cuando se requiere y se registra, se valora la presencia de IU al alta, el equipo de enfermería está formado en el manejo de IU; indicadores de resultado: prevalencia, tipo. Instrumentos: historia clínica. Intervención: 1.Formación en el CECBE en el programa Clinical Fellow Program de JBI para la implantación y evaluación de evidencia científica en la práctica clínica. 2. Auditoría basal retrospectiva utilizando el método PACES (Practical Application of Clinical Evidence System) 3.Estrategia de implantación de las recomendaciones basadas en evidencia para manejo de la IU mediante modelo GRIP (Getting Research Into Practice) basado en un proceso de mejora, identificación de barreras, planificación e implantación para mejorar la adherencia según los criterios establecidos. 4. Medición de resultados post-implantación a los 3 y 6 meses. Resultados. BASAL (n=30):edad media 80 años. 67%mulheres/33%hombres. Valoración de la presencia IU:ingreso=100%/alta=100%, valoración IU=100%. Plan cuidados=94%, evacuación inducida=44%, cambio productos=0, profesionales formados (n=140)=35%, prevalencia IU:ingreso=60%/alta=57%.Tipo:40%mixta/33%funcional/27%total. 3 MESES (n=30): edad media 80 años. 87%mulheres/13%hombres. Valoración presencia IU: ingreso=100%/ alta=100% valoración IU=100%. Plan cuidados=81%, evacuación inducida=40%, cambio productos=0, profesionales formados (n=140)=74%, prevalencia IU:ingreso=67%/alta=30%. Tipo:55%mixta/25%funcional/15%total/5%urgencia. 6 MESES (n=30): edad media 74 años. 67%mulheres/33%hombres. Valoración presencia IU: ingreso=100%/ alta=100%, valoración IU=100%, plan cuidados=94%, evacuación inducida=67%, cambio

productos=100%, profesionales formados (n=140)=82%, prevalencia IU: ingreso=60%/alta=37%. Tipo:67%mixta/22% funcional/11%total. Discusión. La implantación formal aporta sostenibilidad a las recomendaciones trabajadas previamente en Sumamos Excelencia e incrementa el grado de cumplimiento en las iniciadas en este nuevo proyecto. Podemos observar que a medida que mejoran los indicadores de proceso disminuye la prevalencia de pacientes con IU mejorando el estado de salud de los pacientes. Implicaciones para la práctica. La aplicación formal de evidencia tiene un impacto positivo sobre los cuidados, los resultados de salud en los pacientes y los profesionales, empoderando a los líderes clínicos como promotores del cambio y aumentando la calidad de la asistencia. Este trabajo es una adaptación parcial del Implementation Report que se publicará en JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. RNAO. Guía de buenas prácticas en enfermería: Manejo de la incontinencia urinaria mediante evacuación inducida. 2005. [Internet] Disponible en: www.rnao.org/bestpractices
2. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003 Jan; 61 (1):37-49.
3. Morilla JC., Iglesias J., Izquierdo JM., Martín MJ., Martín MC., Rodríguez C. et al. Guía de atención enfermera a pacientes con incontinencia urinaria. ASANEC Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. 3ª Ed. 2007. ISBN: 978-84-690-6225-8
4. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Nota descriptiva, Febrero 2018. [Internet] Consultado el 12-09-2018 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
5. Martín-Losada L., Huerta-Ruiz M., Fernández-Guijarro P., Pérez-López E., Muñoz-González E., Parrón-Martín B. Sumamos Excelencia: Abordaje de la incontinencia urinaria en una Unidad de Rehabilitación Funcional. En: Libro de ponencias XXI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. ISBN: 978-84-697-8277-4. Edita: Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-Isciii).Madrid, 2017. Pág. 41 – 44.

AUTORES/AUTHORS:

Sílvia Reverté-Villarroya, María Pilar Montesó-Curto, Mireia Adell-Lleixà, Calamanda Matamoros-Obiol, Rosa Benet-Martí, Ester Inglada-García, Natividad Cañellas-Reverté, Marta Berenguer-Poblet, Carlos López-Pablo

TÍTULO/TITLE:

Aprendizaje y satisfacción académica de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas de atención geriátrica

Las prácticas académicas ocupan un lugar preponderado dentro del currículum académico del alumno, ya que consiste en el lugar donde intrínsecamente se produce la transferencia de los conocimientos teóricos y metodológicos de los estudios de enfermería. Es el momento, donde el estudiante se acerca a la realidad profesional en una situación compleja como es la atención y el cuidado de los pacientes y su familia (Bonfill E, 2015). Los alumnos manifiestan un elevado grado de estrés durante las prácticas y todo ello comporta la necesidad de disponer de un entorno virtual que permita con facilidad, recoger su grado de satisfacción e impresiones (Silva J, 2017). Actualmente, cualquier procedimiento académico debe ser evaluado. Dicha acción es un indicador de calidad y constituye un requisito indispensable para ser competitivos y promover iniciativas (Cabero J, 2012).

Objetivo: Evaluar la satisfacción relacionada con el aprendizaje de los alumnos de 4º grado de enfermería al finalizar los ciclos de prácticas clínicas en unidades de atención geriátrica.

Metodología: Estudio observacional y analítico en una población diana de alumnos de 4º curso de enfermería matriculados en la asignatura de prácticas clínicas en geriatría, distribuidos en 4 ciclos de 4 semanas, desde enero a mayo 2018. Se recogieron las variables dependientes (VD) (sexo, edad, centro) y como variable independiente (VI) la satisfacción del aprendizaje mediante el formulario adhoc virtual, anonimizado y vinculado a consentimiento informado, con respuestas tipo Likert (1. Totalmente desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni acuerdo ni desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente De acuerdo), en 4 áreas de cumplimentación obligatoria: organización y coordinación de las prácticas (3preguntas), seguimiento del aprendizaje (6preguntas), aprendizaje (3preguntas) y un espacio abierto a comentarios (clasificado según afinidad de respuesta). Análisis descriptivo de las VD mediante frecuencias, media, desviación estándar (DS), mediana y rango intercuartil, y análisis comparativo VI mediante Chi cuadrado, U Mann-Whitney y H Kruskal-Wallis para distribución no normal (pack estadístico SPSS v.23).

Resultados: La muestra final la conformaron, n=43 alumnos, de los cuales el 20,9% eran hombres de edad media 25,56(DS 6,12) años, y mujeres 79,1% de edad media 23,88 (DS 5,60), con un rango de edad global entre [21-43] años. La distribución de alumnos/centros fue (centro1=2, centro2=29, centro3=7, centro4=5). La media de la satisfacción global obtenida fue 3,99(DS 0,88). Hubieron diferencias significativas entre el sexo y la segunda área del formulario de satisfacción que evalúa la percepción de seguimiento ($p=0,039$), siendo los hombres los que asignaron peores puntuaciones, y en la edad categorizada (≤ 22 (n=30) vs >22 (n=13) años) también se obtuvieron diferencias significativas en la misma área ($p=0,011$), lo que indica que a mayor edad, peor percepción de seguimiento. Con relación a los centros (Centro2 y 3), 2 de ellos recibieron peores puntuaciones con diferencias significativas en la tercera área, aprendizaje ($p=0,012$), indicando incumplimiento de expectativas. El 67,4% comentaron estar muy satisfechos con todo el ciclo de prácticas.

Discusión: Los alumnos hombres han sido más críticos y han puntuado más bajo la evaluación de su aprendizaje, así como los alumnos repetidores o de mayor edad. El centro más solicitado para cursar las prácticas clínicas parece que no ha cubierto las expectativas previas de los alumnos, a diferencia de los otros centros. Aunque en general los alumnos refieren estar muy satisfechos de las prácticas. Así pues, se observa que la evaluación de la satisfacción del alumno tras los ciclos de prácticas clínicas de enfermería es un indicador de calidad y resulta fundamental para optimizar su aprendizaje y mantener la excelencia académica, ya que los datos obtenidos permitirán reformular y mejorar los aspectos peor percibidos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bonfill, E. Lleixà, M. Martínez, E. Albaca, N. Saéz, F. & Monteso, P. (2015). Diseño de un programa de intervención para afrontar el estrés de los estudiantes de enfermería durante sus prácticas. Presencia. Revista de Enfermería de Salud Mental, 11, 22.
2. Silva, J. (2017). Un modelo pedagógico virtual centrado en las E-actividades. Revista de Educación a Distancia (RED), (53).
3. Cabero Almera, J. (2012). Tendencias para el aprendizaje digital: de los contenidos cerrados al diseño de materiales centrado en actividades. El proyecto Dipro 2.0. RED. Revista de Educación a Distancia, 32,1-27.

AUTORES/AUTHORS:

Laura Parra-Anguita, Margarita Pérez-Cruz, Sara Moreno-Cámara, Catalina López-Martínez, Pedro L Pancorbo-Hidalgo

TÍTULO/TITLE:

TRADUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DE LA DEMENTIA KNOWLEDGE ASSESSMENT TOOL 2 (DKAT2)

OBJETIVO.

Traducir, adaptar al español y establecer las propiedades psicométricas de la versión española de la Dementia Knowledge Assessment Tool 2 (DKAT2) para poder ser utilizado en el personal de enfermería y en estudiantes del grado de Enfermería en el contexto español.

MÉTODO.

El cuestionario DKAT2 mide el nivel de conocimientos sobre demencia, consta de 21 ítems, tres opciones de respuesta (Si, No y No sabe) y es autoadministrado¹. Está dirigido a profesionales sanitarios, tiene una buena consistencia interna $\alpha = 0,79$. Ha sido desarrollado en inglés y validado en Australia.

Se realizó un proceso de traducción y adaptación cultural. Se solicitó autorización a la autora para su uso. Se realizaron dos traducciones al español a partir de las cuales se generó la primera versión. Se realizó una retro-traducción. Esta versión se comparó con la versión original, y se consultó con la autora si había habido algún cambio en el sentido de las preguntas originales. Obteniendo la versión final en español del cuestionario DKAT2.

Los análisis han sido realizados con los programas Excel 2010, JMetrik y SPSS 19.0

En el proceso de validación se utilizaron dos muestras distintas. La muestra 1 formada por 361 miembros del personal de enfermería de residencias de personas mayores (enfermeras/os, técnicos/as auxiliares de enfermería y gerocultoras/es). La muestra 2 formada por 297 estudiantes de 2º, 3º y 4º curso del grado de Enfermería de la Universidad de Jaén.

El estudio se realizó desde octubre 2016 hasta abril 2017.

Para el análisis se utilizaron varios métodos: Análisis de ítems, modelo Rash basado en la teoría de respuesta al ítem, validez de constructo (mediante hipótesis de grupos conocidos) y fiabilidad (Alpha de Cronbach).

RESULTADOS.

Características de la muestra 1: La edad media de los participantes fue de 37.71 años; SD 1.26. El grupo de los profesionales estuvo principalmente formado por población femenina 94.7%. El 19.11% eran enfermeras, 67.03% eran auxiliares de enfermería y el 13.85% gerocultoras. La tasa de respuesta fue 51.5%.

Características de la muestra 2: La edad media fue 21.82 años (SD 4.62). El 79.8% eran mujeres. El 40.2% eran alumnos/as de 2º curso. La tasa de respuesta fue 67.3%.

Análisis de los ítems. Cuatro ítems mostraron diferencias importantes en cuanto al porcentaje de respuesta correctas entre ambas muestras.

Modelo Rash. Todos los ítems se ajustan bien al modelo. En cuanto al análisis del funcionamiento diferencial de los ítems, todos los ítems se comportan igual entre los miembros del grupo del personal de enfermería, existiendo diferencias en 4 ítems entre el grupo de profesionales y el grupo de estudiantes.

Validez de constructo. Se obtuvieron mejores puntuaciones de conocimiento en profesionales (15.57) frente a estudiantes (12.85). t Student: 11.31 $p < 0.00001$.

La fiabilidad en la muestra 1: α Cronbach=0.76; y en la muestra 2: α Cronbach=0.83

DISCUSIÓN.

La versión en español de cuestionario DKAT2 que se ha desarrollado presenta equivalencia semántica con la versión original y adecuada validez de constructo y aceptables propiedades psicométricas para su uso en el personal de enfermería y en estudiantes de enfermería en España. Este cuestionario diferencia correctamente a personas con mayor y menor conocimiento en demencia. La metodología utilizada para la validación y adaptación es similar a la utilizada por otros autores². Nuestros resultados encajan bien con los encontrados en la publicación original¹ así como con la validación en portugués brasileño³. Esta versión del cuestionario DKAT2 requiere menos de diez minutos para ser contestado. Para el desarrollo de la versión en español de los artículos, se utilizó un adecuado método a través de la traducción, retrotraducción y corrección por parte de uno de los autores de la herramienta original con el fin de asegurar la similitud semántica de ambas versiones. Este cuestionario ha sido probado y validado en 2 poblaciones diferentes: personal de enfermería que trabaja en residencias de mayores y estudiantes de enfermería. En nuestro estudio, el análisis con el modelo Rasch mostró que esta versión del DKAT2 tiene un rango adecuado de dificultad de los elementos que coinciden con la capacidad de las personas. Una característica importante de este cuestionario son las 3 opciones de respuesta, que podrían considerarse una ventaja, ya que permite a los encuestados declarar explícitamente su ignorancia de un tema, sin forzarlos a elegir la opción Sí o No, evitando el sesgo de las respuestas correctas al azar

Implicaciones para la práctica. Disponer de un instrumento válido y fiable para medir el nivel de conocimiento sobre la demencia, que se puede utilizar tanto en el personal de enfermería como en estudiantes del Grado de Enfermería. Al utilizar la versión en español del DKAT2, es posible identificar temas sobre los que hay un conocimiento erróneo (respuestas incorrectas) y temas sobre los que hay un conocimiento pobre (respuestas desconocidas). Esta información es útil para planificar programas de formación para enfermeras o modificar el contenido de los cursos para estudiantes de enfermería.

No existe conflicto de intereses por parte de ninguno de los autores y autoras.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Toye C, Lester L, Popescu A, McInerney F, Andrews S, Robinson AL. Dementia Knowledge Assessment Tool Version Two: development of a tool to inform preparation for care planning and delivery in families and care staff. *Dementia* (London). 2014; 13(2), 248-256.
2. Shanahan N, Orrell M, Schepers AK, Spector A. The development and evaluation of the DK-20: a knowledge of dementia measure. *Int Psychogeriatr*. 2013; 25(11), 1899-1907
3. Piovezan M, Jacinto AF, Rodolpho ES, Bessa TA, Vieira de Almeida KM, Costa FN. Transcultural adaptation of an instrument about dementia knowledge by elderly's caregivers. *Alzheimers Dement*. 2017; 13(7, Supplement), 1170-1171.

AUTORES/AUTHORS:

María Lopez-Sanchez, Jose Bustelo, Silvia Fernandez-Cadevall, Joaquín Tomás-Sábado

TÍTULO/TITLE:

Validación de la versión Española del cuestionario sobre sensibilidad moral

ABSTRACT**Antecedentes:**

Una intervención clínica que no tiene en cuenta la moral ni la ética se traduce en unos cuidados médicos deficientes. La sensibilidad moral nos indica si una determinada práctica clínica se fundamenta o no en aspectos éticos. Por ello, es importante tener en cuenta los valores obtenidos para diseñar intervenciones donde las enfermeras tomen aquellas decisiones que resulten apropiadas a la situación planteada.

Objetivo:

El objetivo de este estudio es traducir y adaptar al castellano la escala titulada "Cuestionario de sensibilidad moral" (MSQ) en enfermeras y determinar sus propiedades métricas preliminares.

Métodos: La versión española de la escala se construyó mediante ciclos sucesivos de traducción y retrotraducción. Posteriormente un comité de expertos evaluó la calidad y comprensión de la traducción. La escala MSQ es un cuestionario autoadministrado, que consta de 27 ítems con una escala de respuesta tipo likert de 7 puntos, desde 1 (total desacuerdo) hasta 7 (total acuerdo), exceptuando los ítems 8 y 23, donde debe invertirse la puntuación. De esta manera, el rango de posibles puntuaciones totales será de 7 a 210, donde las mayores puntuaciones son indicativas de un mayor nivel de sensibilidad moral. Una muestra de conveniencia de n=230 profesionales de enfermería pertenecientes al ámbito sanitario, tanto hospitalario como de atención primaria, en instituciones de la provincia de Barcelona, respondieron de forma voluntaria un cuestionario que, además de datos demográficos, contenía las formas españolas de las escalas MSQ y MDS (moral distress scale).

Análisis:

En el análisis de datos se calcularon índices descriptivos, coeficientes alfa de consistencia interna y coeficientes de correlación de Pearson. La validez y fiabilidad de dicha escala se comprobó mediante el Alpha de Cronbach. La validez concurrente de la escala se determinó a través de la correlación de sus puntuaciones con el "moral distress scale" (MDS), que se administró de forma simultánea.

Resultados:

Se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0,713 para los 27 ítems de la MSQ. Y un coeficiente de correlación de Pearson negativo y significativo ($r=-0,349;p<0.01$) con la subescala de intensidad de la MDS.

Discusión: Los resultados del estudio, demostraron que la forma Española de la MSQ presenta propiedades psicométricas preliminares. A falta de posteriores estudios que profundicen en su validación, puede considerarse adecuada para evaluar la Sensibilidad Moral en las enfermeras Españolas. Implicaciones para la práctica: Esta escala puede constituir un instrumento que contribuya de forma eficaz, a evaluar los aspectos relacionados con los factores que provocan estrés moral en los profesionales de enfermería y en definitiva puede contribuir a mejorar a calidad de los cuidados que estos profesionales proporcionan a estos

pacientes.

Palabras clave: enfermería, sensibilidad moral, ética, cuestionario, estrés moral

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Dalla Nora CR, Zoboli EL, Vieira MM. Validation of a Brazilian version of the moral sensitivity questionnaire. Nurs Ethics. 2017 Jan 1;969733017720849.

Lützn K1, Evertzon M, Nordin C. Moral sensitivity in psychiatric practice. Nurs Ethics. 1997 Nov;4(6):472-82.

AUTORES/AUTHORS:

MARIA MERCEDES ANDUEZA PEREZ, MIREN KARMELE ZARRAGA LASHERAS, MARIA TERESA BASTIDA LOINAZ

TÍTULO/TITLE:

Prevención del Síndrome Metabólico en Trastorno Mental Grave. Intervención de Enfermería.

INTRODUCCIÓN. La prevalencia del Síndrome Metabólico (SM) en pacientes con Esquizofrenia es de 2-4 veces mayor que la de la población general. Asimismo, estos pacientes presentan una proporción superior de factores de riesgo potencialmente modificables como obesidad, dislipemia, hipertensión, diabetes, tabaquismo y sedentarismo. Razones estas que justifican la promoción de acciones dirigidas a mejorarlos.

OBJETIVOS: 1-Mejorar la monitorización del riesgo metabólico en pacientes con Esquizofrenia y otros TMG.2- Reducir el riesgo a través de sesiones individuales y grupales de Educación en Salud.

METODOLOGÍA: El estudio fue aprobado prospectivamente por el Comité Ético de Investigación Clínica de Guipúzcoa y fue realizado en el Centro de Salud Mental de Amara perteneciente a la Red de Salud Mental de Guipúzcoa. Todos los pacientes recibieron intervención individual y algunos de ellos además intervención grupal. Criterios de inclusión en el estudio: Pacientes mayores de edad con diagnóstico de Esquizofrenia y/o TMG. Criterios de exclusión: Negativa o rechazo del paciente o tutor a participar. Diagnóstico de SM: Se utilizaron criterios del Tercer Grupo de Expertos sobre Tratamiento en Adultos del Programa Nacional de Educación en Colesterol (NCEP ATP-III). Intervención física: Analítica general anual. Mediciones trimestrales de TA y frecuencia cardíaca, peso, IMC y perímetro abdominal. Detección de consumo de tabaco (nº /día), OH (UBE/semana) y otros tóxicos. Intervención educativa: Educación individual en hábitos de alimentación (Pirámide alimentación), hábitos de ejercicio físico (Pirámide actividad) y hábitos tóxicos. Educación grupal: 3 sesiones (60-90'). Contenidos: Alimentación saludable, actividad física y hábitos tóxicos.

RESULTADOS TRAS INTERVENCIÓN: Participación 120 pacientes (enero - diciembre 2017). 109 sujetos completaron el programa. N= 109. Mujeres= 50 (46%), Hombres =59 (54%), Edad media=47,43. Presencia de Síndrome Metabólico. SI: 33 (30%). No: 51(47%). Limite: 25(23%) (presentan 2 factores).Seguimiento de recomendaciones: Sí siguen recomendaciones: 34 (31%). No siguen: 42 (38,5%). Parcialmente: 33 (30%). Participación en grupos: 26 (24%). Derivaciones a Atención Primaria: 11pacientes. Factores de riesgo presentes dentro del grupo de pacientes que NO cumplen criterios de S M (76 pacientes). Sobrepeso: 22 pacientes. Obesidad premórbida y mórbida: 32 pacientes. Consumo tabaco: 44 pacientes. Consumo alcohol:12 pacientes. No alimentación saludable: 34 pacientes. No actividad física regular: 39 pacientes. **CONCLUSIONES/DISCUSSION:** 1-La monitorización de la salud física de los TMG es necesaria.2-La intervención en salud ha modificado hábitos de riesgo.3-Es necesario seguir incidiendo en los factores de riesgo modificables.4-Remarcar la importancia en la coordinación con los equipos de Atención Primaria. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en la elaboración de este documento o con respecto a su autoría y publicación

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Sáiz Ruiz J, Bobes García J, Vallejo Ruiloba J, Giner Ubago J, García-Portilla González MP. Grupo de Trabajo sobre la Salud Física del Paciente con Esquizofrenia. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. Actas Esp Psiquiatr 2008;36(5):251-264.
2. Vancampfort D, Probst M, Knapen J, et al. Associations between sedentary behaviour and metabolic parameters in patients with schizophrenia. Psychiatry Res. 2012;200:73–78.
3. Del Alamo Alonso. Síndrome Metabólico. Guías Clínicas Fisterra (2008). <http://www.fisterra.com/guias2/Smetabolico.asp>.

AUTORES/AUTHORS:

Laia Raigal-Aran, Carme Ferré-Grau, Gerard Mora-López, Carme Berbis-Morelló, Àngel Belzunegui-Eraso

TÍTULO/TITLE:

El impacto de la deseabilidad social en una escala de competencia cultural en enfermeros

Objetivos: Analizar el sesgo de las respuestas de la Cultural Competence Assessment versión al castellano (CCA-S*) en base a la deseabilidad social (DS); y en caso de sesgo, determinar si existen variables sociodemográficas determinantes.

Método: Estudio cuantitativo de diseño no experimental transversal con muestreo por conveniencia enfermeras/os de Catalunya Sud. Se usó la técnica “bola de nieve” con un formulario online con consentimiento informado y permiso del CEIm del Institut Pere Virgili (Tarragona). Participaron un total de 435 enfermeros/as (N=3920; IC:95%; error:5%). Las variables de estudio fueron las puntuaciones de cada ítem y la media de las 4 subescalas de la CCA-S (Sensibilidad-CS, consciencia-CA, comportamiento-CAB y búsqueda de información-CSI) de 25 ítems con respuesta Likert-7 y la puntuación total de la versión breve de la escala Marlowe-Crowne (MC-SDS), validada por Guitiérrez et al. (2016) de 18 ítems directos e inversos. La CCA-S a mayor puntuación mayor competencia cultural(CC), y la MC-SDS, a mayor puntuación mayor DS y posibilidad de sesgo de respuesta. Las dos escalas han sido adaptadas y validadas al castellano(>0.75*). Se analizaron las puntuaciones extremas de alta CC con la media de DS. Para ello se escogió la prueba de Kruskal-Wallis (KS sig.<0,05) y en caso de significación se corroboró con la Rho de Spearman. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 21.

Resultados: Tan solo se consideraron las sub-escalas CA y CS, en los que el 59% de los participantes respondieron a los rangos más extremos de alta CC. Las dos subescalas presentan una muy leve influencia de la DS teniendo solo 1 ítem en cada una donde se demuestre estadísticamente la influencia de la DS en la respuesta. En la CA, el ítem “La raza es el factor más importante que determina la cultura de una persona” presenta una correlación positiva muy baja ($p=0.18$). Sucede lo mismo con el ítem de la CS ($p=0.15$) “Entiendo que las personas de diferentes culturas pueden definir el concepto de atención médica de distintas maneras”. En ambos casos la media de edad, media total DS y distribución sexo se asemeja a la media general (41 años, 5.7, 80% mujeres).

Discusión: Una de las características principales de la CCA-S es que no solo recoge información del comportamiento y actitudes (CSI y CAB) de los profesionales de salud ante pacientes de otras culturas, sino también sobre sus actitudes, opiniones y disposiciones (CS y CA). El CCA-S se trata de un cuestionario autoaplicado y, como cualquier instrumento de evaluación, está sujeto a problemas de validez. La DS consiste en presentar una imagen distorsionada de lo que se piensa, es o cree debido a una “necesidad de aprobación social”. Esta necesidad es inherente al ser humano y existen temáticas mas susceptibles a un condicionamiento en la respuesta y por ello es necesario analizar los resultados con la MD-SDS. A raíz de los resultados, la influencia de la DS es leve para CS y CA, resultando pues, que no existe sesgo en la DS de las respuestas y aumentando así pues la validez de la CCA-S.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Gutiérrez, S., Sanz, J., Espinosa, R., Gesteira, C., García-Vera, M.P., 2016. La Escala de Deseabilidad social de Marlowe-Crowne: Baremos para la población general española y desarrollo de una versión breve. *An. Psicol.* 32, 206–217. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.185471>
- Schim, S.M., Doorenbos, A.Z., Miller, J., Benkert, R., 2003. Development of a Cultural Competence Assessment instrument. *J. Nurs. Meas.* 11, 29–40. <https://doi.org/10.1891/jnum.11.1.29.52062>

AUTORES/AUTHORS:

Beatriz Marcos Canchaya, Verónica Velasco González

TÍTULO/TITLE:**ENFERMEROS BOMBEROS: SITUACIÓN ACTUAL Y ANÁLISIS DE SUS ACTIVIDADES**

Los Servicios de Prevención y Extinción de Incendios y Salvamento (SPEIS) tienen como principal función atender a personas, bienes materiales y/o recursos naturales en situación de emergencia o catástrofe. Para la prestación de una asistencia óptima, en la actualidad, ocho SPEIS españoles cuentan con Enfermeros Bomberos. El objetivo del presente trabajo es analizar la importancia de la Enfermería en SPEIS españoles mediante el análisis de la situación actual y estudio de las funciones y tareas que desarrollan los Enfermeros Bomberos.

Se trata de un estudio de tipo cuanti-cualitativo basado en el paradigma interpretativo constructivista y el método de la fenomenología. La población analizada la forman los SPEIS españoles que cuentan con Enfermeros Bomberos. La muestra está constituida por los Enfermeros Bomberos de los SPEIS de los Ayuntamientos de Barcelona, Valencia, Sevilla, Málaga, Zaragoza, Bilbao, la Generalidad de Cataluña y la Comunidad Foral de Navarra; a los que se le envió a través de correo electrónico la petición de colaboración en el estudio. Como criterio de inclusión de la muestra se ha estimado seleccionar a aquellos Enfermeros que presten asistencia sanitaria en SPEIS españoles. Las variables estudiadas son: variables sociodemográficas, filiación de los Parques de Bomberos, recursos humanos y materiales, formación requerida para el trabajo de Enfermero Bombero, funciones y tareas propias de Enfermería en Bomberos, ventajas y necesidad de la existencia de la figura del Enfermero Bombero. Los datos de dichas variables se han extraído de las respuestas a las entrevistas online autoadministradas de elaboración propia enviadas a los diferentes Cuerpos de Bomberos que cuentan con Enfermeros.

Se han recibido respuestas de 40 Enfermeros Bomberos, de los cuales el 70% son hombres y el 30% mujeres, la media de edad es de 47,7 años y la desviación estándar de $\pm 10,5$. Gracias a la participación voluntaria de los Enfermeros Bomberos se han podido extraer los siguientes resultados. El SPEIS que cuenta con el mayor número de Enfermeros es el del Ayto. de Barcelona con 27 Enfermeros; a él le siguen Zaragoza con 12, Sevilla con 7 y Málaga con 6. Todos estos SPEIS cuentan con ambulancias medicalizadas de soporte vital avanzado equipadas con material sanitario de emergencias; Zaragoza dispone además de un Puesto Sanitario Avanzado (PSA), un túnel de descontaminación nuclear-biológico-químico (NBQ) y un Vehículo de Asistencia Médica (VAM). Las funciones de los Enfermeros Bomberos abarcan las cuatro grandes áreas de la Enfermería: asistencia, tanto extrahospitalaria como laboral; docencia dirigida a Enfermeros, Bomberos, población general, máster y especialidades de Enfermería EIR; gestión de recursos humanos y materiales; e investigación a través de la participación en Jornadas y Congresos. El acceso a este puesto de trabajo es a través de oposición/concurso-oposición, las bases son diferentes en función de la convocatoria y la Institución que publique la Oferta Pública de Empleo (OPE) pero en todas se requiere el título de diplomado/graduado en Enfermería.

El hecho de que Bomberos y Enfermeros conformen una unidad supone una gran ventaja dado que constituyen el "tren de salida" a los avisos de emergencia. Esta característica se traduce en un tiempo de respuesta cero en la prestación de asistencia sanitaria de urgencia in situ tanto a las víctimas como a sus propios compañeros Bomberos; además, la presencia de Enfermeros Bomberos facilita el acompañamiento, la comunicación y el apoyo emocional que requieren las víctimas y familiares. Los Enfermeros Bomberos ofrecen asistencia sanitaria integral en lugares y situaciones donde otros equipos sanitarios no pueden llegar por falta de equipos especiales y de formación específica para atender situaciones de riesgo como pueden ser los salvamentos en derrumbes, explosiones, incendios, espacios confinados o de difícil acceso, rescates en altura, rescates subacuáticos, en accidentes de tráfico,

servicios con riesgo NRBQ (nuclear, radiológico, biológico, químico), búsqueda de personas, etc. El trabajo en equipo permite estandarizar los procesos de actuación y anticipar actividades para que la asistencia sea de calidad y lo más inmediata posible. El que Bomberos y Enfermeros formen una unidad implica que los Bomberos tengan una referencia sanitaria en todo momento, que los Enfermeros conozcan las necesidades de los Bomberos y que además, al tener formación para actuar en zona caliente, puedan colaborar en las tareas de sus compañeros. Un Enfermero Bombero del Ayuntamiento de Barcelona define, en sus respuestas a la entrevista, a su equipo de trabajo con el siguiente enunciado: "Equipo integrado donde el Bombero es Sanitario y el Sanitario es Bombero".

Por la seguridad de los Bomberos y las víctimas en situación de emergencia que ofrecen los Enfermeros Bomberos se concluye reafirmando la importancia que tiene en la práctica clínica el disponer de un equipo sanitario en los SPEIS.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Asociación de Sanitarios de Bomberos de España [Internet]. [citado 31 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.sanitariosbomberos.es/quienes.html>

Cester A, Piquer Gómez C. Boletín 23. Especial XIX Congreso. Bilbao [Internet]. 2009. [citado 10 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.sanitariosbomberos.es/docboletines/BOLETIN-23.pdf>

Yepes Pérez J, Ropero D, Rodríguez L, Sanz M, Tomás M, Mateu M et al. Boletín 49 [Internet]. Diego Borraz Clares; 2017 [citado 18 de febrero 2018]. Disponible en: <http://www.sanitariosbomberos.es/docboletines/BOLETIN-49.pdf>

Ropero Rendón D, Rodríguez Alonso L, Pascual Gou J, Tomás Jiménez M, Yepes Pérez J, San Quiroga M et al. Historia de la Enfermería de Bombers de Barcelona. Presentación presentada en; 2017; XXVI Congreso Internacional de Enfermería; Barcelona, España.

Sinués Júdez M, Álvarez Hernández A, Gracia Carrasco E, Anía Melón J, Pellicer García B, Rull Rodríguez V. La Enfermería de Emergencias Extrahospitalarias en Aragón desde la perspectiva biográfica profesional del enfermero Juan Carlos Gasca Gómez y la enfermera Marisa Martínez Feria. Rev Revista Médica Electrónica [Internet]. 2017 [citado 19 de febrero de 2018] 12(10). Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermeria-emergencias-extrahospitalarias/2/>

Ayuntamiento de Zaragoza. Bomberos y Protección Civil. Asistencia Médica: Presentación [Internet]. [citado 19 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.zaragoza.es/ciudad/bomberos/componentes.htm>

Savalls Ortiz C. 25 Anys del GEM. Rev Bomberscat Revista del bombers de la Generalitat de Catalunya [Internet]. 2015 [citado 18 de febrero de 2018]. Disponible en: http://interior.gencat.cat/web/.content/home/010_el_departament/publicacions/bombers/bombers_cat/Bomberscat_2.pdf

Generalitat de Catalunya. Bomberscat [Internet]. 2016 [citado 18 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://bombers.blog.gencat.cat/2016/09/06/recorrido-historico-del-grupo-de-emergencias-medicas-gem/>

Presentación. Bilbao SAMUR [Internet]. [citado 10 de febrero de 2018]. Disponible en:
<https://bilbaosamur.wordpress.com/presentacion/>

Breve historia del servicio-madrid.org -S112 Servicio de Urgencia Médica de la Comunidad de Madrid [Internet]. [citado 23 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1147762162627&pagename=SUMMA112/Page/S112_pintarContenidoFinal

AUTORES/AUTHORS:

Noelia Zurita Rejón, Pilar González Carrión, M^a del Mar Gutiérrez Martínez

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de los 10 pasos para una lactancia feliz en el Hospital Materno-Infantil de Granada

OBJETIVO

Evaluar el grado de cumplimiento de los 10 pasos a seguir en lactancia materna de la Iniciativa para la humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) en el Hospital Materno-Infantil (HMI) de Granada.

METODOS

Es un estudio descriptivo, observacional y transversal realizado en el HMI de Granada.

La población diana son todas las mujeres que han dado a luz en el HMI. En 2017 hubieran sido 2400 mujeres las que reunían los criterios de inclusión. La muestra la forman todas las madres que han dado a luz en dicho hospital, dadas de alta en marzo de 2018 y que han dado lactancia materna (LM) a su hijo.

Los datos se recogieron de forma consecutiva hasta alcanzar la muestra óptima de 95 para una proporción esperada del 80%.

Los criterios de exclusión fueron: tener al hijo ingresado en la Unidad Neonatal, no dar el pecho o tener dificultades para comprender el idioma.

Las variables analizadas están en consonancia con los 10 pasos a seguir en LM de la IHAN y son:

- Existencia de normativa escrita sobre lactancia puesta en conocimiento de todo el personal.
- Número de profesionales capacitados para que puedan poner en práctica la normativa existente sobre lactancia.
- Información recibida durante el embarazo.
- Inicio de la lactancia en la media hora siguiente al parto.
- Ayuda a la madre con la lactancia en las primeras 6 horas tras el parto.
- Técnica correcta de colocar y enganchar el niño al pecho.
- Alimentación a demanda.
- Alojamiento conjunto.
- Administración de suplementos diferentes a la leche materna.
- Uso de chupetes y tetinas.
- Contacto con profesionales sanitarios y grupos de apoyo.

Los datos se obtuvieron mediante una entrevista realizada a las madres al alta hospitalaria, sobre la información recibida en LM. El modelo es el establecido por la IHAN para madres que amamantan y que evalúa el cumplimiento de los 10 pasos recomendados por dicha organización para la lactancia(1). El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS, calculando frecuencias absolutas y relativas.

Los datos de los pasos 1 y 2, proceden de los registros del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HMI.

RESULTADOS

Paso 1 "Disponer de una normativa escrita de lactancia que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal" 100%.

Paso 2 "Capacitar a todo el personal para que pueda poner en práctica la normativa" 70% de la plantilla matronas, enfermeras y auxiliares de enfermería.

Paso 3 "Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia" 38.95% (n=37).

Paso 4 "Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto" 86.32% (n=82).

Paso 5 “Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos” 77.89% (n=74).

Paso 6 “No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté médicamente indicado” 50.53% (n=48).

Paso 7 “Practicar el alojamiento conjunto” 69.47% (n=66).

Paso 8 “Alentar a las madres a amamantar a demanda” 92.63% (n=88).

Paso 9 “No dar a los niños alimentados al pecho biberones, tetinas o chupetes” 44.21% (n=42).

Paso 10 “Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo” 17.89% (n=17).

DISCUSIÓN

En 2015, el Hospital fue seleccionado candidato a Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados. Esto ha supuesto implantar, evaluar y mantener durante tres años, tres guías sobre buenas prácticas de la Asociación de Enfermeras de Ontario. Una de ellas ha sido sobre Lactancia Materna(2). Se ha conseguido mejorar las tasas de LM exclusiva al alta de un 43, 68% en 2015 a un 59,13% en 2017.

La OMS y UNICEF lanzaron la IHAN para animar a los hospitales, servicios de salud, a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento(3).

El fijar la atención en la consecución de los pasos IHAN, además del trabajo que se está haciendo con la implantación de la guía de LM(4), aumentarán de forma progresiva las cifras actuales.

La IHAN considera que un paso ha sido implementado cuando supera el 80%(3). Podemos clasificar nuestros resultados en:

- Los pasos 1, 4 y 8 presentan porcentajes superiores al 80%.
- Los pasos 2, 5 y 7, cercanos al 80%, pueden ser superados a corto plazo si se sigue con la formación continua de profesionales y la aplicación de esos conocimientos a la práctica diaria.
- Los pasos 3, 6, 9 y 10, con cifras iguales o inferiores al 50%, necesitan que se centre la atención en ellos y marcar objetivos específicos y realistas para su logro. También ayudaría el contar con mayor coordinación con los profesionales de atención primaria y con las asociaciones de madres lactantes y de grupos de apoyo locales.

Estos resultados se encuentran en sintonía con otros estudios de hospitales que están en proceso de acreditación(5-6). Según un estudio realizado en Escocia, las cifras de lactancia materna exclusiva son un 13% más altas dentro de las madres que dan a luz en un hospital IHAN, frente a aquellas que no lo hacen(7).

La importancia de este trabajo radica en conocer el estado en el que se encuentra el HMI en este momento y, a partir de ahí, establecer la ruta a seguir para comenzar el proceso de acreditación de la IHAN.

Las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1 IHAN: Iniciativa para la humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia [Internet]. Madrid; IHAN; 2015 [10 Dic 2017, citado 22 Nov 2017]. Encuesta para madres que amamantan. Disponible en: <https://www.ihan.es/centros-sanitarios/como-ser-hospital-ihan/>

2 PiCuida: Red de Cuidados de Andalucía [Internet]. Implantación de Guías de Buenas Prácticas en Cuidados en el Complejo Hospitalario Universitario de Granada [citado 3 Feb 2018]. Disponible en: <https://www.picuida.es/implantacion-de-guias-de-buenas-practicas-en-cuidados-en-el-complejo-hospitalario-universitario-de-granada/>

3 IHAN. Pasos para ser IHAN-Hospitales. 10 pasos en hospitales. Disponible en:
<https://www.ihan.es/que-es-ihan/pasos/pasos-para-ser-ihan-hospitales/>

4 Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Lactancia materna. Guía de buenas prácticas en enfermería. 2007.

5 Flores B, Temborry MC, Muñoz MC, Román E. Dificultades frecuentes para la acreditación como Hospital Amigo de los Niños: nuestro abordaje. Rev Calidad Asistencial [Internet]. 2008 [citado 25 Abr 2018]; 23(6):264-70. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23040273>

6 Loáisiga Jarquín MJ. Efecto de la implementación de la Estrategia Hospital Amigo de la Madre y la Niñez en el Hospital Alemán Nicaragüense, periodo 2013-2014. [Tesis doctoral]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2014.

7 Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Vitoria-Gasteiz; 2017.

AUTORES/AUTHORS:

Maribel Lopez Garcia, Patricia Del Rio Martinez, Flora Pachon Vares, Gloria Joven Diez, Veronica Gil Garcia, Ohiana Odriozola Alcorta, Rebeca Murguiondo Martinez de Esquerecocha, Amagoia Arregi Aramendi, M^a Angeles Gallego Larrañaga

TÍTULO/TITLE:

CUIDADOS RUTINARIOS BENEFICIOSOS EN EL PUERPERIO PARA EL INICIO Y EL ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA PLANT

La lactancia materna (LM) aporta beneficios para la madre y el lactante, por ello la OMS recomiendan que todos los lactantes sean amamantados en exclusiva durante los primeros seis meses de vida y junto con otros alimentos hasta los dos años o más, mientras madre e hijo lo deseen (1).

Sin embargo, existen numerosos factores que influyen en el inicio del amamantamiento y de que la lactancia materna sea exitosa, exclusiva y prolongada (2).

La Organización Sanitaria Integrada (OSI) Debabarrena desde el año 2015 ha implantado la guía BPSO de lactancia materna en el marco del proyecto BPSO (Best practice spotlight organization) como centro comprometido con la excelencia en cuidados. En este proyecto se han implantado recomendaciones basadas en la evidencia en cuidados que se inician en el periodo gestacional y se continúan durante el parto, puerperio y en los primeros meses de vida del lactante.

Las intervenciones durante el parto, el puerperio inmediato y la estancia hospitalaria inciden sobre el binomio madre-bebé y consecuentemente en los resultados de lactancia materna. Factores como el tipo de parto (eutócico, instrumental o cesárea) afectan directamente al inicio de la lactancia materna. Practicas tales como el contacto piel con piel (CPP) de la madre y el bebé en los primeros 120 minutos de vida se han mostrado beneficiosas para la instauración de la lactancia materna.

OBJETIVO:

Cuantificar la importancia de las intervenciones perinatales (tipo de parto) y cuidados postnatales (CPP y primera toma de LM) en el binomio madre-bebé en cuanto a los resultados en lactancia materna: inicio de la lactancia materna y tipo de lactancia al alta hospitalaria.

METODOS:

Se tomó una muestra aleatoria de puérperas ingresadas en la planta de tocoginecología del hospital de Mendaro (OSI Debabarrena) según un calendario preestablecido que incluía 5 días laborables de cada mes. Este estudio incluye las evaluaciones realizadas desde Junio del 2016 a Diciembre del 2017.

Se valoraron las variables: Tipo de parto, CPP (momento de inicio y duración), tipo de lactancia (iniciada, durante el ingreso y al alta hospitalaria) así como el sexo y peso del recién nacido y la edad de la madre. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra y a continuación se compararon las características de los partos en los que se realizó el contacto piel con piel y en los que no utilizando para ello el estadístico exacto de Fisher.

RESULTADOS:

Se incluyeron 141 partos en el estudio de madres con una edad media de 33 años. Los recién nacidos fueron varones en el 53.9% de los casos y su peso medio al nacer fue de 3335 gramos. Se aplicó y registro el Contacto Piel con Piel en el 71.6% de los casos, dos de ellos con familiares que no eran la madre.

El 73.8% de los partos fueron eutócicos, el 16.3% instrumentales y el 9.9% cesáreas. La proporción de partos con Contacto Piel con Piel en cada caso fueron 74.0%, 56.5% y 78.6%. A pesar de la diferencia en la proporción de CPP en partos instrumentales estas no

resultaron estadísticamente significativas. Esto es, el CPP se aplicó independientemente del tipo de parto.

Tampoco resultó significativa la asociación del CPP con el tipo de lactancia en la primera toma ni al alta. Esto puede ser debido a la alta proporción de partos con CPP y el 87.2% de lactancia materna exclusiva al alta que se observa en la muestra analizada.

DISCUSION:

Los cuidados perinatales tienen gran repercusión en la alimentación y salud futura del recién nacido. La instauración del CPP como cuidado rutinario del puerperio inmediato de forma ininterrumpida hace posible el enganche espontaneo del bebé al pecho y el inicio precoz de la lactancia, además de mejorar el vínculo madre-hijo. Durante este periodo de estudio, asimismo, se ha iniciado el CPP en cesáreas, siendo posible el CPP intraoperatorio cuando el estado de salud de la madre y bebé lo hacen posible, lo que favorece la LM en estas situaciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre la lactancia materna. Guía de Practica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guía de Practica Clínica en el SNS.
2. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

AUTORES/AUTHORS:

Patricia Del Río Martínez, Maribel López García, Cristina Torres Sancho, Ohiana Hernández Ortiz de Urbina, Ana Marta Osés Pérez, Carmen Zendoia Ansola, Alaitz Tellería Bereciartua, Maider Zenarruzabeitia Belaustegui, María Victoria Errasti Atorrasagasti

TÍTULO/TITLE:

EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EN CUIDADOS PRENATALES, PERITANALES Y POSTNATALES EN LACTANCIA MATERNA.

La lactancia materna (LM) aporta beneficios para la madre y el lactante, habiéndose demostrado que los niños no amamantados tienen más enfermedades (del crecimiento y desarrollo, infecciosas, atópicas...) y más graves, no solo durante la lactancia sino muchos años después (1). Por ello la organización mundial de la salud (OMS) y otros organismos nacionales e internacionales recomiendan que todos los lactantes sean amamantados en exclusiva durante los primeros seis meses de vida y junto con otros alimentos hasta los dos años o más, mientras la madre e hijo lo deseen (2). Sin embargo, existen numerosos factores gestacionales, perinatales y postnatales que inciden en la probabilidad de iniciar y continuar el amamantamiento.

La Organización Sanitaria Integrada (OSI) Debabarrena como centro comprometido con la excelencia en cuidados ha implantado la guía de LM implementando recomendaciones basadas en la evidencia durante la gestación, puerperio y lactancia.

La intervención prenatal (3) es un pilar básico para la instauración y promoción de la lactancia materna. Asimismo, las intervenciones para el apoyo postnatal (4) a las familias consiguen el afianzamiento de ésta práctica consiguiendo lactancias sean prolongadas, tal y como recomienda la evidencia científica actual.

OBJETIVO:

Identificar el impacto de la intervención prenatal, perinatal y postnatal en los resultados en lactancia materna.

MÉTODOS:

Se tomó una muestra aleatoria de pacientes pediátricos de 0 a 15 meses de vida que acudieron a consultas programadas de enfermería (controles de salud) en la OSI Debabarrena en sus 7 centros de salud donde ofrece atención pediátrica (calendario preestablecido que incluía 5 días laborables de cada mes).

Se valoraron retrospectivamente las intervenciones realizadas por las matronas durante la gestación de estos pacientes, valorándose si recibían educación prenatal (educación en lactancia materna) y si realizaron un control postnatal.

Se realizó la comparación entre los niños cuyas madres recibieron o no la educación prenatal. Primero, uno a uno para cada variable recogida en el estudio mediante el estadístico exacto de Fisher. A continuación se incluyeron todas las variables que resultaron significativas en el primer paso en una regresión logística para evaluar el efecto conjunto con respecto a la probabilidad de tener lactancia materna exclusiva al alta.

RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio (abril a septiembre del 2017) se incluyeron 351 pacientes pediátricos. El 59.0% de las gestantes habían acudido a educación prenatal en su centro de salud (recibían LM 61.6% de las que habían acudido a educación prenatal Vs el 38.4% de las que no habían acudido). El 74.6 % de estos pacientes habían presentado un parto eutócico, el 14.5% un parto instrumental y el 10.5% cesárea. La lactancia al alta de la maternidad había sido: lactancia materna exclusiva 87.5%, lactancia mixta 6.0% y lactancia artificial 5.7% de los pacientes estudiados. El 94.6% de las púerperas acudieron a la valoración postnatal realizada por la matrona. La lactancia materna total en días en esta muestra ha sido de 124 días (25 días más prolongada, como media, respecto al inicio del proyecto en nuestra OSI). En aquellos centros o municipios donde existe taller de apoyo o grupo de apoyo a la

lactancia la duración de la lactancia materna ha sido más prolongada.

El acudir a la educación prenatal resultó asociado al peso del niño al nacer y al tipo de parto, sin embargo, al incluir estas variables junto a la educación prenatal y la valoración postparto en un análisis multivariante, únicamente el efecto de la educación prenatal resultó estadísticamente significativa. Ajustado por el peso del niño al nacer y el tipo de parto, los niños cuyas madres han recibido educación prenatal tienen el doble de posibilidad de tener lactancia materna exclusiva al alta.

DISCUSION:

La educación de las familias durante la gestación ha resultado tener un efecto significativo en la probabilidad de tener lactancia materna exclusiva al alta. Sin embargo existen factores limitantes en el acceso a estas intervenciones como lo son la barrera idiomática, una experiencia negativa previa en lactancia o el hecho de haber recibido la educación en partos previos. Debemos valorar la posibilidad de tomar medidas individualizadas que favorezca la asistencia a estos programas por parte de este grupo de mujeres.

Además de la educación prenatal, también los cuidados perinatales y el apoyo tras el alta hospitalaria son factores influyentes en el éxito que mejoran la adherencia a la lactancia materna en los que se debe trabajar de forma integrada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre la lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guía de Práctica Clínica en el SNS.
2. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin M, Ho J, Hakimi M. Educación prenatal en lactancia materna para aumentar su duración. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 11. Art. No.: CD006425. DOI: 10.1002/14651858.CD006425
4. Ortega Ballesteros, EM, Piñero Navero S, Alarcos Merino G, Arenas Orta T, Jiménez. Iglesias V. El fomento postnatal de la lactancia materna; los grupos de apoyo. NURE Inv. (Revista en Internet) 2010 Nov-Dic.

AUTORES/AUTHORS:AYTHAMY GONZÁLEZ DARIAS, N. MARTA DÍAZ GÓMEZ, M^a DEL CARMEN HDEZ. PÉREZ, JOSE MIGUEL DÍAZ GÓMEZ**TÍTULO/TITLE:**

EVALUACION DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA "AMADRINA A UNA PRIMERIZA" EN LA PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

OBJETIVOS

1. Objetivo general: "Determinar si un programa de intervención dirigido a proporcionar información y apoyo a la lactancia materna (LM) a madres primíparas, mediante una "madrina", a través de Internet es eficaz para mejorar la duración de la LM"
2. Objetivo específico: "Conocer el grado de Autoeficacia en las primíparas incluidas en el estudio (grupo control y grupo intervención) "Amadrina a una primeriza" al alta del hospital, a los 3 meses y 6 meses del parto".

MÉTODOS

Los efectos protectores de la LM en el lactante son mundialmente conocidos; se relacionan con una menor incidencia de enfermedades como la otitis media, diarrea, procesos infecciosos, sobre todo respiratorios, y con la prevención en la edad adulta, de patologías como hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus tipo 2, obesidad, etc.1-5 Los beneficios se extienden a la salud materna con un efecto protector frente al cáncer de mama, cáncer ovárico y diabetes tipo 26-8. La OMS y Unicef en la Estrategia Mundial para la alimentación óptima del niño aconsejan que sea LM de forma exclusiva (LME) hasta los 6 meses y su continuación complementada con otros alimentos hasta los dos años9; sin embargo, en la Encuesta Nacional Española de Salud del año 2011-2012, se registró una tasa de LME a los 6 meses en la Comunidad Autónoma Canaria del 25,7%. Se han descritos múltiples factores que predisponen a las madres al cese precoz de la LM10-11, entre los que destaca la falta de Autoeficacia en la LM, definida como el déficit de confianza que tiene la mujer en sí misma para amamantar a su hijo12. Algunos autores constatan que las madres con alto nivel de Autoeficacia tienen más capacidad para iniciar la LM y solventar las dificultades que surjan durante el amamantamiento13. En el estudio nos planteamos si una intervención dirigida a proporcionar apoyo a la LM a través de una página web: "Amadrina a una primeriza", aumentaría la tasa un 45% de LME a los 6 meses. Se incluyeron 75 primíparas en cada grupo para un error tipo1 del 5% y un error tipo2 del 20%. Diseño: Estudio de intervención (pre-post), controlado y aleatorizado. Las mujeres incluidas en el estudio fueron madres que dieron a luz en el Hospital Universitario de Canarias entre los meses de abril y octubre de 2016.

Grupo Intervención (GI).

Las mujeres asignadas a este grupo recibieron apoyo a través de la web por una madre experimentada en LM.

Grupo control (GC).

Las madres asignadas a este grupo no se incluyeron en el programa "Amadrina a una primeriza".

RESULTADOS

La intervención logró prolongar la LME del GI. Tras 3 meses de seguimiento: GI: LME 76%; LMX 13,3% y LA 10,7% y GC: LME:56%; LMX:17,3% y LA 26,7% p=0,020) y a los 6 meses (GI: LME y LMP:60%;LMX:18,7%; LA:10,7 y GC:LME y LMP:44%;LMX:13,3%; LA:42,7 p=0,049). (LMP: predominante; LMX: parcial y LA: lactancia artificial). Estos resultados se obtuvieron a pesar de que 21 mujeres del GI no establecieron contacto con su madrina. Entre las 54 mujeres del GI que sí contactaron con su madrina, la tasa de LME a los 3 meses fue del 94,4% frente a 71,4% en las que no contactaron (p=0,006). Por otro lado, consideramos éxito en la lactancia como mantener cualquier tipo de LM (LME, LMP o LMX) en el tiempo estimado frente al fracaso en la LM, que estimamos considerar el cese completo de la LM, con lo que el éxito en la LM a los 3 meses fue 88% para el GI y 73% para el GC (p=0.023) y a los 6 meses 79% frente al 57% respectivamente (p=0.005). A los 3 meses, la participación en el Programa aumenta 2.65 (IC95% 1.21-5.78, p=0.014), veces el éxito en la LM, mientras que a los 6 meses lo hace en 3.30 veces (IC95%

1.52-7.17, $p=0.003$).

No hubo diferencias significativas en ningún momento de la evaluación (48 horas, 3 y 6 meses) en las puntuaciones de la Escala de Autoeficacia en la Lactancia Materna (EALM) entre ambos grupos. Las diferencias se observaron en las puntuaciones obtenidas en la EALM basal (48h) con respecto a las obtenidas a los 3 meses de seguimiento en ambos grupos por igual (GI: $p=0,001$ y GC: $p=0,001$). Dado el comportamiento similar de ambos grupos en la EALM y comparando los resultados de las tasas de LME, podemos considerar que el programa “Amadrina a una primeriza” fue eficaz en el apoyo a la LM, ya que en el GI se obtuvieron mejores resultados a pesar de tener valores de la EALM ligeramente más pequeños desde un inicio.

DISCUSIÓN

La limitación del estudio fue la escasa participación de las primerizas del GI, que se atribuye a los siguientes aspectos: 1. El sistema que se planteó para transmitir dudas con su madrina asignada no era de respuesta rápida. 2. La información a las primerizas sobre el funcionamiento y acceso a la página web se hizo en la unidad de púerperas en un entorno con muchos elementos distractores: el llanto del bebé, visitas...3. El anonimato de la madrina y primeriza le aportó frialdad al proyecto.

Actualmente hemos creado una App donde se desarrolla el programa “Amadrina a una primeriza” en la que hay 100 madrinas con formación acreditada en LM y 200 plazas para primerizas que se van sumando al proyecto. En esta ocasión, el contacto se inicia en la última fase del embarazo y no existe anonimato entre las primerizas y las madrinas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality. A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015; published online Aug 7.
2. Horta BL, de Mola CL, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure, and type-2 diabetes: systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl* 2015; 104:30–7.
3. Kramer MS, Matush L, Vanilovich I, et al, and the PROBIT Study Group. Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child height, weight, adiposity, and blood pressure at age 6.5 y: evidence from a large randomized trial. *Am J Clin Nutr* 2007; 86: 1717–21.
4. Bowatte G, Tham R, Allen KJ, et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl* 2015; 104: 85–95.
5. Amitay EL, Keinan-Boker L. Breastfeeding and childhood leukemia incidence: a meta-analysis and systematic review. *JAMA Pediatr* 2015; 169: e151025.
6. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl* 2015; 104: 96–113.
7. Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evidence Report/Technology Assessment*. 2007;(153):1-186.
8. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. *The Lancet*, Volume 360, Issue 9328, 187–195.
9. World Health Organization, & UNICEF. (2003). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño.
10. De Jager E, Skouteris H, et al. Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Midwifery*, (2013) 29 (5), 506-518.
11. Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010) Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women and Birth*, 23 (4) 135-145.
12. Dennis C-L, Hodnett E et al. The effect of peer support on breastfeeding duration among primiparous women: a randomized controlled

trial. CMAJ. 2002;166(1):21-28.

13. McQueen, K. A., Dennis, C. L. et al. (2011). A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 40(1), 35-46.

Mesa de Comunicaciones 7: Salud Mental

Concurrent Session 7: Mental Health

AUTORES/AUTHORS:

Hülya Ustündag, Asiye Gül, Birgül Ozkaya, Neriman Zengin

TÍTULO/TITLE:

Healthy Life-Style Behaviours And Quality Of Life After Sleeve Gastrectomy

Introduction

Severe obesity is associated with multiple comorbidities such as hypertension, insulin resistance, type 2 diabetes, dyslipidemia, cardiovascular disease, sleep apnea, cancer, and musculoskeletal pain. All these comorbidities further lead to impaired health-related quality of life. Several strategies are recommended for the treatment of obesity, including dietary therapy, regular physical activity, behavioral therapy, pharmacotherapy, and bariatric surgery. Bariatric surgery has become an important treatment option for higher grades of obesity. Sleeve gastrectomy is currently one of the most commonly performed bariatric interventions with promising short- and medium-term results. Sleeve gastrectomy has been proven to efficiently reduce body weight and consequently reduce or even resolve obesity related medical conditions such as diabetes, hypertension, and sleep apnea. From the patient's perspective, an important element in assessing the effectiveness of surgery is an improvement in psychosocial functioning and quality of life. In general, this improves general quality of life of the patients(1,2,3,4)

Aim: The present study was carried out descriptively in order to evaluate healthy life-style behaviours and quality of life of obese patients who were applied Sleeve gastrectomy at 3-12 months post operative period.

Research Questions

- 1- How were the healthy life style behaviours and quality of life of patients 3-12 months after Sleeve gastrectomy?
- 2- How was the relation between healthy life behaviours and quality of life at post-sleeve gastrectomy period?

Methods

The study was carried out with 172 participants in total who were applied Sleeve gastrectomy and were 3-12 months of postoperative period. The data were gathered in a public hospital between May-December, 2017. The study was completed with a sample group who were between 18-65 ages, not having any communication disorder and accepting to participate in the study voluntarily and completing the forms fully as well.

The data collection tools used in the study included an 12-point questionnaire developed by the researchers to collect sociodemographic data from participants and the Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) and World Health Organization Quality of Life Short Form Turkish Version (WHOQOL-BREF-TR)

Health Promotion Lifestyle Profile II (HPLP II) : The HPLP II was revised in 1996 by Walker & Hill-Polerecky. Health Promotion Lifestyle Profile II, a revision of the HPLP developed by Pender et al. was used to measure health-promoting actions. The HPLP II is a 52-item 4-point Likert scale (never, sometimes, often, and routinely) tool based on Pender's health promotion model which contains 6 subscales: self realization(SR), health responsibility (HR), physical activity (PA), nutrition (N), interpersonal relations (IR) and stress management (SM). Validity and reliability study concerning HPLP II in Turkey was carried out by Bahar et al in 2008 who used 52 items. The HPLP II was translated from English to Turkish by Bahar et al.(5) Chronbach Alpha coefficient of the HPLP II was 0.92 and had a high reliability.(5)

World Health Organization Quality of Life Short Form Turkish Version (WHOQOL-BREF-TR): The WHO Quality of Life (WHOQOL) project was initiated in 1991. The WHOQOL-BREF is a 26-item version of the WHOQOL- 100 assessment, which measures the following broad domains: physical health, psychological health, social relationships, and environment. A Turkish reliability and validity study was conducted by Eser et al. in 1999 (6). The Turkish version of the WHOQOL-BREF instrument (WHOQOL-BREF-TR) has 27 questions, with one additional question. The questionnaire has four domains: Domain 1: Physical health:Activities of daily living, energy and fatigue, dependence on medication, mobility, pain and discomfort, sleep and rest, working capacity.Domain 2: Psychological health: Body image, positive feelings, negative feelings, self-esteem,spirituality, religion and personal beliefs, thinking, learning, memory and concentration.Domain 3: Social relations: Personal relations, practical social support, and sexuality.Domain 4: Environment: Financial resources, physical safety and security, access to health and social care, information and skills, recreation and leisure, home environment, physical environment, and transport(6).

Statistical Analysis

Statistical analyses were performed using IBM SPSS Statistics 22 for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Descriptive findings used percentiles and means, and the relationship between satisfaction and individualization was determined using Spearman correlation analysis. Reliability of the HPLP II and WHOQOL-BREF TR was determined using Cronbach's α . The level of statistical significance was set at $p < .05$.

Results

The sample of the present study consisted of 172 patients in total. The mean age of the patients was 37.36 ± 9.45 ; 79.1% ($n=136$) of them were female; 58.1% ($n=100$) of them were married; 44.8% ($n=77$) of them primary school graduate; 73,3% ($n=126$) of them were non-smokers and 59.9% ($n=103$) of them did not have a regular job. BMI mean \pm SD of the patients at pre-operative period was 48.89 ± 8.39 . BMI mean \pm SD at post operative period, when the data were collected, was 35.50 ± 10.48 .

The total score of HPLP II was found out as 143.40 ± 22.26 . The highest scores of six sub-dimensions of HPLP II belonged to spiritual growth (SG) and interpersonal relationships (IR) that is 28.25 ± 4.82 and 28.01 ± 4.61 respectively. The lowest score measured in physical activity (PA) sub-dimension as 19.59 ± 5.37 . The total score obtained from WHOQOL-BREFTR was 15.06 ± 3.52 ; the highest sub-dimension score from psychological health as 15.21 ± 2.47 and the lowest score obtained from social relations sub-dimension as 14.75 ± 3.32 .

Not any statistically significant relation was detected between HPLP II sub-dimension scores, WHOQOL-BREF-TR sub-dimension scores and demographic characteristics of patients applied sleeve gastrectomy (age, gender, marital status, education, work) ($p > 0.05$).

A positive correlation was identified between total scores of HPLP II and WHOQOL-BREFTR and it was statistically significant. ($r = 0.390$, $p < .001$).

Discussion

Sleeve gastrectomy is a safe and affective surgical method ensuring a successful weight-lose for morbidly obese patients. In the study a marked difference was appointed between pre operative BMI mean scores and post-operative period BMI mean scores. The results are compatible with the results of similar studies. Furthermore; in the study healthy the total life style scores was determined as above the average and the scores of life-quality as high. These results are also compatible with other similar studies (1,7,8,9).

At present study, a highly statistically significant relation was identified between healthy life style behaviours scores and the scores of quality of life. It is suggested that the patients who organize their behaviours on their own, look for support and change their eating habits might possibly sustain weight-lose and increase their quality of life accordingly. Weight lose can only be maintained by healthy life style behaviours after bariatric surgery. The studies on the issue suggested that losing weight increases the level of quality of life (7,8,9).

Conclusion

Laparoscopic sleeve gastrectomy is a safe and effective technique for achieving weight loss in morbidly obese patients. Weight loss and comorbidity resolution also improves quality of life in morbidly obese patients.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Liebl L, Barnason S, Brage Hudson D. Awakening: a qualitative study on maintaining weight loss after bariatric surgery. *J Clin Nurs*. 2016 Apr;25(7-8):951-61. doi: 10.1111/jocn.13129.
2. Driscoll S, Gregory DM, Fardy JM. Long-term health-related quality of life in bariatric surgery patients: a systematic review and meta-analysis. *Obesity*. 2016;24:60-70.
3. Peterhänsel C, Nagl M, Wagner B, Dietrich A, Kersting A. Predictors of Changes in Health-Related Quality of Life 6 and 12 months After a Bariatric Procedure *Obes surg* (2017) 27:2120-2128
4. Lindekilde N, Gladstone BP, Lübeck M, et al. The impact of bariatric surgery on quality of life: a systematic review and

meta-analysis. *Obes Rev.* 2015;16:639–51.

5. Bahar Z, Beser A, Gordes N, Ersin F, Kissal A. Healthy Life Style Behavior Scale II: a reliability and validity study. *Journal of Cumhuriyet University School of Nursing* 2008; 12: 1–13. (In Turkish).
6. Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Eser E. Yasam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *3P Dergisi* 1999 ;(7): 5-13 (Ek 2).
7. Lent MR, Bailey-Davis L, Irving BA, Wood GC, Cook AM, Hirsch AG, Still CD, Benotti PN, Franceschelli-Hosterman J. Bariatric Surgery Patients and Their Families: Health, Physical Activity, and Social Support. *Obes Surg.* 2016 26(12):2981-2988. doi: 10.1007/s11695-016-2228-7
8. Chang CY, Hung CK, Chang YY , Tai CM, Lin JT, Wang JD. Health-related Quality of Life in Adult Patients with Morbid Obesity Coming for Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2010 Aug; 20(8): 1121–1127. doi: 10.1007/s11695-008-9513-z.
9. Janik MR, Rogula T, Bielecka I, Kwiatkowski A, Pańnik K. Quality of Life and Bariatric Surgery: Cross-Sectional Study and Analysis of Factors Influencing Outcome *Obes Surg.* (2016) 26:2849–2855 doi: 10.1007/s11695-016-2220-2

AUTORES/AUTHORS:

Luís Celda Belinchón, Estrella Durà Ferrandis, Jose María Rubio Rubio, María Soledad Giménez Campos, Virginia Santacatalina Bonet, Jaime Bataller Ibáñez, Lara del Valle Fayos, Victoria Fornés Ferrer, Josefa Palop Muñoz

TÍTULO/TITLE:

Impacto en la calidad de vida de las personas con infertilidad previo al tratamiento de reproducción humana asistida.

Objetivos. Valorar el impacto en la calidad de vida (CV) y el nivel de ansiedad y depresión en personas previo a iniciar tratamiento de reproducción asistida con técnica de fertilización in vitro (FIV), y de analizar la correlación entre CV, ansiedad y depresión en los mismos sujetos.

Metodología. Se ha desarrollado un estudio descriptivo en una unidad de reproducción humana asistida de un hospital público. Criterios de inclusión: hombres y mujeres, mayores de 18 años con diagnóstico médico de infertilidad por factor masculino, femenino, mixto o idiopático que todavía no han iniciado tratamiento de FIV y que acceden voluntariamente a participar en el estudio. Instrumentos: FertiQol y HADS.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Se estudió la correlación entre las variables a través del coeficiente de Spearman, contrastando posteriormente la asociación a través de modelos de regresión logística ordinal. Se consideró estadísticamente significativo un p-valor inferior a 0.05. Software estadístico R. Resultados y Discusión. Se incluyeron en el estudio un total de 103 sujetos, 60 mujeres, 43 hombres. 95 personas con pareja heterosexual, 5 homosexuales y 3 mujeres solteras. La media de años de convivencia fue de 7. En todos los casos el tipo de esterilidad fue primaria, 19 con factor masculino, 36 femenino, 13 mixto y 26 idiopático. El 85.3% de la muestra considera su salud como buena o muy buena, y el 85.13% considera estar satisfecho o muy satisfecho con su calidad de vida. La puntuación media de los sujetos estudiados fue de 78.7 para la CV (siendo 0 la puntuación más baja y 100 la más alta). La dimensión emocional y Mind-body del FertiQol, fueron las peores valoradas con una valoración media de 77.8 y 77 puntos respectivamente. La ansiedad y la depresión presentaron una media de 6,5 y 2,7 puntos, respectivamente. La CV (FertiQoLCore) correlacionó negativamente con la ansiedad ($\rho = -0.46$, $p < 0.001$) y con la depresión ($\rho = -0.52$, $p < 0.001$). Las dimensiones del FertiQoL fueron significativas en las siguientes correlaciones: FertiQoL-Emocional con ansiedad ($\rho = -0.51$, $p < 0.001$) y con depresión ($\rho = -0.42$, $p < 0.001$), FertiQoL-Social con ansiedad ($\rho = -0.32$, $p = 0.009$) y con depresión ($\rho = -0.39$, $p < 0.001$). Los modelos de regresión ordinal mostraron una asociación estadísticamente significativa del FertiQoLCore con ambas escalas, Hands depresión y Hands ansiedad, respectivamente: OR = 0.923, $p < 0.001$ y OR = 0.94, $p < 0.001$. Asimismo, también presentan una asociación estadísticamente significativa las subescalas Emocional (ansiedad: OR = 0.947, $p < 0.001$; depresión: OR = 0.953, $p < 0.001$) y Social (ansiedad: OR = 0.964, $p = 0.001$; depresión: OR = 0.955, $p < 0.001$). En las subescalas Mind-body, Emocional y Core, las mujeres presentaban valores más bajos estadísticamente significativos (OR = 0.40, 0.26 y 0.43, con $p = 0.001$, < 0.001 , $= 0.02$, respectivamente). No encontrando diferencias significativas con las dimensiones relacional y social entre hombres y mujeres. Tampoco se evidenciaron asociaciones entre los años de convivencia con la pareja y las diferentes subescalas. Conclusiones. La calidad de vida de las personas antes de iniciar tratamiento de reproducción asistida se muestra afectada, existiendo una correlación con ansiedad y en menor medida con depresión. En concreto las mujeres presentaban más afectación en las dimensiones Mind-body, Emocional y Core, no existiendo diferencias entre ambos sexos respecto a la dimensión social y relacional. En la muestra estudiada, la asociación inversa entre la CV y la sintomatología de estrés emocional confirma la relación convergente entre ellas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Referencias Bibliográficas

Boivin, J., Takefman, J., y Braverman, A. (2011). The Fertility Quality of Life (FertiQol) tool: development and general psychometric

properties. *Fertility and Sterility*, 96(2).

Chachamovich, J., Chachamovich, E., Ezer, H., Cordova, F. P., Fleck, M. P., Knauth, D...Passos, E. (2010). Psychological distress as predictor of quality of life in men experiencing infertility: a cross-sectional survey. *Reproductive Health*, 7(3).

Heredia, M., Tenías, J. M., Rocío, R., Amparo, F., Calleja, M. A. y Valenzuela, J. C. (2013). Quality of life and predictive factors in patients undergoing assisted reproduction techniques. *European Journal of Obstetrics y Gynecology and Reproductive Biology*, 167(2), 176-80.

Huppelschoten A.G., van Dongen A.J.C.M., Verhaak C.M., Smeenk J.M.J., Kremer J.S.M., y Nelen W.L.D.M. (2013). Differences in quality of life and emotional status between infertile women and their partners. *Hum Reprod*, 28(8), 2168-217.

Inhorn, M. C. y Patrizio, P. (2015). Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Hum reprod update*. 21(4), 411-426. doi: 10.1093 / humupd / dm016.

Karabulut, A., Özkan, S., y Oguz, N. (2013). Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: analysis of confounding factors. *European Journal of Obstetrics y Gynecology and Reproductive Biology*, 170, 193-97.

Matthiesen, S. M. S., Frederiksen, Y., Ingerslev, H. J., y Zachariae, R. (2011). Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): a meta-analysis. *Hum Reprod*, 26 (10), 2763-2776. doi: 10.1093 / humrep / der246.

Rockliff, H. E., Lightman, S. L., Rhidian, E., Buchanan, H., Gordon, U., y Vedhara, K. (2014). A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in in vitro fertilization patients. *Hum reprod update*, 20(4), 594-613. doi: 10.1093 / humupd / dmu010.

Sedbon, G.M. y Fuentes, Y. (2016). Impacto del tratamiento de fertilidad en la calidad de vida relacionada con la salud en personas con disfunción reproductiva que reciben técnicas de reproducción Asistida. *Medicina reproductiva y embriología clínica* 3, 65-74.

Ying Ying, L., Har Wu, L., y Yuen Loke, A. (2015). Gender differences in experiences with and adjustment to infertility: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1640-1652.

AUTORES/AUTHORS:

Maristela Lopes Gonçalves Nunes, Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos

TÍTULO/TITLE:

Cultural adaptation and validation of Ostomy Skin Tool to the Brazilian Portuguese language

Peristomal skin complications are a common problem for persons with an ostomy and may have a negative impact on patient quality of life. Keeping the peristomal skin healthy is a challenge for the patients, their caregivers and health care teams. Applying an efficient tool for peristomal skin disorders assessment would help healthcare professionals to evaluate the effect of their assistance between consultations. Ostomy Skin Tool (OST) is a standardised tool to assess the peristomal skin condition. OST includes two sections. The first one aims to describe the extent and severity of peristomal skin disorders by three skin aspects: Discolouration, Erosion and Tissue overgrowth - DET score. The second section is a guide named AIM (Assessment, Intervention and Monitoring) Guide for Peristomal Skin Care. It is used to categorise peristomal skin disorders according to their cause. Aims: This study aimed to adapt and validate the Ostomy Skin Tool for Brazilian culture. Methods: The adaptation process included: translation (two bilingual fluent translators), evaluation by an Expert Committee (five enterostomal therapy nurses – ET and two health professionals with knowledge on methodology of cultural adaptation of measurement instruments), backtranslation (other two bilingual fluent translators); and submission of back translated versions to the original authors. Content validity was tested in this stage. The Content Validity Index (CVI) was applied for AIM's guide and DET Score analysis. In the second stage, the psychometric properties of the adapted version was analyzed: interobserver agreement (assessing standardized photos and patients in clinical practice), construct convergent validity (correlating peristomal skin complication severity with pain) and construct discriminant validity (according to ostomy type, retraction, time since ostomy surgery and stoma demarcation). Interobserver agreement was calculated by Linear Weighting Kappa test; Pearson's correlation coefficients for convergent validation's analysis and t-Test for construct discriminant validity. Sample was composed by 109 participants with ostomies and peristomal skin complications, being 59 (54,1%) male, 48 (44,0%) retired, 43 (39,5%) with ileostomies 65 (59,6%) with stoma retraction and 79 (72,5%) with peristomal moisture-associated skin damage. Results: The CVI of AIM Guide was 0,60 and the DET Score was 0,83. A moderate agreement ($k=0,314$) between nurses' observations when they assessed peristomal skin complications using standardized photographs; and there was a moderate to almost perfect agreement ($K=0,48 - 0,93$) when nurses evaluated patients in clinical practice. The domains was calculated separately. Positive correlation between DET Score and visual analogue scale confirmed the tool's convergent validity. Statistically significant differences between patients with ileostomies and colostomies ($p=0.0344$) confirmed the discriminant validity. In conclusion, this study confirmed OST as the first reliable and valid adapted tool for application in Brazil. It will provide a valuable contribution to the assessment and intervention of peristomal skin condition performed by health professionals in all settings.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Colwell JC, McNichol L, Boarini J. North America Wound, Ostomy, and Continence and Enterostomal Therapy Nurses Current Ostomy Care Practice Related to Peristomal Skin Issues. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2017; 44(3):257-61.
2. Meisner S, Lehur PA, Moran B, Martins L, Jemec GBE. Peristomal skin complications are common, expensive, and difficult to manage: a population based cost modeling study. *PLoS One.* 2012; 7(5): e37813.
3. Doctor K, Colibaseanu TD. Peristomal skin complications: causes, effects, and treatments. *Chronic Wound Care Management and Research.* 2017; 4:1-6.

4. Jemec GB, Martins L, Ayello EA, Claessens I, Hansen AS, Poulsen LH, R Gary Sibbald. Assessing peristomal skin changes in ostomy patients. Validation of the Ostomy Skin Tool. *Br J Dermatol.* 2011; 164(2):330–35.
5. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *SPINE.* 2000; 25(24):3186–91.
6. M. Ferrer, J. Alonso, L. Prieto, Plaza E, Monsó, R. Marrades, et al. Validity and reliability of the St George's respiratory questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Respir J.* 1996; 9(6):1160–1166.

Mesa de Comunicaciones 8: Calidad y Cuidados

Concurrent Session 8: Care and Quality

AUTORES/AUTHORS:

Maria da Conceição Rainho, Maria João Monteiro, José Pedro Rodrigues, Isabel Barroso, Manuel Luís Tibério

TÍTULO/TITLE:

Cultura de seguridad del paciente en el hospital y su relación con personalidad resistente de profesionales de la salud

Introducción: El desarrollo de las tecnologías y del conocimiento, así como la complejidad de los cuidados, plantean la cultura de seguridad como una cuestión de salud pública. La Direção-Geral da Saúde (2011) define el concepto de seguridad como la reducción del riesgo de daños / lesiones asociadas a la asistencia sanitaria, para un mínimo aceptable, frente a los recursos disponibles. La relevancia de esta problemática se considera en el informe del Institute of Medicine, que puso de manifiesto la existencia de una elevada incidencia de eventos adversos en el área de la salud, siendo indiscutible la necesidad de reconsiderar los modelos asistenciales vigentes, a fin de garantizar la seguridad del enfermo (Duarte, Stipp, Silva, y Oliveira, 2015). Uno de cada seis pacientes internados en instituciones hospitalarias sufre incidentes inherentes a su seguridad y en la mayoría son prevenibles (Capucho, Arnas, y Cassiani, 2013). Se entiende por evento adverso "(...) la falla en alcanzar una acción planeada o el uso de un plano equivocado para alcanzar un objetivo, cuando el autor actuó según las reglas, o sea, de modo razonable"(Fragata, 2010, p. 565)

Cuanto a la personalidad resistente refleja la capacidad de los profesionales de la salud para enfrentar situaciones estresantes, entre las cuales se encuentran la ocurrencia de errores o situaciones adversas, que ponen en riesgo la calidad y seguridad del cuidado. El concepto de personalidad resistente se define por tres dimensiones: compromiso, control y desafío (Garrosa, Rainho, Moreno-Jiménez, y Monteiro, 2010; Garrosa, Moreno-Jimenez, Liang y González, 2008).

Objetivos: relacionar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente con las dimensiones de la personalidad resistente, en profesionales de la salud.

Métodos: El estudio se desarrolla según un diseño descriptivo de corte transversal, con abordaje cuantitativo, en el que participaron 1056 profesionales de salud, que desempeñaban funciones en el Centro Hospitalario de Trás-os-Montes e Alto Douro. Para la recogida de datos se utilizó el Cuestionario Hospitalario de la Cultura de Seguridad del Paciente, que consta de cuarenta y dos ítems evaluados a través de una escala de Likert que varía entre uno y cinco (1- muy pobre, 5- excelente), agrupados en doce dimensiones: Dimensión 1- Trabajo en equipo; Dimensión 2- Expectativas del supervisor / gestor y acciones que promuevan la seguridad del paciente; Dimensión 3- Apoyo a la seguridad del paciente por la gestión; Dimensión 4- Aprendizaje organizacional - mejora continua; Dimensión 5- Percepciones generales sobre la seguridad del paciente; Dimensión 6- Comunicación y feedback sobre el error; Dimensión 7 - Apertura en la comunicación; Dimensión 8 - Frecuencia de la notificación; Dimensión 9- Trabajos entre unidades; Dimensión 10- Dotaciones seguras de profesionales; Dimensión 11- Transiciones; Dimensión 12- Respuesta al error no punitivo.

La escala de personalidad resistente, con un total de 12 ítems, contestados por una escala Likert que varía desde muy en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (4), más puntuación corresponde a intensidad superior de personalidad resistente.

Resultados: De los profesionales de la salud, 73,8% eran mujeres, con una media de edad de 42,2 (\pm 9,5) años. La mayoría (45,8%) eran enfermeros, trabajaban en media 40,5 horas (\pm 2,2) por semana y por turnos (56,5%). Para la mayoría de los profesionales el nivel de seguridad del paciente era "aceptable"(50,3%), seguido por la categoría "muy bueno" (37,3%) y un porcentaje mínimo del 0,9% la clasificaba como muy débil. En lo que concierne a la personalidad resistente, las dimensiones compromiso y desafío mostraron correlaciones positivas y significativas con las doce dimensiones de la escala de la cultura de seguridad del enfermo, al contrario de la dimensión falta de control en que se observaron correlaciones negativas. Es de destacar que cuanto más elevada es la frecuencia de notificación de eventos, más elevado es el sentido de compromiso ($r = 0,180$; $p \leq 0,001$) y la dimensión reto ($r = 0,170$; $p \leq 0,001$). Sin embargo, cuanto más elevada es la falta de control, más baja es la frecuencia de notificación de eventos (correlación negativa y significativa ($r = - 0,200$; $p \leq 0,001$)). Con relación a la dotación profesional, cuanto más elevada es también más elevada es el sentido de compromiso ($r = 0,105$; $p \leq 0,001$) y la dimensión reto ($r=0,060$; $p \leq 0,05$). Sin embargo, cuanto más elevada es la falta de control, más baja es la percepción de dotación de profesionales (correlación negativa y significativa, $r = - 130$; $p \leq 0,001$).

Discusión: el estudio mostró que, para la mayoría de los profesionales de la salud, el grado de seguridad del paciente es percibido

como aceptable, lo que también se verifica también en otros estudios.

En el presente estudio la dimensión frecuencia de la notificación de eventos adversos obtuvo una media positiva del 36,2%, con resultados similares al del informe de la Direção-Geral da Saúde (2015) 37% y 39,1% del estudio de Silva, y Rosa (2016) el. Sin embargo, en el estudio de Sorra, Nieva, Famolaro, y Dyer (2007) se verificaron puntuaciones superiores, con el 59%, Famolaro, Yount, Burns, Flashner, Liu, y Sorra (2016) con 67% y Smith, Yount, y Sorra (2017) con el 63%. En cuanto a la dimensión dotación segura de profesionales presentó un promedio porcentual positivo del 35,2%, similar al estudio de Saturno, Zenewton, y Fonseca (2009) 28,2%. Sin embargo, en otros estudios se verificaron porcentajes superiores: del 55% en los estudios de Smith, Yount, y Sorra (2017) y de Sorra, Nieva, Famolaro, y Dyer (2007); de 54% en el estudio de Famolaro, Yount, Burns, Flashner, Liu, y Sorra (2016); 52,8% en el de Silva, y Rosa (2016). En cuanto a la personalidad resistente los profesionales de salud que prestaban puntuaciones superiores en las dimensiones compromiso y desafío, también perfeccionaban una mejor cultura de seguridad del paciente. Sin embargo, cuando perciben falta de control, los profesionales mostraron valores inferiores en lo que se refiere a la cultura de seguridad. Las implicaciones para la práctica de cuidados que resultan del estudio señalan la necesidad de implementar estrategias de sensibilización, motivación e incentivo de los profesionales de salud para optimizar el aprendizaje y la mejora continua de los procesos que buscan la garantía de una cultura de seguridad en las organizaciones de salud.

Por otro lado, deben crear mecanismos de comunicación organizacional eficaces que promuevan la notificación, estableciendo como una prioridad la notificación de eventos adversos, para optimizar el aprendizaje y la mejora continua de los cuidados prestados a partir de la identificación y análisis del error.

Las instituciones de salud deben tener en cuenta la importancia de respetar la asignación segura de recursos humanos, ya que éstos se relacionan con la disponibilidad, en el sentido de en todo momento tengan la cantidad de recursos humanos con competencia adecuada para garantizar la respuesta a las necesidades de atención de los pacientes y creando condiciones de trabajo exentas de riesgo. La relevancia de las dotaciones seguras de profesionales es realizada por el International Council of Nurses al referir que "(...) cada paciente adicional por cada enfermero con una carga de cuatro pacientes, se asocia a un aumento del 7% en la probabilidad de muerte en el intervalo de 30 días después admisión (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Capucho, H. C., Arnas, E. R., & Cassiani, S.H.B. (2013). Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. *Revista Gaúcha Enfermagem*,34(1),164-172.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). DOTAÇÕES SEGURAS SALVAM VIDAS: Instrumentos de Informação e Ação.
- Duarte, S. C. M., Stipp, M. A. C., Silva, M. M., & Oliveira, F. T. (2015). Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*,68(1),144-154.
- Direção-Geral da Saúde, & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. (2015).Relatório Segurança dos Doentes. Avaliação da Cultura nos Hospitais.
- Famolaro, T., Yount, N. D., Burns, W., Flashner, E., Liu, H.,& Sorra, J. (2016). Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2016 User Comparative Database Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Fragata, J. (2010). Erro médico: A Segurança dos Doentes - Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*,26(6),564-570.
- Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B., & Monteiro, M.J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2),205-215.
- Garrosa, E., Moreno-Jimenez, B., Liang, Y., & González, J. L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*,45(3),418-427.
- Organização Mundial de Saúde. (2011). Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente.

Saturno, P. J., Zenewton, G.A.D.S. & Fonseca, Y, 2009. Patient Safety-Related Good Practice Indicators - Results of a good practice indicator measurement taken on a sample of Spanish NHS hospitals, Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social - Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Silva, A. C. A. B., & Rosa, D. d. O. S. (2016). Cultura de Segurança do Paciente em Organização Hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, 21(esp),1-10.

Smith, S. A., Yount, N., & Sorra, J. (2017). Exploring relationships between hospital patient safety culture and Consumer Reports safety scores.1-9.

Sorra, J., Nieva, V., Famolaro, T., & Dyer, N. (2007). Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality

AUTORES/AUTHORS:

María Isabel Rihuete Galve, Angela Rodriguez Rodriguez, Raul López Jiménez, Agustina delgado Gómez, Eduardo José Fernández Rodríguez, Ana Vanessa Maillo Caballero, Laura María Ramis Iglesias, Irene Díaz García, Ana Isabel García Fernandezl

TÍTULO/TITLE:

Implementación de un listado de verificación al alta durante el proceso asistencial hospitalario

INTRODUCCIÓN: La seguridad de los enfermos es una necesidad a nivel mundial de la que se hace eco nuestro sistema de salud, convirtiendo la seguridad en una prioridad recogida en los planes de atención integral al enfermo y la familia.

Las estrategias de seguridad deben estar presentes en todo el proceso de atención y no se limitan a prevenir o controlar los riesgos en determinadas situaciones o ante la realización de determinadas pruebas diagnósticas o procedimientos más o menos invasivos. La seguridad debe ser una garantía de todo el proceso asistencial y será un indicador de calidad fundamental durante nuestras intervenciones como profesionales de la salud.

Creemos que todos los equipos de atención deberían generar sus propias estrategias de valoración, preparación y coordinación que garanticen la seguridad de sus pacientes y que se materializará en el alta hospitalaria.

El alta hospitalaria no puede planificarse el último día del ingreso porque no podría garantizar que se ha conseguido trabajar todos los aspectos que garanticen no solo la mejoría de la sintomatología o de las situaciones que produjeron el ingreso sino también las condiciones necesarias para la adherencia terapéutica y la adaptación del paciente a su entorno.

Por todas estas consideraciones decidimos realizar un estudio donde se pusieran en marcha las estrategias necesarias para planificar el alta hospitalaria desde las primeras horas del ingreso hospitalario.

OBJETIVOS: el objetivo principal de este estudio es garantizar la seguridad del paciente mediante la planificación del alta hospitalaria.

Los objetivos específicos han sido: Identificar si las necesidades a resolver durante el proceso asistencial eran simples o complejas, conciliar el tratamiento habitual, realizar una educación sanitaria en el manejo de los cuidados y de la medicación, estimar una fecha probable de alta en las primeras 72 horas del ingreso y utilizar una lista de verificación al alta 48-24 horas antes de la misma.

METODO: Diseño para llevar a cabo los anteriores objetivos se realizó un estudio observacional prospectivo de asignación consecutiva.

Asignación muestral. Los sujetos serán asignados al estudio de manera consecutiva en la primera reunión interdisciplinar tras el ingreso hospitalario, siguiendo los siguientes criterios de inclusión: Ser paciente oncológico e ingresar en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario de Salamanca y ser mayor de 18 años. Fueron excluidos los pacientes oncológicos ingresados en la Unidad que no fueron valorados en la primera reunión interdisciplinar tras el ingreso hospitalario. Siendo criterio de retirada del estudio el cambio asistencial o el alta voluntaria.

Variables a estudio. Nivel de complejidad del paciente, conciliación del tratamiento, estimación de la fecha de alta y lista de verificación analizando la realización de educación sanitaria en el manejo de los cuidados y de la medicación, la conciliación de la misma y la entrega de informe médico y de informe de enfermería.

Procedimiento. En primer lugar se elaboró un sistema de baremación para identificar la complejidad de las necesidades de los pacientes durante su proceso asistencial, se estableció una reunión sistemática interdisciplinar con una frecuencia de dos veces por semana, para favorecer la comunicación entre los agentes implicados en la atención, después se llevó a cabo un listado de verificación siguiendo los principios de simplicidad, amplitud de la aplicación y mensurabilidad recogidos en la literatura, se tuvo en cuenta también la opinión de los integrantes del equipo sobre la importancia de los ítems que integraban la lista de verificación. El estudio piloto se llevó a cabo durante dos meses. El registro y análisis de los datos se realizó mediante Microsoft Excel 2011.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 159 pacientes, el 53% fueron hombres. Se produjeron 29 fallecimientos. Ningún paciente

fue excluido del estudio, pero 9 cumplieron criterios de retirada tras la inclusión, el 24 % estaban estratificados como pacientes crónicos pluripatológicos complejos (G3) al ingreso, tras nuestra baremación el 84% fueron catalogados como pacientes con necesidades complejas. Se consiguió establecer una fecha estimada del alta durante los primeros días del ingreso al 81% de los pacientes produciéndose un error medio en la estimación de 4,87 días, con una desviación estándar de 5,74. El trabajador social intervino en el 11% de los pacientes y el terapeuta ocupacional realizó su intervención con el 4% de los pacientes. Se llevó a cabo el listado de verificación al alta en el 100% de los pacientes. Tras el análisis de su cumplimentación comprobamos que el personal de enfermería registró que el paciente o el cuidador conocían las necesidades y cuidados al alta en el 75% de los casos y el 88% en el caso de la medicación, la conciliación, se realizó en el 82% de los casos. El 100% de los pacientes recibió informe médico y el 87,5% informe de enfermería al alta.

DISCUSION: Nuestros resultados confirman la discrepancia entre la estratificación como pacientes crónicos pluripatológicos complejos y la realidad sobre la complejidad de las necesidades tras la valoración sistemática de las mismas mediante un baremo específico. La estimación del alta en los primeros días del ingreso es un compromiso muy difícil de conseguir, pero su grado de realización ha sido satisfactorio, como lo ha sido comprobar que es factible realizar un listado de verificación al alta que ha permitido establecer unos puntos críticos de difícil cumplimiento que necesitan llevar a cabo unas acciones de mejora por parte del equipo

IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA

Supone un cambio en la filosofía de trabajo del equipo asistencial. Implica que todos los miembros del equipo aceptan su responsabilidad dentro de la planificación y desarrollo del proceso asistencial. La estimación de una fecha de alta permite conocer la disponibilidad de los recursos y mejorar los planes clínicos. La utilización de un listado de verificación al alta favorece la prevención de errores repercutiendo en la seguridad de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Díaz Pérez, A. 2010. Verificación del cumplimiento de la lista de chequeo para minimización de eventos quirúrgicos adversos transoperatorios. *Prácticas para una cirugía más segura. Ciencia y Salud Virtual.* 2, 1 (dic. 2010), 43-60. DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.22519/21455333.63>.

Herrera Pérez M., Rodríguez Rodríguez E., Alvisa Negrín J.C., Pais Brito J.L.. Checklist for prevention of new hip fractures. *Rev Osteoporos Metab Miner [Internet].* 2013 Mar [cited 2018 Jun 13]; 5(1): 7-14. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1889-836X2013000100002&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1889-836X2013000100002>.

Nurse led discharge protocol. The Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust.

<http://www.newcastle-hospitals.org.uk/downloads/policies/Nursing/NurseLedDischargePolicy201409.pdf>

Uceda Ávila , M et al. Implantación de un listado de verificación en los ingresos hospitalarios.

https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/celadores_2012/es_osk/adjuntos/22.pdf

Ward W, Schorstein R, Nightingale P, Bloomfield L, Hunter N, Pollock S. Assessment and discharge. En: *Managing the patient journey. The Royal Marsden Manual of Clinical Nursing Procedures: Professional Edition, Ninth Edition.* 2015. The Royal Marsden NHS Foundation Trust.

http://www.royalmarsdenmanual.com/productinfo/pdfs/RMM_Prof_c02.pdf

WHO/IER/PSP/2008.97- La cirugía salva vidas

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf;jsessionid=1D83208C0C14AD80B6CFCE6D77BDB4D2?sequence=1&TSPD_101_R0=9cf3f6bef976ccacc20351d6e3eb1e1cx88000000000000000214c22a3effff000000000000

0000000000000005b9adaa4007e933ef4

Mesa de Comunicaciones 9: Práctica Clínica

Concurrent Session 9: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

David Ferrer-Tomas, M Alejandra Estráviz-Chiarelli, Esther Gómez-Rodríguez, M Alba Graells-Pique, Susana Navarro-Mediavilla, Anna Mantecón-García, Nuria Borràs-Maixenchs, Montserrat Valverde-Bosch, Yolanda Torralba-García

TÍTULO/TITLE:

Impacto del uso de psicofármacos en la calidad de sueño de los pacientes con trasplante de progenitores hematopoyéticos

Objetivos:

Cuantificar la prevalencia de trastornos del sueño en pacientes con hemopatías malignas que reciben un trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH).

Explorar la utilización de los fármacos inductores del sueño, basal, durante el ingreso y al alta.

Analizar los factores subjetivos en la calidad del sueño pre y post trasplante.

Método:

Estudio observacional descriptivo ambispectivo. Población: paciente hematológico candidato a trasplante alogénico desde octubre de 2010 a agosto de 2015 en el Hospital Clínic de Barcelona. 193 pacientes. Muestreo consecutivo.

De la entrevista psicológica pre TPH se recogieron los datos sobre antecedentes personales de trastornos psicopatológicos y tratamiento específico. La rama prospectiva, -86 pacientes- cumplieron cuestionarios de calidad de vida: Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), basal y pre alta hospitalaria. En esta rama se excluyeron pacientes con barrera idiomática, y/o con déficits severos cognitivos que les impidieran contestar de forma autoadministrada los cuestionarios. Todos los pacientes sabían leer y escribir, y firmaron un consentimiento informado que fue aprobado por el Comité Ético del centro.

De la historia clínica se obtuvieron variables demográficas, antecedentes y hábitos tóxicos. Se recopilaron complicaciones, tratamiento y días de ingreso. De los cuestionarios; eficiencia, latencia, perturbaciones y duración del sueño. Ansiedad y depresión. Para el análisis estadístico, se calcularon medias de las variables cuantitativas \pm desviación estándar. Para la comparación de medias se utilizó la prueba T student para muestras apareadas. La significancia estadística fue definida con $p < 0.05$.

Resultados:

112 hombres y 81 mujeres, con 47 años de media. El 76% vivía en pareja, y un 48% estaban de baja laboral. 52% tenían algún tipo de leucemia como enfermedad de base, 18% eran fumadores activos y el 45% presentaban elevada comorbilidad medida con el índice de comorbilidad en trasplante de progenitores hematopoyéticos (ICT). La estancia media del Ingreso fueron 42 días.

De forma basal, sólo un 24% de refirieron insomnio, un 65% no tomaba psicofármacos, y sólo un 13% estaba con doble terapia.

Presentaron en general buena adaptación al proceso, siendo la logística y el cuidado familiar los problemas más destacados. Al alta un 48% de hombres y 57% de mujeres precisaron pauta fija de hipnóticos (un 16% y un 11% PRN).

El ingreso supuso una grave disfunción en el descanso, esencialmente la conciliación, por lo que la eficiencia del sueño se vio alterada. La calidad de sueño percibida como buena, pasó del 92% basal al 54% pre alta. Las perturbaciones del sueño basales dependieron del ambiente y el cuidado familiar; durante el ingreso fueron los ruidos e interrupciones, y los síntomas (dolor, náuseas, nicturia y ansiedad).

Discusión: Paciente joven, con buen soporte familiar y económico. Ansiedad referida por supervivencia, tabaquismo, ingreso prolongado y aislamiento. Diferencias en la apreciación entre paciente y profesional. Impacta el aumento del 38% en la mala percepción del descanso durante el ingreso. El 65% prealta describen una pésima calidad de sueño subjetiva. Según la interpretación de Buysse (PSQI_questionnaire), sólo el 48% de los pacientes perciben una buena calidad de sueño basal frente al 6% prealta. Se duplicaron el número de pacientes que precisaron medicación específica para conciliar el sueño al alta.

CONCLUSIONES:

El paciente onco-hematológico presenta un patrón del sueño alterado basal. Es necesario diseñar estrategias que le permitan descansar durante el ingreso: reduciendo interrupciones, optimizando los horarios de la administración de fármacos, mejorando el control de síntomas y minimizando los efectos secundarios; potenciando así su recuperación. La utilización de hipnóticos parece no ser suficiente para mejorar la calidad del descanso, a pesar de lo cual, un porcentaje importante continuará recibiendo tratamiento específico.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

ClinicalTrials.gov Identifier: NCT03324620.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gómez-Sanz CA. Calidad de sueño de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Enfer intensiva*. 2013; 24 (1):3-11.
2. Hacker ED, Kapella MC, Ferrans CE, Larson JL. Sleep patterns during hospitalization following hematopoietic stem cell transplantation. *Oncology nursing forum*. 2015; 42 (4).
3. Tembo AC, Parker V. Factors that impact on sleep in insensitive care patients. *Intensive Crit Care Nurs*. (2009) 25, 314-322.
4. Frisk U; Nordström G. Patients' sleep in an insensitive care unit-patients' and nurses perception. *Intensive Crit Care Nurs*. (2003) 19, 342-349.
5. Tineo Drove T, Montero Pérez A, Trujillo González MJ, Rodríguez Latorre P, Gómez Puyuelo M, Valdivieso López H, et al. *Rev Cient Soc Enferm Neurol*. 2011; 34 (2):39-45.
6. Matukaitis J, Eckman T, Baxter K, Bradley E, Hawrylack H, Johnson S et al. Insomnio en las unidades de cuidados intermedios. *Nursing* 2015; 32 (2):12-16.
7. Penas Casals E, Ruiz Navas S, Tormo Gasa, S. ¿Cómo descansa el paciente oncohematológico en el hospital? *Enfermería Global*. 2009; 17: 1-24.
8. Eliassen KM, Hopstock LA. Sleep promotion in the insensitive care unit -A survey of nurses' interventions. *Intensive Crit Care Nurs*. 2011; 27(3):138-42.

AUTORES/AUTHORS:

Ernestina Silva, Ana Ramos, João Duarte

TÍTULO/TITLE:

El ruido en neonatología: perspectiva de los profesionales de la salud

Introducción: El avance tecnológico y el conocimiento científico introdujeron serios cambios en la ecología de las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), haciéndolas más ruidosas y originadoras de estímulos en los niños, padres y en los profesionales. Se reconoce el impacto negativo del ruido en el recién nacido, en sus padres y en los profesionales de la salud, verificándose efectos fisiológicos y psicológicos en las personas expuestas, capaces de influir en la adaptación a la parentalidad y afectar a la seguridad y calidad de los cuidados prestados.

Objetivos: Caracterizar el ruido percibido por los profesionales de salud en una unidad de neonatología; Identificar los conocimientos de los profesionales de salud sobre los niveles de ruido en neonatología.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo-correlacional, transversal y de abordaje cuantitativo, desarrollado en una unidad de neonatología de la región Norte del Portugal. Se constituyó una muestra no probabilística por conveniencia compuesta por 52 profesionales de salud siendo 26,9% médicos, 55,8% enfermeros, 13,5% asistentes operacionales y el 3,8% otros profesionales. Se utilizó un cuestionario ad hoc compuesto por preguntas abiertas y cerradas. El análisis estadístico fue realizado por el SPSS y el análisis de contenido fue efectuado como preconizado por Bardin.

Resultados: La mayoría de los profesionales de la salud (77%) consideran la unidad de neonatología ruidosa, con molestia en el desempeño de sus funciones (100%) y noción de incomodidad relativa al ambiente acústico de la unidad (54%). En cuanto a los efectos del ruido, la mayoría de los profesionales reconocen los efectos negativos del mismo aunque hay quienes no lo consideran, algunos de los cuales están en desacuerdo con la existencia de implicaciones en el futuro. La influencia en el estado actual del recién nacido es reconocida por el 87% de los profesionales, el 90% tiene percepción de los efectos en el desarrollo del mismo, el 77% considera que hay implicaciones en los padres y el 98% considera que hay implicaciones en los propios profesionales.

En general, los conocimientos del personal sobre la temática del ruido son adecuados (73%), pero específicamente sobre las recomendaciones estandarizadas de ruido para estas unidades, la mayoría tienen pocos conocimientos (58%).

La existencia del ruido causa preocupación a los profesionales de la salud (90%). Identifican los equipos como la principal fuente de ruido, seguido de la conversación entre los profesionales de salud y el 81% señala que su comportamiento contribuye de alguna forma al ruido en la unidad.

Conclusión: Los resultados del estudio evidencian la necesidad de formación, con participación del equipo multidisciplinario e inclusión de la temática en la integración de nuevos elementos. Este reconocimiento es importante para adecuar equipos, cuidados y actitudes y así promover un ambiente acústico más sano que optimice el crecimiento y desarrollo del recién nacido, además de proporcionar el bienestar de la familia y de los profesionales, en el marco de un proceso de mejora continua de la calidad de los cuidados prestados.

Palabras clave: ruido, unidades de terapia intensiva neonatal, recién nacido, enfermería neonatal

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Carvalhais, C., Santos, J., Coelho, M., Xavier, A., & Silva, M. (2016). Health care staff perception of noise in neonatal intensive care units: a questionnaire survey from NeoNoise project. ResearchGate. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/299388399_Health_care_staff_perception_of_noise_in_neonatal_intensive_care_units_a_questionnaire_survey_from_NeoNoise_Project

Degorre, C., Ghyselen, L., Barcat, L., Dégrugilliers, L., Kongolo, G., Leké, A., & Tournex, P. (2016). Nuisances sonores en

reanimation neonatal: impact d'un outil de monitoring. Archives de Pédiatrie, 4349, 1-7. Acedido em http://ac.els-cdn.com/S0929693X16305292/1-s2.0-S0929693X16305292-main.pdf?_tid=769ef53e-e282-11e6-bc2b-00000aab0f6c&cdnat=1485296244_3b0398f89ac91907b147ad9778d00604

Jordão, M., Costa, R., Santos, S., Locks, M., Assuiti, F., & Lima, M. (2017). Ruídos na Unidade Neonatal: Identificando o problema e propondo soluções. *Cogitare Enfermagem*, 22(4), 1-8. doi: 10.5380/ce.v22i4.51137

Marques, J. (2014). A minimização do ruído como um cuidado desenvolvimental nas unidades de neonatologia. *Sinais vitais*, 113, 47-55. Acedido em http://eformasau.pt/files/Revistas/RSV113/RSV113_resumos.pdf

Neonatal Nurses Association. (2017). Shh...babies growing: A clinical practice guideline for reducing noise level in the neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 23, 199-203. doi: 10.1016/j.jnn.2017.02.006

AUTORES/AUTHORS:

MIRIAM LEÑERO CIRUJANO, MARCOS GONZALEZ RUIZ, JUAN IGNACIO TORRES GONZALEZ, ELENA GÓMEZ ATIENZA, JACINTO GÓMEZ HIGUERA

TÍTULO/TITLE:

EL HUMOR, LA ASIGNATURA PENDIENTE DEL DOCENTE Y EL ALUMNADO

OBJETIVOS: Conocer si los docentes de enfermería emplean el humor en sus clases y si reconocen en los alumnos la necesidad de formación en las propiedades del humor terapéutico.

MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal dirigido a todos los docentes del Grado de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid: 118 profesores (67 docentes de prácticas clínicas y 46 docentes de clases teóricas). Se diseñó un cuestionario de elaboración propia "Percepción y uso del humor" validado previamente por un panel de expertos, con un apartado de observaciones, variables socio-demográficas y 21 ítems puntuados según escala tipo Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). La recogida de datos se realizó con el envío on-line del cuestionario en la plataforma Google formularios mediante correo institucional, proporcionados bajo permiso de la dirección del Departamento de Enfermería. El acceso al link se mantuvo abierto durante todo el mes de marzo de 2015. El tiempo estimado para rellenar del cuestionario es de aproximadamente 3-4 minutos. Su entrega y cumplimentación fue de carácter voluntario. Todos los datos obtenidos se almacenaron en una base de datos de Microsoft Excel. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 20.0® para Windows. En el análisis estadístico, se hallaron los descriptivos en cada uno de los ítems del cuestionario, para el cual se emplearon medidas de frecuencia, porcentajes, medianas, rangos intercuatílicos y técnicas gráficas. Para simplificar el análisis estadístico se recodificaron las variables cuantitativas ordinales de las puntuaciones de los ítems en variables categóricas (1 ó 2:NO; 3:INDIFERENTE; 4 ó 5:SI). En cuanto al apartado de observaciones del cuestionario, se llevó a cabo un tratamiento cualitativo de las opiniones aportadas.

RESULTADOS: La muestra total fue de 40 profesores, 16 docentes de teoría y 26 docentes de prácticas clínicas. En cuanto a la percepción y uso del humor en la vida cotidiana la mayoría de los docentes (92,2%) afirman que el humor puede ser un agente beneficioso para la salud, lo emplean a menudo en su vida diaria (77,5%), expresan saber cómo hacer reír a la gente de su alrededor (75%) y reconocen utilizarlo con sus compañeros de trabajo (80%).

En relación a su empleo en el cuidado del paciente, la mayoría (67,5%) considera al humor como una estrategia de enfermería que puede ser aplicada en situaciones tan delicadas como puede ser en el contexto de los cuidados paliativos. Sin embargo, menos de la mitad (47,5%) reconoce que no todo tipo de humor está permitido en cuanto al objetivo de aportar éste un beneficio terapéutico en la salud. La mayoría de docentes identifica el empleo del humor como una necesidad emergente del paciente (75%), así como una demanda por parte de sus familiares como estrategia de cuidado en su ser querido (70%). De entre los que manifiestan esta percepción, la mayoría son docentes asociados de prácticas clínicas (47,5% y 45% respectivamente). No obstante, tan sólo una minoría (15%) afirma que en el entorno hospitalario existe sentido del humor. Del total de estos últimos, un 66,66% conoce actividades basadas en el humor dirigidas a niños ingresados. Sin embargo, este porcentaje disminuye (16,66%) al preguntar por el conocimiento de actividades de este tipo para adultos y personas de avanzada edad hospitalizadas.

En cuanto al empleo del humor como estrategia de comunicación en las clases y/o tutorías con los alumnos, el 82,5% afirma utilizarlo con este fin, siendo su uso mayor en los docentes de teoría. La gran parte de los docentes (95%) confiesa que sería interesante conocer cómo emplear el humor en el cuidado enfermero. En esta misma línea, del total de docentes que se mostraban indiferentes en cuanto al hábito personal de utilizar a menudo el humor en el paciente (32,5%), la inmensa mayoría muestra interés

por conocer cómo llevarlo a cabo como estrategia de cuidado (92,31%) y asegura necesitar más formación sobre este ámbito (84,62%). Tan sólo un 10% de los docentes reconoce que el humor es una intervención enfermera de la NIC. De los docentes que afirmaba emplear el humor como estrategia de comunicación en sus clases y/o tutorías con los alumnos, más de la mitad (54,54%) admite informarles a menudo de los beneficios y la importancia del humor en el cuidado enfermero, siendo la mayoría docentes asociados de prácticas clínicas (72,22%). Tan sólo una mínima parte de ellos indica que los alumnos emplean a menudo el humor como estrategia de cuidado durante sus prácticas clínicas con los pacientes y/o familiares (17,5%) y que lo incluyen como intervención enfermera dentro de sus planes de cuidados (2,5%), siendo los profesores asociados de prácticas clínicas son los que mayor porcentaje representan. Un 45% de los docentes afirma que el alumno demanda y/o necesita más formación sobre este ámbito. En esta misma línea, de entre los docentes que no informan al alumno de los beneficios y de la aplicabilidad del humor en enfermería (20%) o se muestran indiferentes a ello (35%), un 5% y un 10% de ellos respectivamente, consideran como una necesidad del alumno la formación sobre el humor como estrategia del cuidado enfermero.

A continuación se recogen algunas de las observaciones que se registraron de los participantes: “El humor es una buena herramienta, pero hay que utilizarla de manera inteligente y con mucha mano izquierda. Sirve para empatizar con los pacientes, pero también puede distanciarles y hacerles daño” (Profesor asociado de prácticas clínicas).

“En mi opinión, el buen humor bien gestionado, hace que el profesional mejore su forma de trabajar y en el paciente proporciona tranquilidad dentro del ambiente hostil que es el medio hospitalario. Me parece que este tipo de iniciativas son muy positivas dentro del sector sanitario, ya que somos un colectivo con un importante castigo emocional, donde el buen humor puede mejorar mucho nuestra actividad” (Profesor asociado de teoría).

“Un trabajo innovador y necesario” (Profesor asociado de prácticas clínicas).

DISCUSIÓN: El humor constituye una herramienta terapéutica fundamental en el cuidado enfermero por los importantes beneficios que puede proporcionar si se utiliza adecuadamente, tal y como se evidencia en la bibliografía. Es interesante resaltar que dichos beneficios no sólo son reconocidos en los sujetos estudiados como algo positivo en la salud individual de cada uno de ellos, sino que también lo consideran como un elemento importante en el cuidado.

En cuanto al empleo del humor como herramienta pedagógica, la gran parte de los docentes afirma utilizarlo en sus clases, seminarios y/o tutorías con este fin, destacando en mayoría los docentes asociados de prácticas clínicas.

En relación a la formación de los estudiantes, los resultados obtenidos indican que a pesar de considerar y emplear el humor como estrategia pedagógica, menos de la mitad de los docentes informa a los alumnos sobre los beneficios y la importancia del humor en el cuidado enfermero durante las clases o prácticas. A raíz de ello, en estudios previos realizados sobre los alumnos de enfermería de dicha facultad, la inmensa mayoría demandaba formación e incluso los que afirmaban haberla recibido durante su carrera académica, la mayoría no sabían en muchas ocasiones de qué manera adecuada proceder. Es interesante resaltar que a pesar de la demanda emergente de los alumnos por recibir más formación sobre la aplicación y uso del humor, tan sólo menos de la mitad de los docentes lo consideran una necesidad del alumnado, siendo en mayoría los docentes de prácticas clínicas quienes lo consideran de esa forma. Sin embargo, los resultados obtenidos de este estudio y otros previos, confirman el interés tanto por parte de los alumnos como de los profesores por conocer los beneficios, las aplicaciones y la forma de empleo del humor, así como la demanda de formación. Esta situación de no formación suficiente sobre el humor, puede conllevar a una cierta inseguridad en la aplicación del mismo una vez los alumnos sean profesionales de la salud, pudiendo generar lagunas de conocimiento al respecto. De ahí deriva que la formación académica durante la carrera sobre este aspecto puede permitir al futuro profesional beneficiarse tanto él como el paciente de los efectos positivos que el humor puede generar en la salud.

En resumen, el problema actual que aún versa sobre la enfermería y el empleo de humor como parte de su cuidado enfermero, reside en que todavía se contempla al humor como un mecanismo desvirtuado y relegado de la práctica clínica. No se tiene consciencia aún de que el humor tiene que ser valorado y si es adecuado, debe formar parte integral del plan de cuidados del

paciente. De hecho, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) incluye al humor como una intervención enfermera, y sin embargo muy pocos docentes y estudiantes tienen conocimiento de ello.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se debe advertir que aunque los resultados obtenidos tengan una considerable semejanza con la realidad y con los estudios realizados hasta el momento, no son generalizables y por tanto no pueden ser extrapolados. A pesar de ello, este trabajo supone una primera aproximación novedosa en el ámbito formativo del humor como estrategia enfermera, dejando frentes abiertos a la investigación futura en el campo del humor en relación tanto de la práctica clínica, en docencia como herramienta pedagógica o como elemento de estudio en pre y postgrado.

APLICABILIDAD CLÍNICA: La docencia universitaria actual sigue el modelo basado en los estereotipos de clima estricto y serio en la relación alumno-profesor. Si bien es cierto, los resultados que arroja este estudio abren un nuevo frente con respecto a la modernización de la docencia, dejando paso a actitudes positivas influyentes en la relación profesor-alumno, como el humor con el fin de actuar como vehículo para conseguir el objetivo que todo docente pretende alcanzar: el aprendizaje efectivo del alumnado. La educación y la formación tanto a nivel de aptitudes, habilidades y actitudes en pre y postgrado en lo que al uso del humor terapéutico se refiere constituyen la piedra angular para llevar el humor a la práctica diaria. La inclusión del humor en los planes de estudios de enfermería tanto en pregrado como en posgrado, así como la impulsión de líneas y proyectos de investigación que versen sobre las diferentes dimensiones, beneficios y aplicaciones del humor terapéutico son elementos esenciales para dotar a este campo de una sólida base de conocimiento científico con el objetivo de generar mayor conocimiento y conseguir mejores resultados en la práctica clínica diaria. Si bien es cierta la limitación metodológica de los estudios actuales, cada vez son más los artículos que buscan asentar científicamente a esta estrategia, aunque todavía queda mucho camino por recorrer.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Leñero M. La aplicación del humor como intervención enfermera en el manejo de una enfermedad oncológica terminal: a propósito de un caso. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)* [Internet]. 2014 [citada 5 May 2015];6(3):328-380. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1715/1731>.
2. Leñero M. Percepción de los pacientes sobre la intervención del humor en el periodo preoperatorio. En: Ponencias y comunicaciones: Congreso CENES. V Jornadas de práctica avanzada en cuidados enfermeros. "Cuidado y salud: dos realidades una misma trayectoria". Madrid:Fuden;2015;89-96.
3. Carbelo B. El humor en la relación con el paciente. Una guía para los profesionales de la salud. Barcelona: Masson; 2005.
4. Goodenough B, Low LF, Casey AN, Chenoweth L, Fleming R et al. Study protocol for a randomized controlled trial of humor therapy in residential care: the Sydney Multisite Intervention of LaughterBosses ad ElderClowns (SMILE). *Int Psychogeriatr*. 2012 Dec;24(12):2037-44.
5. Dolgoff-Kaspar R, Baldwin A, Johnson S, Edling N, Sethi G. Effect of laughter yoga on mood and Heart Rate Variability in patients awaiting organ transplantation: a pilot study. *Altern Ther Health Med*. 2012 Sep/Oct;18(5):61-6.
6. Chiang-Hanisko L, Adamle K, Chiang LC. Cultural differences in therapeutic humor in nursing education. *J Nurs Res*. 2009 Mar;17(1):52-61.
7. Jáuregui E, Fernández JD. Risa y aprendizaje: el papel del humor en la labor docente. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*. 2009 Dic; 23 (3):203-15.
8. Adamle KN, Chiang-Hanisko L, Ludwick R, Zeller RA, Brown R. Comparing teaching practices about humor among nursing faculty: an international collaborative study. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2007 Jan;4(1):1-16.
9. Leef B, Hallas D. The Sensitivity Training Clown Workshop. Enhancing Therapeutic Communication Skills in Nursing Students. *Nurs Educ Perspect*. 2013 Jul/Aug;34(4):260-4.

10. Chiarello MA. Humor as a Teaching Tool: Use in Psychiatric Undergraduate Nursing. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2010 Aug;48(8):34-41.
11. Chauvet S. Hofmeyer A. Humor as a facilitative style in problem-based learning environments for nursing students. *Nurse Educ Today.* 2007 May;27(4):286-92.
12. Chabeli M. Humor: a pedagogical tool to promote learning. *Curationis.* 2008 Sep;31(3):51-9.
13. Englert LM. Learning with laughter: Using humor in the nursing classroom. *Nurs Educ Perspect.* 2010 Feb; 31(1):48-9.

Mesa de Comunicaciones 10: Cuidadores / Dependencia

Concurrent Session 10: Caregivers / Dependency

AUTORES/AUTHORS:

Margarita González Rincón, Esther Cabrera Torres

TÍTULO/TITLE:

Perfil del cuidador informal de persona con dependencia: impacto de cuidar y riesgo de claudicación

Objetivos:

1. Identificar la presencia y nivel de sobrecarga del cuidador informal de persona con dependencia y las características relacionadas.
2. Identificar el perfil social, demográfico y de salud de la persona dependiente y de su cuidador informal.
3. Identificar el impacto positivo y negativo del cuidar.
4. Conocer qué recursos prefiere el cuidador de persona dependiente que vive en el domicilio.
5. Estudiar la incorporación de escalas de medida del estado del cuidador en el marco de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia (LAPAD) en la primera puerta de entrada al sistema público para detectar sus necesidades y posible situación vulnerable.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal.

Aplicado en una oficina de registro, información y atención a la ciudadanía del Consorcio de Servicios sociales de Barcelona, situada en el distrito del Ensanche y que da cobertura a todas las personas de la ciudad de Barcelona que desean información o gestión de la solicitud de valoración del grado de dependencia y trámites relacionados.

Se administró, entre los meses de noviembre y diciembre de 2017, un cuestionario de elaboración propia, a 133 cuidadores no profesionales en el momento de presentar por registro la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia y los derechos a las prestaciones, o la solicitud de revisión del grado por empeoramiento, de la persona que cuidan. Los cuidadores son familiares o no familiares de personas que viven en la comunidad, mayores de 18 años, que llevan más de tres meses de dedicación al cuidado, que acuden de manera presencial al CSSBcn, que aceptan participar y que firman el consentimiento informado y viven en la ciudad de Barcelona. Se descartan los cuidadores remunerados, o de personas institucionalizadas o hospitalizadas más de 90 días. Se recoge su perfil sociodemográfico, necesidades, autopercepción de salud y tiempo de cuidado.

La carga del cuidador informal y riesgo de claudicación se determinó con la escala autoaplicada y validada al español Zarit abreviada de 7 ítems.

La reacción positiva y negativa y la autopercepción del impacto de cuidar se determinó con la escala, autoadministrada y validada al español, Evaluación de la reacción del cuidador (CRA-SP) de 24 ítems, midiendo percepción de autoestima, apoyo familiar, interferencia en la vida cotidiana, problemas económicos y de salud del cuidador informal.

Las características sociodemográficas, recursos, diagnósticos médicos y grado de dependencia de la persona dependiente se obtuvieron del Sistema para la dependencia de Cataluña.

Con análisis de regresión logística univariada y bivariada se identificaron las características que inciden en la sobrecarga. El contraste de medias determinó la correlación entre el impacto del cuidado y la presencia de sobrecarga y se aplicó regresión logística multivariada para identificar predictores.

Se pidió consentimiento informado a todos los participantes y se trataron sus datos de manera anónima en cumplimiento de la Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD). Se contó con la autorización para el estudio de las administraciones, la autorización de los autores para la aplicación de las escalas validadas y aprobación de la

investigación por el Comité ético de la Escuela Superior de Ciencias de la Salud (Universidad Pompeu Fabra).

Se ofreció participar a 203 personas de las cuales 12 no aceptaron, 9 no devolvieron el cuestionario completado entregado y 49 no cumplían criterios de inclusión y fueron descartados de la muestra.

Resultados:

El 77,44% de los cuidadores informales muestran sobrecarga intensa, cifra superior a otras investigaciones realizadas en nuestro país en el entorno de la atención primaria. La cuidadora informal es mayoritariamente mujer (69,90%), entre 55-64 años (42,10%) y más de 65 años (22,60%), hija (74,40%) con más de tres años al cuidado (60,20%), con estudios secundarios (42,10%) o superiores (30,80%) y en situación laboral activa (48,10%) o jubilada (30,90%). Un 55,40% están 5 o más horas fuera de casa, solo el 39% convive con la persona dependiente y el 75% comparte el cuidado con un familiar (61%) o cuidador externo (25%). El 83% cree que cuidar influye en su salud.

El impacto de cuidar repercute en la salud física y psíquica, interrupción de las actividades de vida cotidiana del cuidador y sus finanzas. Se traduce en fatiga, estrés, ansiedad, dolor articular e interrupción del sueño y falta de concentración.

El perfil de persona que solicita valoración de dependencia es mujer de 80 años o más, con pluripatología, con grado de dependencia moderada o severa, con renta media entre 700 y 1500 euros mensuales y que ya disfruta de atención domiciliar y prestación por cuidador familiar. Prefiere recursos para poder seguir cuidado en su domicilio.

Discusión:

Los cuidadores informales de personas con dependencia tienen alto riesgo de claudicar por presencia de sobrecarga intensa. Mayor presencia en la muestra de dependientes mujeres y de más de 85 años y grado I y II de dependencia. Ninguna característica de la persona dependiente influyó de manera significativa en la sobrecarga del cuidador informal, en cambio el perfil de éste y la percepción que cuidar influye en su salud y modifica su vida cotidiana sí está relacionado significativamente (p -valor $<0,005$ IC95%) con la presencia de sobrecarga y se incrementa cuando la cuidadora es mujer, dedica más de 12 horas al día a cuidar, padece síntomas osteoarticulares y psicológicos, falta de apoyo, problemas económicos o baja autoestima. Son predictores de sobrecarga el estrés (OR:13,94 IC:(2,84-64,58) p -valor $<0,002$) e impacto en la vida cotidiana del cuidador (OR:1,35 IC:(1,14-1,60), p -v $<0,001$).

La alta presencia de sobrecarga (77,44%) en cuidador de persona con dependencia y la repercusión en su salud física, psicológica y social hace necesario aplicar instrumentos para detectar SC. Ampliar la visión a la persona cuidadora y no solo al dependiente en la valoración de la LAPAD será clave para planificar recursos basados en la evidencia, promover autonomía y soportes al cuidador, detectar situaciones de riesgo y prevenir claudicación. Una visión futura integradora socialsanitaria permitirá lograrlo.

Se valora factible y positiva la aplicación de escalas validadas para recoger datos del cuidador y no solo de la persona dependiente. En escaso tiempo se obtienen valores importantes basados en la evidencia para detectar situaciones de riesgo.

Los cuidadores mostraron satisfacción que se les preguntara sobre ellos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alvira MC.2017. Conocer las reacciones de los cuidadores de pacientes con demència en un contexto espanyol y europeo. (Tesis doctoral).. Universidad Jaume I, Alicante. 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6035/14103.2017.521323>
- Álvarez-Tello, M., Casado-Mejía, R., Praena-Fernández, J. M., & Ortega-Calvo, M. (2017). [Developing a predictive model for the caregiver strain index]. *Revista Espanola de Geriatria Y Gerontologia*, 52(1), 15–19.
- Alvarez, L., González, A. M., & Muñoz, P. (n.d.). [Zarit scale for assessing caregiver burden: how to administer and to interpret it]. *Gaceta Sanitaria*, 22(6), 618–9.
- Alvira, M. C., Risco, E., Cabrera, E., Farré, M., Rahm Hallberg, I., Bleijlevens, M. H. C. RightTimePlaceCare Consortium. (2015). The association between positive-negative reactions of informal caregivers of people with dementia and health outcomes in eight European countries: a cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(6), 1417–34.
- Given Ch, Given B, Stommel M, Collins C, King S, Franklin S.(1991): The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Research Nursing and Health*. 15, 271-283.
- Gort AM, March J, Gómez X, de Miguel M, Mazarico S, Batallé J. (2005). Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Medicina Clínica*. 124:651-653.
- López Casanovas, G. (2011). [The Act of Promotion of Personal Autonomy and Long-Term Care. Reflections and recomendations for better development]. *Gaceta Sanitaria*, 25 Suppl 2, 125-30.
- Regueiro Martínez, A. Á., Pérez-Vázquez, A., Gómara Villabona, S. M., & Carmen Ferreiro Cruz, M. (2007). Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Atención Primaria*, 39(4), 185–188.
- Rodríguez-González, A. M., Rodríguez-Míguez, E., Duarte-Pérez, A., Díaz-Sanisidro, E., Barbosa-Álvarez, Á., & Clavería, A. (2017). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria*, 49(3), 156–165.
- Vitalino, P.P., Zhang, J., y Scanlan, J.M. (2003). Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health?A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129 (6), 946-972.
- Zabalegui, A., Galisteo, M., Navarro, M. M., & Cabrera, E. (2016). INFOSA intervention for caregivers of the elderly, an experimental study. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 37(6), 426–433.

AUTORES/AUTHORS:

Catalina López-Martínez, Rafael Del-Pino-Casado, Natalia Serrano-Ortega

TÍTULO/TITLE:

Sentido de coherencia y consecuencias en personas cuidadoras informales de mayores dependientes.

Antecedentes y objetivos.

A nivel mundial se está produciendo un proceso de envejecimiento acelerado, según datos de la Organización Mundial de la Salud en 2050 existirá un 22% de la población que tendrán 60 o más años. Este hecho producirá un incremento en las necesidades de atención en las personas mayores derivadas de la falta de autonomía que experimentarán por problemas de movilidad principalmente (1). En España, el principal recurso de atención a la dependencia es el sistema informal de cuidados, ya que en más de un 80% de los casos es la única fuente de ayuda para las personas con necesidades de atención. Las personas que proporcionan cuidados informales dispensaron alrededor de 4600 millones de horas de cuidado a personas dependientes, si lo traducimos a porcentaje representa más del 5% del PIB español en el año 2008 (2, 3).

La asunción del cuidado de una persona dependiente constituye un factor de riesgo para su salud, existen estudios que lo relacionan con deterioros importantes en la salud de las personas cuidadoras principalmente en las mujeres ya que ellas son las principales proveedoras de cuidados informales con un 31,4% a nivel nacional (4, 5). Por esto nuestro objetivo es analizar las relaciones del sentido de coherencia con las consecuencias positivas y negativas del cuidado informal proporcionado a personas mayores dependientes.

Método.

El estudio se desarrolló en Atención Primaria, concretamente en el Distrito Sanitario Jaén-Nordeste. Se diseñó un estudio de tipo descriptivo transversal, que contó con una muestra probabilística de 132 personas cuidadoras informales de personas mayores dependientes, de las comarcas de Jaén. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: Edad, 18 o más años; Vínculo de parentesco; Prestación de cuidados continuados; Único receptor de cuidados; Receptor mayor de 65 años; Receptor dependiente (al menos una ABVD ó AIVD). El tamaño muestral se calculó atendiendo a las recomendaciones de Crespín Elías (6) para la realización de métodos multivariados.

Las variables independientes fueron la manejabilidad, el significado y la comprensión, dimensiones del sentido de coherencia (SOC). Y las variables dependientes la sobrecarga subjetiva, ansiedad, depresión y calidad de vida.

Instrumentos. El Cuestionario de Orientación a la Vida, compuesto por 13 ítems que se evalúan con una escala de tipo Likert de 7 puntos, su rango de puntuaciones por dimensiones estuvo comprendido entre 4 y 28 para la significación, de 4 a 28 para la manejabilidad y de 5 a 35 para la comprensión. El Índice de Esfuerzo del Cuidador de Robinson, lo forman 13 preguntas dicotómicas heteroadministradas, cada una de ellas puntúa 0-1, el rango de puntuaciones estuvo comprendido entre 0-13. La Escala de ansiedad y depresión de Goldberg está formada por dos subescalas de 9 ítems correspondientemente, sus preguntas son dicotómicas y su rango de puntuaciones es de 0-9. Y por último el Cuestionario de Salud SF-12, que es una versión reducida del SF-36, está formado por 12 preguntas valoradas mediante unas escalas de tipo Likert que evalúan intensidad y frecuencia, su rango de puntuaciones oscila entre 0-100.

Se contactó con los participantes mediante las enfermeras de familia o de gestión de casos y a través del teléfono, para explicar el estudio y concertar la entrevista. Se procedió a la conformidad de participación mediante la firma del consentimiento informado y se realizó la entrevista. El estudio recibió el visto bueno del Comité de Ética de la Investigación de Jaén.

Previo a la realización de los análisis multivariados se confirmaron los supuestos del Modelo Lineal General, (linealidad (analizada con los gráficos Q-Q), multicolinealidad (mediante tolerancia y factor de inflación de la varianza), la homocedasticidad (mediante la prueba de Durbin-Watson), la normalidad multivariada (mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la prueba de Saphiro-Wilks

multivariada) y la ausencia de puntos extremos (mediante el diagrama de cajas y el gráfico de dispersión matricial). Se realizó un análisis multivariante mediante correlaciones canónicas para medir el grado de relación lineal entre los conjuntos de variables y estimar la proporción de varianza que compartían. El nivel de significación estadística fue de un 5%. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics Versión 24.

Resultados

El análisis de la relación entre los conjuntos de variables correspondientes a las dimensiones del SOC y las consecuencias positivas y negativas del cuidado arrojó un modelo completo que fue estadísticamente significativo, con una χ^2 de Wilks de 0,492; $F(12; 312,49) = 8,015$; $p < 0,000$; lo que supone un porcentaje de explicación de la varianza del conjunto de variables dependientes del 50,8% por parte del conjunto de variables independientes. La primera función de este modelo presentó un 41,60% de varianza compartida, para la segunda función este porcentaje fue del 14,66%, siendo ambas funciones estadísticamente significativas, la última función solo explicó un 1,29% no siendo estadísticamente significativa. Entre estas variables independientes, destaca la manejabilidad como variable con mayor contribución a las consecuencias del cuidado ($h^2: 99,92$). La dirección de la relación del SOC con las consecuencias negativas del cuidado fue negativa, mientras que fue positiva con la calidad de vida.

Discusión.

Según nuestro conocimiento, no existen estudios que evalúen las contribuciones de las dimensiones del SOC en el conjunto de las consecuencias del cuidado. Nuestros hallazgos respecto a las consecuencias negativas del cuidado coinciden con los estudios de Hsiao and Tsai (7), Jaracz, Grabowska-Fudala (8) y Tang, Cheng (9) para la sobrecarga subjetiva, estos estudios utilizaron muestras no probabilísticas pero el estudio de Jaracz fue un estudio longitudinal. En cuanto a la ansiedad y la depresión encontramos coincidencias en los trabajos de Jaracz, Grabowska-Fudala (10) y Orgeta and Sterzo (11).

Respecto al SOC en relación con las consecuencias positivas tenemos a Mizuno, Iwasaki (12), que encuentra asociaciones positivas entre la comprensibilidad y el significado con la esfera psicológica de la calidad de vida, aunque su instrumento de medida para la calidad de vida difiere del utilizado en nuestro estudio contempla la dimensión psicológica y obtiene una buena confiabilidad, la muestra utilizada fue no probabilística y su tamaño muestral era pequeño, por lo que nuestro estudio mejora los resultados al aportar una muestra probabilística y un número mayor de la misma. Encontramos a Yang, Hao (13) mostrándonos asociaciones positivas entre el componente mental y el SOC, aunque en este estudio no se estudian las dimensiones del SOC, este tiene una muestra grande, aunque su muestreo es no probabilístico, pero apoya nuestros hallazgos. Además, Eriksson and Lindström (14) relacionan el SOC con mayores niveles de salud y de calidad de vida.

En base a los resultados obtenidos, podemos argumentar que niveles altos de SOC pueden tener una función protectora frente a las consecuencias negativas del cuidado, así como un efecto promotor de la calidad de vida. De las tres dimensiones del SOC, la manejabilidad contribuye en mayor medida en la relación con las consecuencias positivas y negativas del cuidado. El estudio de las dimensiones del SOC nos ayudara a centrarnos en los aspectos a fortalecer en las personas que realizan la labor de cuidado informal con el fin de mejorar su calidad de vida, especialmente el componente mental que es el más afectado (13) y disminuir la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y los síntomas depresivos que son los principales problemas psicológicos (10) que afectan a este colectivo.

Implicaciones para la práctica.

El SOC podría ser un buen estimador de la salud mental de las personas cuidadoras de mayores dependientes. Dicho SOC podría ser utilizado como una herramienta de cribado, posibilitando la atención precoz a las personas que presenten más riesgo de deterioro de su salud mental.

Este estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. (OMS). OMDIS. Envejecimiento y ciclo de vida. Datos interesantes acerca del envejecimiento.: Organización Mundial de la Salud.; 2018 [Available from: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>].
2. Ruiz-Robledillo NM-A, L. El cuidado informal: una visión actual. Revista de motivación y emoción. 2012;1:22-30.
3. Oliva J, Vilaplana C, Osuna R. El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España. Gaceta Sanitaria. 2011;25, Supplement 2(0):108-14.
4. Esparza Catalán c. Discapacidad y dependencia en España. . Informes Portal Mayores. 2011;108.
5. Calvente MG, del Río Lozano M, Marcos JM. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. Gaceta Sanitaria. 2011;25:100-7.
6. Crespín Elías E. Análisis multivariante: Aplicaciones con SPSS. San Salvador.: Instituto de Ciencia, Tecnología e Innovación (ICTI); 2016.
7. Hsiao CY, Tsai YF. Factors of caregiver burden and family functioning among Taiwanese family caregivers living with schizophrenia. J Clin Nurs. 2014;24(11-12):1546-56.
8. Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Kozubski W. Caregiver burden after stroke: towards a structural model. Neurol Neurochir Pol. 2012;46(3):224-32.
9. Tang ST, Cheng CC, Lee KC, Chen CH, Liu LN. Mediating Effects of Sense of Coherence on Family Caregivers' Depressive Distress While Caring for Terminally Ill Cancer Patients. Cancer Nurs. 2012;23:23.
10. Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Górna K, Kozubski W. Caregiving burden and its determinants in Polish caregivers of stroke survivors. Archives of Medical Science : AMS. 2014;10(5):941-50.
11. Orgeta V, Sterzo EL. Sense of coherence, burden, and affective symptoms in family carers of people with dementia. International Psychogeriatrics. 2013;25(6):973-80.
12. Mizuno E, Iwasaki M, Sakai I, Kamizawa N. Sense of Coherence and Quality of Life in Family Caregivers of Persons With Schizophrenia Living in the Community. Archives of Psychiatric Nursing. 2012;26(4):295-306.
13. Yang X, Hao Y, George SM, Wang L. Factors associated with health-related quality of life among Chinese caregivers of the older adults living in the community: a cross-sectional study. Health and Quality of Life Outcomes. 2012;10(1):143.
14. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. Journal of epidemiology and community health. 2006;60(5):376-81.

AUTORES/AUTHORS:

Margarita Pérez-Cruz, María de los Ángeles Muñoz-Martínez, Laura Parra-Anguita

TÍTULO/TITLE:

PLAN FUNCIONAL DE ATENCIÓN A CUIDADORAS EN HOSPITALIZACIÓN.

INTRODUCCIÓN.

El ingreso en el hospital de un paciente supone, con frecuencia, una alteración importante tanto para el paciente como para la persona que lo cuida. Distintas investigaciones ponen de manifiesto la percepción de las personas cuidadoras familiares hospitalarias como recurso por parte de los profesionales^{1,2} e incluso como algo invisible, ya que pasan desapercibidas para el sistema sanitario^{1,3} así como la baja calidad de vida de los cuidadores en el hospital³ y el hecho de que se encuentran en un medio hostil¹. Lo anterior, justifica la necesidad de apoyo para las personas cuidadoras en hospitalización.

La persona cuidadora en hospitalización es aquella que asume la responsabilidad del cuidado del paciente de forma permanente, es el principal referente y apoyo de la persona cuidada, no recibiendo remuneración económica por ello¹. La literatura científica muestra que el perfil de la persona cuidadora en el medio hospitalario corresponde al de una mujer, hija o cónyuge de la persona cuidada, con una edad comprendida entre 46 a 60 años^{1,2,4-7}. De igual manera, el perfil descrito anteriormente coincide plenamente con el recogido en la encuesta sobre Apoyo Informal a las Personas Mayores de 2004⁸.

Para identificar a las personas cuidadoras familiares de pacientes con Alzheimer y otras demencias, así como a las personas cuidadoras de pacientes con gran discapacidad, se crea la tarjeta identificativa "+ Cuidado". Aquellas personas poseedoras de dicha tarjeta serán identificadas como cuidadoras de grandes discapacitados y pacientes con demencia⁹. Con la puesta en marcha del Plan Funcional de Atención a Cuidadoras en Hospitalización del Complejo Hospitalario de Jaén¹⁰, se desarrollan una serie de actuaciones con el objetivo de agilizar a las personas cuidadoras familiares su paso por el Complejo Hospitalario de Jaén, y proporcionarles unos cuidados de calidad, garantizando la atención personalizada y adecuada a la situación del paciente y la cuidadora.

Para conseguir estos objetivos, se pondrán en marcha una serie de medidas facilitadoras llevadas a cabo por los profesionales de enfermería como son, entre otras: realizar valoración focalizada y planes de cuidados específicos a las personas cuidadoras. La captación de personas cuidadoras susceptibles de ser incluidas en el mencionado Plan Funcional, etc.

OBJETIVOS

1. Caracterizar a las personas cuidadoras de grandes discapacitados, así como a los pacientes que atienden en el hospital.
2. Identificar intervenciones facilitadoras llevadas a cabo por los profesionales de enfermería, en las personas cuidadoras incluidas en el Plan Funcional de Atención a Cuidadoras en Hospitalización (PFACH).

MÉTODOS

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Población. Personas cuidadoras de grandes discapacitados ingresados/as en la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, Cuidados Paliativos y Pluripatológicos del Complejo Hospitalario de Jaén; muestreo no probabilístico de conveniencia, Criterios de inclusión: a) paciente: Índice de Barthel < 60 y/o Test de Pfeiffer \geq 5 o situación especial (paciente en situación terminal que precisa cuidados paliativos); b) persona cuidadora: poseer tarjeta "+ Cuidado", no recibir remuneración por el cuidado del/la paciente, asumir responsabilidad del cuidado de forma permanente y pasar más de 10 horas con el/la paciente (excluyendo la noche). Tamaño muestral: 76 personas cuidadoras de grandes discapacitados.

Variables. a) Sociodemográficas: persona cuidadora: (edad, género, parentesco con la persona cuidada, posesión tarjeta "+ cuidado", asume cuidado de forma permanente, pasa más de 10 horas con el/la paciente, inclusión en el PFACH; paciente (edad, género, diagnóstico principal, presencia deterioro funcional y/o deterioro cognitivo, situación terminal que necesita cuidados

paliativos, necesidad acompañamiento continuo, Índice de Barthel, Test de Pfeiffer; b) intervenciones facilitadoras llevadas a cabo por el personal de enfermería con las personas cuidadoras (valoración focalizada, plan de cuidados, proporcionar información, realizar educación sanitaria, facilitar descanso, proporcionar dieta social, coordinar pruebas y citas, planificación anticipada del alta hospitalaria).

Análisis de los datos. Cálculo de porcentajes, medias y desviaciones típicas, e intervalos de confianza (IC) al 95% de porcentajes y medias; cálculos con SPSS v. 19.0 y EpiDat 3.1.

RESULTADOS

Caracterización: persona cuidadora. Edad media 62 ($\pm 13,57$) años, mujeres 83% (IC: 73,77-92,01), cónyuge 51% (IC: 39,42-63,21) e hijas 30% (IC: 19,27-41,24). Tarjeta "+ cuidado" 14% (IC: 4,90-21,41). El 85% (IC: 76,95-94,09) está de forma permanente con el paciente y pasa más de 10 horas con él, el 89% (IC: 81,37-79,52). El 95% (IC: 87,06 - 98,54) de las personas cuidadoras fueron incluidas en el PFACH. Pacientes. Edad media de 74,8 ($\pm 13,51$) años. El 68% (IC: 57,37-79,52) son hombres. Diagnóstico principal: cáncer el 30% (IC: 19,27-41,24) y accidente cerebro vascular el 21% (IC: 11,22-30,87). El 97,4% (IC: 90,81-99,68) de los pacientes, presenta deterioro función y/o cognitivo, y necesita acompañamiento continuo el 93,4% (IC: 85,31-97,82) de ellos. El 11,8% (IC: 3,92 - 19,76), se encontraban en situación terminal con necesidad de cuidados paliativos. Barthel=19,47 ($\pm 24,89$). Pfeiffer=5,96 ($\pm 3,12$).

Intervenciones facilitadoras. Valoración focalizada 72% (IC: 61,65 - 83,08, plan de cuidados, 62% (IC: 61,84 - 73,42, proporcionar información 85% (IC: 76,95 - 94,09), educación sanitaria 89% (IC: 81,91 - 97,03), facilitar descanso 92% (IC: 85,38 - 98,62), facilitar dieta social 91% (IC: 83,63 - 97,94), coordinación-agilización de citas y pruebas complementarias 52% (IC: 40,74 - 64,51), planificación anticipada del alta 85% (IC: 73,77 - 92,01).

DISCUSIÓN

Los resultados anteriores permiten llegar a las siguientes conclusiones:

El perfil de las personas cuidadoras de grandes discapacitados en hospitalización es similar al recogido en otros estudios llevados a cabo en este ámbito sobre personas cuidadoras, así como al recogido en el informe del IMSERSO sobre cuidados a las personas mayores en los hogares españoles de 2004.

La caracterización de dichas personas cuidadoras y la inclusión de las mismas en el Plan Funcional de Atención a las Cuidadoras en Hospitalización permite darles visibilidad y comenzar a considerarlas como usuarias del sistema sanitario.

Las intervenciones llevadas a cabo por los profesionales de enfermería, contribuye a mantener y mejorar la calidad de vida de las personas cuidadoras durante su estancia en el hospital.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Quero Rufián A, Briones Gómez R, Prieto Rodríguez MÁ, Navarro López A, Pascual Martínez N, Guerrero Ruiz C. Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación. NURE Inv. 2004; 1(9).
2. Villar Dávila R, Pancorbo Hidalgo PL, Jiménez Díaz MdC, Cruz Lendínez A, García Ramiro P. Qué hace el cuidador familiar en el hospital: Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. Gerokomos. 2012; 23(1):7-14.
3. Celma Vicente M. Cuidadoras informales y enfermeras: Relaciones dentro del hospital. Revista ROL de Enfermería. 2003; 26(3):190-8.
4. Auslander GK. Family caregivers of hospitalized adults in Israel: a point-prevalence survey and exploration of tasks and motives. Res Nurs Health. 2011; 34(3):204-17.
5. Costa-Requena G, Cristofol R, Canete J. Caregivers' morbidity in palliative care unit: predicting by gender, age, burden and self-esteem. Support Care Cancer. 2012; 20(7):1465-70.
6. López-Casanova P, Rodríguez-Palma M, Herrero-Díaz MA. Perfil social de los cuidadores familiares de pacientes dependientes

ingresados en el Hospital General Universitario de Elche. Gerokomos. 2009; 20(4):167-71.

7. Navarro Arquelladas MA. Relación entre personalidad, sobrecarga y estrategias de afrontamiento en cuidadoras de pacientes mayores dependientes en el área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla. 2011.

8. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid: IMSERSO; 2005.

9. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Plan de Atención a Personas Cuidadoras en Andalucía [Internet]. 2005 [Acceso 1 Sept 2018]; Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/PlanAtencionCuidadoras/PlanACFamiliars.pdf>.

10. Alcázar Rodríguez F GSC, Maroto Giménez R, Poyato Carrillo A, Rodríguez Torres MC, Tejada Jiménez A. Plan funcional de atención a cuidadoras en hospitalización [Internet]. Jaén: Complejo Hospitalario de Jaén; 2011 [Acceso 1 de septiembre de 2018];

Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjfiles/pdf/1327670393.pdf>

AUTORES/AUTHORS:

MONTSERRAT JOVER MALLOL, MARGARITA PUIGVERT VILALTA, MARTA JORDA VILALTA, NEUS BATALLÉ ROBERT, MERITXELL CORTALS TALAVERA, SONIA SAURINA FEIXES, SARA COLOM SOLDEVILA, CRISTINA ROIG ANTONER, NURIA PUIGVERT VIU

TÍTULO/TITLE:

¿Están satisfechas las personas atendidas en el programa de atención domiciliaria?

Objetivo

Evaluar la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria (ATDOM) por parte de las enfermeras y trabajadora social.
Conocer las características de la población atendida en ATDOM

Métodos

Estudio descriptivo, cuantitativo y de corte transversal de dos centros urbanos de atención primaria

Población estudiada fueron personas incluidas en el programa ATDOM, excluidos los pacientes paliativos. La muestra fue seleccionada aleatoriamente de los dos centros y fue representativa de cada uno de ellos con un intervalo de confianza del 99% y un error estimado del 10%, N=134

Instrumento/variables Se administró la escala de Evaluación de la Satisfacción del Servicio de Atención Domiciliaria (SATISFAD-10)¹, así como las características sociodemográficas, motivo inclusión y el tiempo de permanencia del programa. Se contactó telefónicamente y se solicitó la participación en el estudio. En los casos afirmativos, se efectuó la entrevista via telefónica

Análisis estadístico se hizo con el programa estadístico SPSS, versión 17.0. Se realizó un análisis descriptivo de los datos y posteriormente un análisis inferencial. El nivel de significación estadística se establece para el valor de $p < 0,05$.

Resultados:

Un total de 135 pacientes participaron el 59,3% son mujeres, el 57% tienen >85 años, con rango entre 56 y 98 años. El 83% están incluidos en ATDOM por alteración de la movilidad y el 67,7% permanece en el programa entre 6 y 30 meses. El 80,7% manifiesta sentirse escuchado y comprendido por la enfermera, el 76,3% comenta comprensión en las explicaciones de la enfermera, el 80% expresa que la enfermera contacta si no puede acudir, el 85,2% dice que la enfermera le enseña a cuidarse por sí misma, el 86,27% reporta ser atendido con intimidad, el 65,2% expresa que es fácil programar visitas en las horas y días que mejor les viene, el 88,9% manifiesta que se preocupa por su comodidad, el 63,7% no ha tenido contacto con la enfermera de enlace, el 85,9% han podido participar y decidir la organización de los cuidados, el 81,5% dicen los servicios recibidos ayudan, el 71,1% han tenido contacto con la trabajadora social, el 72,4% han sido escuchados y atendidos con profesionalidad y el 66,4% la trabajadora social ha asesorado/orientado sobre los recursos para poder estar en casa bien atendido.

Discusión:

Los resultados evidencian un alto nivel de satisfacción por parte de las enfermeras y las trabajadoras sociales en concordancia con otros estudios 2,3. Las mujeres son el grupo mayoritario, lo que refleja la población general. Los problemas de movilidad de los participantes son debido a la edad avanzada de las personas incluidas en el programa. La variable menos valorada es la programación de las visitas pues los pacientes no pueden escoger el horario de la cita, esto nos hace reflexionar en la necesidad de flexibilizar las agendas de trabajo, para mejorar la programación de las visitas. Más de la mitad de la muestra ha tenido contacto con la trabajadora social. Las variables más valoradas la intimidad y la ayuda en organizar los cuidados en el domicilio, esto implica en la práctica clínica que es necesario una atención biopsicosocial en los cuidados, la enfermera lidera el ATDOM pues es quien tiene la

mayor competencia para ello.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

- 1 MORALES ASECIO, José Miguel et al. Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. Gac Sanit [online]. 2007, vol.21, n.2, pp.106-113. ISSN 0213-9111.
- 2- Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria: modelo integrado vs. modelo dispensarizado Marta Gorina, Joaquín T. Limoneroa,b,; Xavier Penart c, Jordi Jiménezd y Javier Gassóe
3. El rol enfermero permite tratar pacientes agudos en el ámbito del domicilio con un alto grado de satisfacción, Eva Sánchez Martos, investigadora principal, Anna Torres Cortes, Concepción Cubillo de Pablo, Minerva San Nicolás Pareja, Marta Alfonso de Pablo, Giorgina Altayó Mateo y Marta Fernández Rol.Rol 2017

Mesa de Comunicaciones 11: Envejecimiento / Fragilidad**Concurrent Session 11: Aging / Frailty****AUTORES/AUTHORS:**

María Fe Ruiz García, María Felicidad Diéguez Rodríguez, Nuria Cascales Madrona, Elisa Belén Cortés Zamora, Ana Isabel Briones García, Silvia Lozoya Moreno, Jennifer Sánchez Reolid, Laura Plaza Carmona, Gloria Esther Barba Fajardo

TÍTULO/TITLE:

Detección de disfagia y factores asociados en mayores de la comunidad.

OBJETIVOS. Identificar el riesgo de disfagia y analizar los factores asociados en mayores de 80 años que viven en la comunidad.

INTRODUCCIÓN. La disfagia es la dificultad para formar y/o desplazar el bolo alimentario de manera segura y eficaz desde la boca al esófago. Actualmente, este trastorno de la deglución es uno de los principales retos de la Geriátrica, ya que está estrechamente relacionada con el envejecimiento habiéndose reconocido recientemente como un síndrome geriátrico atendiendo a su elevada prevalencia, su relación con múltiples factores de riesgo, su interacción con otros síndromes geriátricos, las complicaciones que se derivan de ella y su mal pronóstico, llegando a la conclusión que la disfagia debe integrarse en la valoración geriátrica integral.

MÉTODO. Estudio transversal de 273 sujetos de 80 o más años que viven en la ciudad de Albacete. Para identificar a los mayores con riesgo de disfagia se utilizó el cuestionario de cribado Eating Assessment Tool (EAT-10), considerándose puntuaciones superiores a 2 como positivas. Se recogieron las puntuaciones obtenidas mediante Índice de Barthel (IB) y Lawton para la valoración de dependencia para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, respectivamente, Mini Mental State Examination (MMSE) como prueba cognitiva, Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) para el estado nutricional, prueba de movilidad Timed-Up and Go y escala SARC-F como despistaje de sarcopenia. Además, se midió fuerza prensora a través de dinamometría, flujo espiratorio máximo (Peak flow) y el Índice de Masa Corporal (IMC). Se realizó un análisis estadístico bivariante y multivariante de los factores asociados a la presencia de un cribado positivo de disfagia.

RESULTADOS. La edad media de la muestra es de 84,3 años (DE 3,8. Rango 80-96). 158 mujeres (57,9%). IB 85 (DE 20), Lawton 5 (DE 2,6), MMSE 25,4 (DE 10,2), MNA-SF 12 (DE 2,3), Timed-Up and Go 15,2 (7,8), SARC-F 3,6 (2,7), Peak flow 263 (DE 133), fuerza prensora 21,1 kg (DE 10,7). La media del EAT-10 fue 1,7 (DE 3,7. Rango 0-32). 53 participantes (19,4%) presentaron un EAT-10 positivo. El riesgo de disfagia se asoció con mayor edad (86 vs 83,9; $p < 0,01$), género femenino (25,9% vs 10,4%; $p < 0,01$), IB < 90 (39,4% vs 7,1%; $p < 0,001$), Lawton (2,8 vs 2,3; $p < 0,001$), MNA-SF < 12 (33,8% vs 10,1%; $p < 0,001$), SARC-F > 4 (43,8% vs 6,1%; $p < 0,001$), Peak Flow cuartil inferior (44,4% vs 10,6%; $p < 0,001$) y baja fuerza prensora por criterios Fried (20,4% vs 9,0%; $p < 0,05$). De manera ajustada por edad, género, IB, Lawton y estado nutricional, solo el riesgo de sarcopenia (SARC-F positivo) (OR 6,4; IC95% 2,4 a 17,4) y el Peak Flow (OR 2,9; IC95% 1,2 a 6,7) se asociaron con riesgo de disfagia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES. La disfagia es un síndrome geriátrico de elevada prevalencia en mayores de 80 años, asociándose de manera significativa a sarcopenia y teniendo una gran repercusión en la salud del paciente anciano. Además de ocasionar una alta necesidad de cuidados, está asociada a eventos adversos tales como discapacidad, comorbilidad, deterioro funcional, malnutrición y otras complicaciones respiratorias por aspiraciones traqueobronquiales. A pesar de su importancia, la disfagia se encuentra infradiagnosticada e infratratada en el anciano, por lo que su correcta evaluación, a través de la valoración geriátrica integral, y posterior manejo es uno de los retos actuales de la geriatría con el fin último de reducir la morbimortalidad asociada en estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Carrión S, Verin E, Clavé P. et al. Complications or oropharyngeal dysphagia and aspiration pneumonia. En: Ekberg O, editor. Dysphagia diagnosis and treatment. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2012. p. 575-99.
- Clavé P, Verdaguer A, Arreola V. Oropharyngeal dysphagia in the elderly. Med Clin (Barc) 2005; 124:742-8.
- Clavé P, Rofes L, Carión S, et al. Pathophysiology, relevance and natural history of oropharyngeal dysphagia among older people. En: Cichero J, Clavé P, editors. Stepping stones to living well with dysphagia. Basel: Karger; 2012. p 57-56.
- Cabré M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallarés R, Clavé P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. AgeAgeing. 2010;39:39-45.

Van der Maarel-Wierink CD, Vanobbergen JNO, Bronkhorst EM, Schols JMGA, de Baat C. Meta-analysis of dysphagia and aspiration pneumonia in frail elders. *J Dent Res.* 2011;90:1398-404.

Van der Maarel-Wierink CD, Vanobbergen JN, Bronkhorst EM, Schols JM, de Baat C. Risk factors for aspiration pneumonia in frail older people: a systematic literature review. *J Am Med Dir Assoc.* 2011;12:344-54.

AUTORES/AUTHORS:

María Isabel Martínez Güemes

TÍTULO/TITLE:

Fragilidad en mayores de 70 años, riesgo de caída y su relación con la pluripatología y el estado nutricional en un medi

Introducción

El anciano frágil, definido como aquel que tiene una disminución de las reservas fisiológicas y un mayor riesgo de declinar, lo que lo sitúa en una situación de mayor vulnerabilidad ante perturbaciones externa y resulta en una mayor probabilidad para presentar episodios adversos de salud y pérdida de función, discapacidad o dependencia, (Martín Lesende I, 2010) se asocia a pluripatología, polimedicación, mala nutrición, caídas y movilidad restringida.

Prevenir la discapacidad actuando sobre la fragilidad es posible, dado que esta última se puede detectar y es susceptible de intervención. En las personas mayores uno de los factores más importantes de incapacidad son las fracturas por caídas.

De acuerdo con el Documento de consenso 2014 sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014), como prueba inicial debe realizarse una valoración de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). En caso de que la persona sea independiente para las ABVD, se procederá a realizar el cribado de fragilidad e, idealmente, en las personas clasificadas como frágiles debería realizarse una valoración multidimensional (Valoración Geriátrica Integral (VGI)).

En nuestro medio se desconoce la prevalencia de fragilidad en el anciano, de acuerdo con mediciones estandarizadas, así como el riesgo de caída y su relación con la pluripatología y el estado nutricional. Por ello, se propone este estudio con los siguientes objetivos.

1. Conocer la prevalencia de fragilidad en población mayor de 70 años.
2. Conocer la prevalencia de dependencia en población mayor de 70 años.
3. Conocer el riesgo de caídas en población mayor de 70 años.
4. Conocer el estado nutricional en población mayor de 70 años.
5. Analizar la relación entre la fragilidad, la pluripatología y el estado nutricional en población mayor de 70 años.

Población y métodos.

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, transversal.

Población de estudio: Personas mayores de 70 años de la Zona Básica de Salud de Sedano (Nº 8776; 130). Se realizará la captación en la consulta de enfermería, y en visita domiciliaria de septiembre 2017 a marzo 2018. Aprobado por CEIC de referencia.

Variables de estudio: Edad (años), sexo (H/M), Peso (kg), Estatura (cm), Circunferencia de la pantorrilla (cm), Capacidad funcional (Puntuación de Barthel: Igual o mayor a 90= Independiente; menor de 90= Dependiente), Fragilidad (Puntuación del Short Physical Performance Battery (SPPB): Igual o mayor a 10= No frágil; Menor de 10= Frágil), Patología crónica (Número de enfermedades crónicas : 0-1 enfermedades crónicas= No pluripatología crónica; 2 o más enfermedades crónicas= Pluripatología crónica), Riesgo de caída (Respuesta negativa a las tres preguntas de cribado =Riesgo bajo; Respuesta afirmativa a cualquiera de las tres preguntas de cribado: Alto riesgo), Estado nutricional (Puntuación del MNA-SF, preguntas de la A a la F) 12-14= Estado nutricional normal; entre 8 y 11= Riesgo de desnutrición; 0-7= Desnutrición).

Procedimientos:

Los datos demográficos (edad y sexo) así como los antropométricos (peso, estatura, IMC y circunferencia de la pantorrilla) y el número de patologías crónicas, serán obtenidos a través de la historia clínica de los pacientes o se medirán directamente en los pacientes en caso de no existir o no estar actualizados (más de un año para el peso, la estatura y la circunferencia de la pantorrilla). La capacidad funcional, la fragilidad, el riesgo de caída y el estado nutricional se medirán utilizando escalas validadas, se medirán

durante el estudio.

Tras la obtención de los datos de la historia clínica, se citará a cada paciente a la consulta programada junto con su cuidador habitual si le tiene, o se acudirá a su domicilio en caso necesario, para realizar el resto de mediciones, empezando por el Test de Barthel (Cid-Ruzafa J, 1997.); en las personas que obtengan una puntuación mayor o igual a 90 en el Test de Barthel se continuará con la batería SPPB (Cabrero-García, J. 2012) y la determinación del riesgo de caída. El MNA-SF (Rubenstein LZ, 2001, y el resto de las mediciones se realizarán a todas las personas del estudio, a través de un cuestionario, garantizando la confidencialidad de los datos a través de códigos que sólo serán conocidos por la investigadora.

Análisis estadístico previsto: será fundamentalmente descriptivo mediante distribuciones de frecuencias para las variables cualitativas y media y desviación estándar para las cuantitativas. Para analizar la relación entre variables cualitativas se utilizarán tablas cruzadas y pruebas de chi cuadrado y para la comparación de medias se utilizará la t de Student o el Análisis de Varianza (o sus respectivas pruebas no paramétricas). El nivel de significación será 0,05 y los intervalos de confianza se calcularán al 95%. Los datos se analizarán con el paquete estadístico SPSS versión 14.

Aspectos éticos:

Las actividades y mediciones que realizar en el estudio forman parte de la práctica clínica habitual. Los pacientes (o sus cuidadores habituales) serán informados del estudio (Anexo 2) y se les pedirá su consentimiento oral.

RESULTADO

51 % Varones,49% mujeres, edad media 78 años, analizados resultados cribado de la prevalencia de funcionalidad (Barthel \geq 90), el 65% son autónomos para las ABVD (32% mujeres,33% hombres), y analizados las pruebas de ejecución (SPPB) un 57% son autónomos no frágiles y el 7 % son frágiles sin discapacidad ABVD, los cuales presentan un alto riesgo de caídas (varones 50 %y mujeres 40% y bajo riesgo sólo 10% mujeres) y MNA no alterado, pero si patología de obesidad , en ambos sexos, y el 90 % presenta Pluripatologías.

Barthel $<$ 90: prevalencia de dependencia en población mayor de 70 años es de 35%, así como patología de obesidad, sin diferencia significativa en cuanto al sexo (18%).

CONCLUSIONES

El cribado de fragilidad en el adulto mayor es imprescindible en la práctica clínica ,debido a la elevada morbimortalidad, dado las posibilidades preventivas que tenemos a nuestro alcance, para evitar la alta prevalencia, debemos actuar tempranamente y actuar en aquellos cuya intervenciones de enfermería pueden cambiar y no rebasar el umbral de la discapacidad.(frágiles sin discapacidad a las ABVD)

Los profesionales de AP debemos identificar a los adultos frágiles para establecer metas , tomar decisiones e intervenir preventivamente .

Es fundamental en atención primaria realizar detección sistemática y oportunista de fragilidad, en la población con \geq 70 años, mediante cribado funcionalidad (Barthel) y las pruebas de ejecución (SPPB) (1)(2)(3)(4) es aquí donde nuestra intervención es más efectiva (abordaje multidisciplinar, con intervenciones específicas en promoción de estilos de vida y alimentación saludables, programas de ejercicio físico multicomponente, revisión del tratamiento y riesgos de accidentes) cuyo impacto a la economía es más beneficioso. (5) Existe asociación entre la comorbilidad, los riesgos de caídas, la pluripatología y la nutrición. Uno de los indicadores más importantes para detectar síndrome de fragilidad es la valoración nutricional, en nuestro caso destaca un alto porcentaje de la

nutrición inadecuada bajo el término de obesidad sarcopenica, que constituye un serio marcador de fragilidad (6). La asociación de enfermedades crónicas más prevalentes fueron cardiopatías, Diabetes, osteoporosis, y artrosis. (6)

IMPLICACIONES

Diagnosticar precozmente y tratar de forma eficaz la fragilidad, debe formar parte de la cartera de servicios de Atención Primaria elaborando programas de detección temprana en adultos mayores e incorporar medidas estratégicas para disminuir o retardar la misma, conseguiremos menores costes en sanidad, y mejorar la economía del país, así como una mejor calidad de vida de los mismos.

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Cabrero-García, J.; Muñoz-Mendoza, C.L., Cabañero-Martínez, M.J.; González-Llopis, L.; Ramos-Pichardo, J.D.; Reig-Ferrer, A. (2012). Valores de referencia de la Short Physical Performance Battery para pacientes de 70 y más años en atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 44 (9): 540-548.
2. Cid-Ruzafa J, Damian-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Publica [online]*. 1997, vol.71, n.2, pp. 127-137. ISSN 1135-5727.
3. Martín Lesende I, Gorroñoigoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Aten Primaria*.2010;42(7):388–393.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Madrid, 2014.
5. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Geront* 2001; 56A:M366-377.
6. Walston J1, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, Ershler WB, Harris T, Fried LP. Rhesearch Agenda for Frailty in Older Adults: Toward a Better Understanding of Physiology and Etiology: Summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adult. (Visitado 4 septiembre 2018).Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16776798>

AUTORES/AUTHORS:

Irene Pardo López, Óscar Álvarez López, Hilario Hernández Ovejero, Elena Chamorro Rebollo, Damián Montero Calvo

TÍTULO/TITLE:

Afrontamiento de la dependencia en personas mayores institucionalizadas

Objetivos: El presente estudio pretende describir los sentimientos de personas mayores institucionalizadas, dependientes físicamente y sin alteración cognitiva, a través de su visión sobre la dependencia y la institucionalización, ahondado en sus experiencias vitales y en las dimensiones de calidad de vida. A su vez, se busca conocer las experiencias de vida pasada de los participantes como elementos que pueden incidir en su percepción actual, así como poder describir los principales motivos a los que aluden para su entrada en una residencia e identificar las sensaciones que les produce la necesidad de ser cuidados, a pesar de conservar la capacidad cognitiva. Las experiencias personales de los mayores institucionalizados, se pretenden describir desde la perspectiva de las dimensiones de calidad de vida.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo transversal, a través de metodología cualitativa, aplicando el análisis de contenido mediante entrevistas en profundidad. A través de éstas se pretendió adentrar en la vida del otro para poder conocer sus sentimientos y emociones, así como sus experiencias o situaciones de vida más significativas y relevantes. El estudio se ha desarrollado en dos residencias de mayores localizadas en la zona norte de la Comunidad de Madrid, que disponen tanto de plazas de gestión privada como de plazas concertadas por la Comunidad de Madrid.

La muestra estuvo constituida por un grupo de 20 personas mayores institucionalizadas, seleccionadas a través de un muestreo intencional, donde se buscó a aquellos informantes clave para los objetivos del estudio que, cumpliendo con los criterios de inclusión, en base a su grado de dependencia (según Índice de Barthel) y la ausencia de deterioro cognitivo (según Mini Examen Cognoscitivo) accedieron a participar de forma voluntaria en el estudio. La aproximación a los discursos de los participantes se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, según las categorías principales planteadas: una vida antes de la institucionalización, motivos de la institucionalización, experiencias y sentimientos de vivir en una residencia y el sentido de vivir a las afueras de un pasado independiente. A su vez, para aproximarse a la calidad de vida desde la visión de una persona dependiente institucionalizada, la última categoría general se abordó a través de ocho subcategorías relacionadas con las ocho dimensiones de calidad de vida. A estas categorías se les asociaron diferentes cuestiones sobre las vivencias del pasado de los residentes, las modificaciones percibidas en cuanto al modo de vivir la institucionalización, cómo se sienten esos cambios y la necesidad de tener que contar con otra persona para poder realizar ciertas actividades que anteriormente eran capaces de desarrollar por sí mismos.

Antes de iniciar el trabajo de campo, se realizó un pilotaje con dos entrevistas para valorar la adecuación del guion al perfil de los participantes. En dicho pilotaje se comprobó que las preguntas eran comprensibles para los mayores y que no suponían ningún conflicto, por lo que se mantuvo la misma estructura para el conjunto del trabajo de campo.

Todas las entrevistas fueron transcritas literalmente para evitar la pérdida de información válida. Para la codificación de los datos, se realizó una lectura general de las transcripciones y a partir de ahí varias lecturas, destinadas a identificar discursos en cada categoría principal. Cada categoría fue identificada con un color y las subcategorías emergentes a través de números. Para clasificar la trascendencia del testimonio se aplicó una escala del uno al cinco, siendo uno la de mayor trascendencia y cinco la de menor.

En relación a las consideraciones éticas, se solicitó la oportuna autorización a la dirección de ambos centros, entregándose un documento a cada participante en el que se informaba sobre los objetivos del estudio y las condiciones de participación. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado en el que comunicaban su participación totalmente voluntaria. Se ha garantizado en todo momento la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes, asegurando que la información obtenida era ajustada y que su tratamiento se basaba en el único propósito de la investigación.

Resultados: Los participantes describen con intensidad las vivencias de su pasado independiente en contraposición a su vida actual,

en la que viven alejados de su entorno habitual. Para contextualizar su vida antes de la institucionalización, los testimonios se basan en los recuerdos, positivos y negativos, como elementos que han marcado la interpretación presente de su realidad, especialmente en algunos de los indicadores que constituyen las dimensiones de calidad de vida, como su estado socioeconómico, las relaciones sociales y familiares, o el nivel educativo, en una generación en la que el conflicto bélico marcó sus vidas. Aún así, los participantes liberan a sus familiares, fundamentalmente a sus hijos, de la responsabilidad de la institucionalización, justificando la necesidad en la imposibilidad de compaginar la atención requerida con los compromisos laborales y familiares.

La independencia y la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, así como la capacidad de decisión y el desarrollo de sus propios hábitos y estilos de vida, se ha considerado como punto de inflexión para la posterior comparación de una vida institucionalizada y con necesidad de ayuda. La mayoría de los participantes, muestran en sus testimonios una triste comparación entre lo que antes eran capaces de hacer, frente a lo que ahora no pueden o que realizan con gran dificultad. La necesidad de ser cuidados en actividades básicas, les genera sentimientos de gran frustración que contraponen a su anterior forma de vida independiente, manifestando cierto conformismo ante la imposibilidad de poder realizarlo ellos mismos. El hecho de no presentar deterioro cognitivo lleva a la consciencia de necesitar ese tipo de ayuda y a su resignación.

La dependencia es reconocida como la principal motivación para el ingreso, asumiéndolo con resignación y exculpando a sus familiares. A través de los indicadores de calidad de vida afloran sentimientos y emociones que reflejan una vida dependiente, con escasos acontecimientos que rompan la rutina. La necesidad de ayuda en actividades relacionadas con la higiene personal y la eliminación, supone el mayor impacto sobre la intimidad y bienestar psicológico.

Las normas internas y los horarios programados en la residencia causan en los participantes un gran impacto en cuanto a su adaptación. La mayoría de los mayores ven esos cambios respecto a su vida anterior como auténticas limitaciones, o como esfuerzos que han tenido o que tienen que superar para adaptarse a su realidad en la institución. A pesar de estas circunstancias, casi todos los participantes sienten la residencia como un lugar ineludible, como la única opción que pueden contemplar ante su situación actual.

El anhelo a la independencia personal causa en la mayoría de los participantes sentimientos de tristeza y recuerdos de su "otra vida". La libertad es reconocida como un aspecto vital prioritario que, en muchas ocasiones, han perdido por su nivel de dependencia y el ingreso en la residencia.

Discusión: Las principales características sociodemográficas de los participantes, evidencian la realidad social de la vejez. La mayoría de los participantes eran mujeres, caracterizándose por un nivel educativo bajo, ya que su principal tarea se había focalizado en el cuidado de la familia y las actividades del hogar, coincidiendo con varios artículos que afirman la realidad del rol desempeñado por las mujeres, además de presentar una mayor esperanza de vida, condicionando de esta manera, a la feminización de los mayores en las residencias.

En la mayoría de los discursos de los participantes predomina, como principal motivo de institucionalización, el deterioro de la salud que les imposibilita el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Este hecho, es apoyado en varios estudios que sitúan la dependencia como factor determinante de la institucionalización. La presencia del mayor en el domicilio de los hijos, al que accedieron por la necesidad de ser cuidados, se ha percibido también como factor determinante que ha supuesto un paso previo a la institucionalización. Esta situación se complejiza cuando la familia no puede realizar todos los cuidados que requiere una persona dependiente o cuando por motivos laborales y familiares les es imposible asumir esa responsabilidad. Aunque los participantes afirman su aceptación voluntaria del ingreso, éste está obligado por diferentes circunstancias, donde el detonante es la imposibilidad de autocuidado o el cuidado recibido por parte de familiares. Esta situación conlleva sentimientos de sufrimiento y culpa por haber sido un "estorbo" en el hogar familiar. A través de los discursos también se percibe una protección por parte de los mayores sobre la actitud de los hijos, describiéndola siempre como positiva y justificada, coincidiendo esta percepción y posicionamiento en un estudio sobre la calidad de vida de mayores que viven en residencias, en el que justifican a sus familiares argumentando su imposibilidad de cuidado debido a motivos laborales o familiares.

Los participantes expresan la necesidad de ayuda por parte de otros, con sentimientos de frustración por la imposibilidad de llevar a cabo el autocuidado, mientras en su pasado eran autónomos y dueños de su intimidad. En ese sentido, varios estudios coinciden en afirmar que los sentimientos de las personas mayores institucionalizadas están muy condicionados en función de sus experiencias vitales.

La situación de vida independiente que caracteriza el pasado de este grupo, condiciona la adaptación a su “nueva vida institucionalizada”, donde la mayoría de los participantes han sufrido una mala adaptación, a la vez que cierto conformismo por el sentimiento de no poder valerse por sí mismos. La difícil adaptación que han sufrido estos mayores, es debida fundamentalmente al impacto sufrido tras la imposición de diferentes normas y horarios que suponen limitaciones y sentimientos de tristeza al recordar cómo era y cómo es su vida ahora. De tal forma, según se describe en diferentes estudios, el desafío al que se enfrentan las personas mayores supone la ruptura con el mundo exterior; relaciones sociales, actividades cotidianas, horarios de baño, alimentación y actividades, entre otros, además de abandonar su vida anterior para empezar a combatir una “nueva” vida rutinaria y en ocasiones monótona, que generan sentimientos de aburrimiento y anhelo a su vida anterior.

La investigación permite identificar aspectos a implementar en el abordaje integral de las personas mayores institucionalizadas, dirigiendo los esfuerzos a reconocer la posibilidad de intervenir en las dimensiones de calidad de vida, potenciando la autonomía personal y la capacidad de decisión.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Álvarez López, Ó., Hernández Ovejero, H., Galán Cabello, C. M., & Pérez Echevarría, P. (2014). Idoneidad del baremo de valoración de la situación de dependencia para determinar el ingreso en una residencia pública de la Comunidad de Madrid. *Gerokomos*, 25(1), 23-27. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100006>
- Beltrán-Salazar, Ó. (2015, junio). Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. *Index de Enfermería*. Granada: Fundación Index. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962015000100011>
- Domínguez-Ardila, A., & García-Manrique, J. G. (2014). Valoración geriátrica integral. *Atención Familiar*, 21(1), 20-23. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30006-2)
- Eterovic Díaz, C., Mendoza Parra, S., & Sáez Carrillo, K. (2015). Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enfermería Global*, 14(2), 235-248. <https://doi.org/10.6018/eglobal.14.2.198121>
- Guevara-Peña, N. L. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *ENTRAMADO*, 12(1), 138-151. <https://doi.org/10.18041/entramado.2016v12n1.23110>
- IMSERSO. (2004). Atención a las personas en situación de dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. Recuperado a partir de http://www.uab.cat/Document/580/416/LibroBlancoDependencia_01,0.pdf
- Leiton Espinoza, Z. E. (2016). El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 139-141. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.06.002>
- Loredo, M., Gallegos, R., Xequé, A., Palomé, G., & Juárez, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
- Rojas Ocaña, M. J., Toronjo Gómez, A., Rodríguez Ponce, C., & Rodríguez Rodríguez, J. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 17(1), 6-23. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2006000100002>
- Vallejo Sánchez, J. M., & Rodríguez Palma, M. (2010). Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. *Gerokomos*, 21(4), 153-157. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2010000400003>

AUTORES/AUTHORS:

Sandra Montaña-Ramos, Gema Serrano-Gemes, Manuel Rich-Ruiz

TÍTULO/TITLE:

Residencia o casa: revisión sistemática de una decisión compartida con las personas mayores y sus familias.

Objetivos: Principal: Sintetizar la información más relevante sobre la decisión de ir a una residencia o permanecer en casa por parte de los cuidadores informales/familiares y las personas mayores. Específicos: a) Identificar cuál es la decisión final del proceso; b) Señalar quién toma la decisión: la persona mayor o sus cuidadores informales; c) Describir los motivos que suponen la institucionalización o permanencia en el hogar; d) Explorar los significados que emergen en el proceso.

Métodos:

Diseño: Revisión sistemática de la bibliografía. La estrategia de búsqueda se centró en tres conceptos principales, compuestos por diferentes términos: 1) Aged, Aging; 2) Decision Making; y 3) Independent living, Housing for the elderly, Residential Facilities, Assisted Living Facilities, Homes for the Aged, Nursing Homes, Institutionalization. Para realizar esta estrategia, se utilizaron términos Mesh (Medical Subject Headings), así como límites: artículos de los últimos cinco años (hasta la fecha de finalización de la búsqueda: 09/03/2018), e idioma (inglés y español). La estrategia de búsqueda fue adaptada a las diferentes bases de datos consultadas: Web Of Science, Medline, Scielo Citation Index, CINAHL Complete y PsycINFO.

Criterios de inclusión/ exclusión: Inclusión: 1) Artículos que trataban las experiencias, motivos y/o decisiones de la persona mayor y/o las de su familia; 2) Artículos que se centraban en el traslado de una persona mayor a una residencia/instalación para el cuidado o en el traslado o permanencia en su casa/la de sus hijos; 3) Todos aquellos artículos originales con un diseño cualitativo o mixto; 4) Artículos de los últimos cinco años (2013-2018); 5) Artículos en inglés o español. Exclusión: 1) Se excluyó de la revisión todos aquellos artículos que trataban sobre el traslado de la persona mayor a instituciones como hospitales, unidades de cuidados intensivos y emergencias; 2) Artículos que trataban la decisión sobre el lugar para morir; 3) Se excluyeron aquellos artículos que no fuesen casos reales (casos hipotéticos); 4) Artículos que trataban decisiones diferentes a la experiencia de ir a una residencia o vivir de forma independiente; 5) Artículos que trataban las experiencias de personas que no fuesen la familia o la persona mayor; 6) Artículos a los que no se tenía acceso a su resumen y/o texto completo.

Calidad Metodológica: Los artículos seleccionados se valoraron mediante CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español).

Extracción de datos: Se elaboraron tablas con el siguiente contenido: información del artículo, tipo de estudio, características de la población, objetivos y resultados principales, experiencias/motivos, quién toma la decisión final y la decisión final.

Síntesis de datos: Se realizó un desarrollo narrativo. Todo el proceso de revisión y evaluación fue realizado por dos revisores independientemente. Los revisores se reunieron para discutir los resultados y en los casos en los que hubo desacuerdo se consultó a un tercer revisor.

Resultados/discusión:

De los 214 artículos identificados en la estrategia, se seleccionaron 11, a los cuales se añadieron 3 artículos obtenidos en búsquedas exploratorias previas.

Decisión final del proceso: residencia o casa: En relación al lugar en el que la persona mayor vive como resultado de la toma de decisiones, la mayor proporción de las personas acaban en el ámbito residencial mientras que una minoría continúa viviendo en casa o conviviendo con sus familiares (corresidencia).

Quién toma la decisión: la persona mayor o sus cuidadores: En cuanto a quién toma la decisión final, en la mayoría de los casos, los cuidadores familiares son los que toman la decisión por la persona mayor, mientras que en otros casos hay participación tanto de las personas mayores como de la familia -aunque mayormente la toman los familiares. Sin embargo, la decisión es exclusiva de la persona mayor en muy pocos casos. De los artículos encontrados, se desprende que se trata de una decisión muy compleja y

transcendente. Sin embargo, la familia se encuentra sola ante ella, a pesar de que experimentar ayuda y/o apoyo en la toma de decisiones es importante para los cuidadores, ya que se trata de algo muy complejo y repleto de emociones para las personas que lo viven.

En este sentido, las familias refieren experimentar ayuda sobre todo por parte de sus familiares, amigos, vecinos. En cambio, solo dicen recibir ayuda de algunos profesionales, los trabajadores sociales. Además, cuando esta ayuda ocurre, es percibida como insuficiente e inespecífica. Pero, además, más allá de los consejos o la falta de apoyo emocional, las familias refieren, incluso, falta de información, a pesar de la importancia de esta. De hecho, la falta de información de cuidadores con respecto a posibles alternativas a la institucionalización aparece como causa de dificultades en el proceso y, en ocasiones, de decisiones no deseadas. Qué motivos condicionan una y otra opción:

Para las personas mayores la institucionalización ocurre como consecuencia de pérdidas, tanto físicas (dolor crónico, dolor, movilidad, incapacidad para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria) de apoyo (por muerte, enfermedad, divorcio o traslado del cuidador fuera de casa) como de relaciones. Sin embargo, aunque las pérdidas físicas son un motivo fundamental, lo que realmente motiva la necesidad de institucionalización para las personas mayores es el hecho de experimentar, o no, apoyo, tanto comunitario y social como de sus familias y servicios profesionales.

En este sentido, una experiencia remarcable en el mayor es la soledad. Las personas mayores, a menudo, sienten soledad en sus casas, sobre todo cuando el cónyuge ha muerto, tienen dificultades para salir de su casa o sus hijos no los visitan a menudo, o si lo hacen, lo hacen para el cumplimiento de una obligación y no para una transmisión de afectos, de tal forma que la opción de la institucionalización se abre como única posibilidad de socialización. Esto hace que la persona busque encontrar en la residencia una nueva forma de establecer relaciones sociales entre iguales, para no sentirse tan solo y aislado. Esta visión de la residencia como un lugar en el que la persona pueda socializar con otras personas también es esgrimida por los cuidadores.

Por otro lado, para los mayores el dejar su casa se interioriza como un abandono a sus posesiones, a su medio cercano e inmediato, en el que se sitúan vecinos, conocidos, paisaje.

Para los familiares, el motivo más común que conlleva a la institucionalización es la sobrecarga y/o estrés que presentan los cuidadores como consecuencia del cuidado a su familiar. Mientras que el segundo motivo argumentado por los cuidadores es el empeoramiento de la salud de la persona mayor.

Entre los argumentos que hacen que las familias opten por la casa está, en primer lugar, sentir que sus mayores aún tienen capacidad e independencia para desenvolverse adecuadamente. En estos casos optar por la institucionalización les parece que es como arrebatarles parte de su vida cuando aún no ha llegado el momento.

Otro argumento importante para la permanencia en casa es la imposibilidad de institucionalizar a ambos padres en el mismo lugar. Además, como un problema, más que como un argumento para permanecer en casa, cabe referir que la institucionalización supone un coste económico, en ocasiones inabordable para la persona mayor y/o sus familias.

Por último, es necesario señalar los conflictos familiares como un condicionante de resultado imprevisible. La decisión por residencia o casa es origen de no pocos conflictos familiares internos. Frecuentemente, no todos los miembros opinan de la misma forma, y se encuentran con una situación de angustia a la que tienen que dar respuesta. El resultado es que, muchas veces, se opta por la institucionalización para evitar tensiones familiares. No obstante, también puede ocurrir que ante opiniones diferentes, se continúe cuidando en casa –a pesar de la sobrecarga del cuidado– para agradar al grupo, aunque no sea la mayoría, ni siquiera el cuidador habitual, los que prefieren esta opción.

Cómo viven la toma la decisión la persona mayor y sus cuidadores:

Para la persona mayor, separarse de su casa y de sus posesiones es cómo desconectar de su identidad personal y de su experiencia vital. No obstante, la toma de decisiones sobre permanecer en casa o trasladarse a una residencia es muy diferente cuando los mayores deciden por ellos mismos y cuando es otra persona la que realmente toma la decisión por ellos.

Cuando son ellos mismos los que voluntariamente deciden qué hacer, experimentan autonomía y dignidad como personas

independientes.

Cuando el proceso ocurre de esta forma, la persona mayor tiene tiempo para hacerse a la idea de la situación, ya que ha tenido que detenerse a analizar los motivos que la han llevado hasta este punto, lo cual les lleva a pensar que dentro de sus circunstancias es lo mejor que puede ocurrir o, simplemente, siente que no hay otra opción posible.

En muchas ocasiones, la persona mayor es tan empática, que elige este final para evitar conflictos familiares o disminuir la sobrecarga de su familiar. La persona mayor lo pasa mal, sufre, cuando sus hijos se enfrentan para tomar una decisión. Del mismo modo que sufre por los familiares que los cuidan, viven día a día el estado de ánimo de su cuidador y ven cómo se deteriora su calidad de vida, percibe como estas tareas se convierten en una carga, sienten que están restando vida a su familiar, por tanto llegan a la conclusión que esta decisión supondrá un alivio para ellos, a pesar de que no sea lo que ellos prefieren.

No obstante, estas situaciones de libertad comprometida por sus propios pensamientos (valores) son difíciles de diferenciar de aquellas otras en las que la persona se siente presionada y no se atreve a contradecir a los familiares, haciendo cuestionar la "libertad" de esta.

Por el contrario, cuando esta decisión no es voluntaria, la persona mayor experimenta pérdida de su autonomía, dignidad e incluso de su privacidad.

Teniendo en cuenta que la decisión es vivida como institucionalización sí o institucionalización no, esta decisión supone, para el cuidador informal, un proceso no más fácil. Muchos sienten que traicionan, que defraudan, las expectativas de sus mayores cuando toman esta decisión.

Pero además, frecuentemente es vivido como un fracaso de la coresidencia, porque ya no se ven capaces de seguir cuidando de sus mayores en casa por los múltiples conflictos o la propia sobrecarga y estrés que experimentan. En ciertas ocasiones, llegan a sentir que han sustituido sus roles familiares por una relación de tipo paciente-cuidador.

No obstante, el cuidado no siempre lleva a sobrecarga. Para algunos familiares poder cuidar de la persona que quieren les hace sentir el placer de disfrutar de la persona mayor en sus casas. Para algunos cuidadores pensar que la persona acabase en una residencia les supone, incluso, más estrés que seguir cuidándoles.

Por otro lado, parece que cuando la decisión se toma tras un largo periodo de atención familiar, es decir, cuando existe una experiencia relativamente dilatada de cuidados a la persona mayor; algunos cuidadores se sienten más preparados para dar este complicado paso.

Implicaciones para la práctica: En vista de nuestros resultados, es esencial que los profesionales de la salud, especialmente la enfermería, intervengan en este tipo de decisiones, ayudando a las personas mayores y familiares a no tomar decisiones precipitadas o no compartidas.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cano Arana A, González Gil T, Cabello López JB. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuadern III. p3-8
- Laditka SB. "It can't happen soon enough." The role of readiness in residential moves by older parents. *Gerontologist*. 2017; 57(1):6-11
- Koplow SM, Gallo AM, Knafl KA, Vincent C, Paun O, Gruss V. Family Caregivers Define and Manage the Nursing Home Placement Process. *J Fam Nurs*. 2015; 21(3):469-93
- Johnson RA, Bibbo J. Relocation decisions and constructing the meaning of home: a phenomenological study of the transition into a nursing home. *J Aging Stud*. 2014; 30:56-63
- Perry TE. Seasonal variation and homes: understanding the social experiences of older adults. *Care Manag J*. 2014; 15(1):3-10
- Krull A. Health care professionals, friends, family and God: Interactions contributing to Caregivers' Long-term Care Decisions. *Sociol Spect*. 2013; 33(4):329-340

- Caldwell L,Low L-F,Brodsky H.Caregivers' experience of the decision-making process for placing a person with dementia into a nursing home:comparing caregivers from Chinese ethnic minority with those from English-speaking backgrounds.Int Psychogeriatr.2014;26(3):413-24
- Walker H,Paliadelis P.Older peoples' experiences of living in a residential aged care facility in Australia.Australas J Ageing.2016;35(3):E6-10
- Walker E,McNamara B.Relocating to retirement living:An occupational perspective on successful transitions. Aust Occup Ther J.2013;60(6):445-53
- Legaré F,Stacey D,Brière N,Robitaille H,Lord M,Desroches S,Drolet R.An interprofesional aproach to shared decision making:an exploratory case study with family caregivers of one IP home care team.BMC Geriatr.2014;14(1):83
- Heppenstall CP,Keeling S,Hanger HC,Wilkinson TJ.Perceived factors which shape decision-making around the time of residential care admission in older adults:a qualitative study.Australas J Ageing.2014;33(1):9-13
- Nord C.Free choice in residential care for older people-A philosophical reflection.J Aging Stud.2016;37:59-68
- Chen L.Power and ambivalence in intergenerational communication:Deciding to institutionalize in Shanghai.J Aging Stud.2017;41:44-51
- Chen L.Decisions for institutionalization among nursing home residents and their children in Shanghai.Qual Health Res.2015;25(4):458-69
- Yeboah C,Bowers B,Rolls C.Culturally and linguistically diverse older adults relocating to residential aged care.Contemp Nurse.2013;44(1):50-61

Mesa de Comunicaciones 12: Cuidados a Pacientes Crónicos

Concurrent Session 12: Chronic Care

AUTORES/AUTHORS:

João DUARTE, Daniel Silva, Manuela Ferreira, Ernestina Batoca, Luis Boto, Amadeu Gonçalves, Lídia Cabral, Conceição Martins, Claudia Chaves

TÍTULO/TITLE:

Motivación para la adhesión a la terapéutica del portador de diabetes tipo 2

La motivación es un factor de predisposición para una adhesión eficaz al tratamiento de un paciente con enfermedad crónica dentro de las características psico-comportamentales del propio individuo, La demanda de motivación de forma positiva es cada vez más presente en el cotidiano de la familia del terapeuta y del usuario .

En la diabetes, comprender las motivaciones del portador de la enfermedad para el tratamiento, es señalada como una de las condiciones que influyen la adhesión a las condicionantes de la diabetes mellitus tipo 2.

Objetivo: Identificar variables sociodemográficas y clínicas que influyen la motivación para la adhesión a la terapéutica del portador de diabetes tipo 2

Es un estudio del tipo transversal, descriptivo-correlacional, realizado en una muestra de 181 participantes, en su mayoría del sexo masculino (56.91%) con una edad promedio de 72.65 años (\pm 11.59 años). Se constató que el mayor número de encuestados posee el primer ciclo de escolaridad (41,40%), 76.0% son reformados y 55.6% vive con compañero. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario "ad hoc" de caracterización sociodemográfico y clínico y la escala de motivación para el tratamiento (Treatment Self-regulation Questionnaire) adaptada para el portugués por Apóstolo, et al (2007). Consta de 19 artículos clasificados en cuatro puntos que varían de nada importante (1) a muy importante (4). Evalúan la motivación intrínseca (13 artículos) y la motivación extrínseca (6 artículos). Para la muestra en estudio se efectuó análisis factorial confirmatorio que reveló una estructura factorial de 11 ítems para la motivación intrínseca y 5 ítems para la motivación extrínseca. Los índices de bondad de ajuste global son muy buenos para el CFI (0.968); RMSEA (0.060); RMR (0.053); SRMR (0.060) y χ^2/df (1.648) y satisfactorio para el GFI (0.886). La fiabilidad compuesta e la validez convergente tanto por la motivación intrínseca es muy buena.

Se constata que los participantes en el estudio se encuentran motivados al presentar valores porcentuales por la motivación intrínseca (promedia 56.37%) e motivación extrínseca (promedia = 50.09%). Se verificó que 26.5% de los participantes se encuentran poco motivados, 44,8% motivado y el 28.7% muy motivados. El género no influye la motivación para la adhesión a la terapia ($\chi^2 = 1.845$, $p = 0.397$), lo que no ocurre por la edad ($\chi^2 = 9.107$; $p = 0.011$). Por el estado civil se encontró significancia marginal ($\chi^2 = 5.774$; $p = 0.056$). También se registran significativas estadísticas con respecto al IMC ($\chi^2 = 18.184$, $p = 0.006$), la práctica de ejercicio físico ($\chi^2 = 27.831$), $p = 0.00$; y la existencia de problemas de salud ($\chi^2 = 13.574$, $p = 0.009$), pero no se observa en el perímetro de la cintura abdominal ($\chi^2 = 5.731$, $p = 0.220$),

Las evidencias indican que el grado de motivación para la adhesión a la terapéutica es influenciado por varios factores motivacionales, tanto del ámbito sociodemográfico como clínico. Estos resultados refuerzan la necesidad de continuar estudiando estrategias que abarquen la participación del diabético y personas significativas para que se puedan obtener ganancias en salud

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

American Diabetes Association. (2014). Diabetes Care - Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes A position statement of the American Diabetes Association. Acedido em: 14, Maio, 2014, em: http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement_1/S61.full

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. (2016). Valores de referência. Acedido em: 7, Maio, 2016, em: <http://www.apdp.pt/a-diabetes/a-pessoa-com-diabetes/valores-de-referencia>

Correia, L. G., Boavida J. M., Almeida, J. P. F. de, Cardoso, S. M., Dores, J., Duarte, J. S., Duarte, R., Ferreira, H., Medina, J. L., Nunes, J. S., Pereira, M. & Raposo, J. (2013). Diabetes: Factos e Números 2013. Lisboa. Letra Solúvel. Sociedade Portuguesa de Diabetologia

Escandón-Nagel, N., Azócar B., Pérez, C. y Matus, V. (2015). Adherencia al Tratamiento en Diabetes Tipo 2: Su relación con Calidad de Vida y Depresión. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 125-138.

Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde. Bragança. Portugal
International Diabetes Federation.(2014).Types of diabetes. Acedido em: 26, Abril, 2014, em:<http://www.idf.org/types-diabetes>

Marcos, A. (2014). Adesão Terapêutica nos Idosos do Concelho de Macedo de Cavaleiros.

Neves, M. (2014). Adesão ao regime terapêutico em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2: importância dos conhecimentos e da motivação. Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Santos, H., Nascimento, F., Freitas, C., Cunha, A., Vancea, D. (2012). Motivação do diabético tipo 2 para o tratamento não farmacológico. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. Dezembro, 17: 485 -494.

Tadin, A., Rodrigues, J., Dalsoquio, P., Guabiraba, Z., Miranda, I. (2005). Conceito de Motivação na teoria das relações Humanas. *Revista de ciências empresariais*, 2: 40-47

Walker, R.J., Gebregziabher, M., Martin-Harris, B. y Egede, L.E. (2015). Understanding the influence of psychological and socioeconomic factors on diabetes self-care using structured equation modeling. *Patient Education and Counseling*, 98(1), 34-40. doi:10.1016/j.pec.2014.10.002.

World Health Organization. (2014). Health topics - Diabetes. Acedido em: 26, Abril, 2014, em: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/en/

AUTORES/AUTHORS:

Jorge Couto Catoira, Raquel Coteló Vázquez, Carlos Seoane Suárez, Rosana López Baliño, Paula Andión Rey, Covadonga Fernández Caso, Susana De Santiago Fernández, Antonio Angel Regueiro Martínez, Santiago Pérez Cachafeiro

TÍTULO/TITLE:

Proyecto SADAS. Sistema experto de apoyo a la decisión clínica: EPOC e Insuficiencia cardíaca en enfermería

Los Sistemas de Soporte de Decisiones Clínicas (SSDC) pueden definirse como aplicaciones de software que integran los datos del paciente con una base de conocimientos y un mecanismo de inferencia generando una respuesta para apoyar activamente a los profesionales en la toma de decisiones clínicas, en forma de recomendaciones para el autocuidado, evaluaciones, alertas, recordatorios, etc. Diversas revisiones sistemáticas realizadas como las efectuadas por Brighth, Garg y Chaudhry demuestran que estos sistemas son beneficiosos en más del 70% de los casos.

Objetivos

El proyecto SADAS se creó pensando en un sistema de apoyo telemático que pudiese permitirse:

- Demostrar la utilidad de una nueva app que se diseñó en base a guías de práctica clínica (GPC), para el manejo de pacientes con EPOC y/o Insuficiencia cardíaca, siendo este el objetivo principal.
- Realizar ajustes de medicación prescrita previamente en pacientes con EPOC y/o insuficiencia cardíaca de manera similar a una consulta médica
- Evitar retrasos en los ajustes de dosis en reagudizaciones, atenciones urgentes y/o reingresos
- Aumentar de manera exponencial la autonomía de los profesionales de enfermería especialista en EFyC.

Métodos

Dentro de la práctica asistencial habitual, en las consultas programadas o bien en las visitas domiciliarias de enfermería, el profesional detecta situaciones que requieren ajuste de medicación en pacientes con EPOC y/o IC. En estos casos se notifica al facultativo para que acuda a ver al paciente o realice ajustes en función de lo que se le indica por parte de la enfermería.

Se realiza un estudio descriptivo transversal en el que no existe intervención más allá de la asistencial prescrita por el MAP sin conocimiento de los resultados del algoritmo de la aplicación.

En nuestro estudio, el personal de enfermería participante introdujo los datos en un sistema automatizado realizando el control conforme a GPC, a la vez que actuaron conforme a la práctica asistencial habitual. Posteriormente se comparó la actuación de los facultativos con las recomendaciones del sistema automatizado (sin que éstas afectaran en ningún momento a la práctica asistencial).

Ni el profesional de enfermería ni el facultativo conocieron las recomendaciones del sistema, solo se compararon a posteriori, en base a los datos del control/visita domiciliaria, si las recomendaciones proporcionadas por la App se ajustan a la práctica asistencial. Igualmente se recogieron el número de atenciones en urgencias y/o ingresos de los pacientes en las semanas siguientes a dicha atención.

A su vez, los datos anonimizados de los pacientes fueron presentados a los facultativos especialista de área (FEAs) de la especialidad correspondiente para que elaborasen una recomendación en base a su conocimiento y experiencia.

La población diana fueron pacientes mayores de edad con capacidad para consentir sin necesidad de tutor legal ni consentimiento por testigos, adscritos a los centros de Atención Primaria de la EOXI de Pontevedra e O Salnés participantes en el estudio. Solo fueron incluidos aquellos con capacidad y comprensión para otorgar el consentimiento de manera directa.

Se estimó un tamaño muestral de 55 pacientes y se recogieron las variables clínicas que se estimaron pertinentes en base a las GPC.

Al tratarse de un estudio No-EPA conforme a Orden SAS3470/2009, no requirió autorización/clasificación por parte de la AEMPS. Se respetaron el Convenio de Oviedo y la Declaración de Helsinki. El estudio se hizo conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes tras exponerles la información pertinente del estudio conforme a los estándares de Buena Práctica, previo dictamen favorable del Comité de Ética.

Resultados

Se presentaron los resultados de manera descriptiva (proporciones y medias, con intervalos de confianza al 95%) y se analizaron los índices kappa de concordancia entre sistema y facultativos hospitalarios (FEA), sistema y médico de Atención Primaria (MAP, y MAP vs FEA).

En el estudio se incluyeron 55 sujetos, con una edad media de 79 años (mediana 81, rango IC: 75-85), de los cuales se recogieron sus características basales. De estos, 30 presentaban diagnóstico de EPOC, 14 Insuficiencia cardíaca y 7 ambos diagnósticos.

En los pacientes EPOC, por práctica asistencial, se derivaron 8 pacientes al MAP (21,62%) para ajuste de medicación, mientras que la App hubiera solicitado reevaluación (derivación) médica de 31 pacientes (83,78%) por no estar su situación clínica ajustada a guías. 5 de los sujetos que enfermería no remitió a facultativo acabaron en urgencias, mientras que ninguno de los no derivados por la App lo hicieron. Otros 4 pacientes no derivados por enfermería requirieron visita posterior por un MAP/PAC, mientras que ninguno así clasificados por la App lo necesitaron.

La concordancia entre enfermera y App para EPOC fue de 0.0941 (índice Kappa); la concordancia entre la App y un facultativo fue de 0.8. Esto significa que la App se aproxima bastante (buena concordancia) a lo que haría un médico con los mismos datos.

La concordancia entre el MAP y la App es de 0.0952, lo cual significa mal indicador de concordancia, por lo que la App podría incluso servir de apoyo al MAP para el manejo de estos pacientes conforme a guías.

En los pacientes con Insuficiencia Cardíaca, por práctica asistencial, se derivaron 5 pacientes al MAP (23,81%) para ajuste de medicación, mientras que la App hubiera solicitado reevaluación médica de 9 pacientes (42,86%) y hubiera ajustado medicación de otros 6 (28,57%), conforme a lo recomendado en las guías. 3 de los sujetos que enfermería no remitió a facultativo acabaron en urgencias, mientras que 2 de los sin intervención por la App lo hicieron. Otros 3 pacientes no derivados por enfermería requirieron visita posterior por un MAP/PAC, mientras que 1 de los no derivados por la App lo necesitaron.

La concordancia entre enfermera y App para IC fue de 0.0500 (índice Kappa); la concordancia entre la App y un facultativo fue de 0.4039. Esto significa que la App se aproxima más a lo que haría un médico con los mismos datos, si bien no se puede considerar una buena aproximación.

La concordancia entre el MAP y la App es de 0.0159, lo cual significa mal indicador de concordancia, por lo que la App podría incluso servir de apoyo al MAP para el manejo de estos pacientes conforme a guías.

Discusión

El resultado de este proyecto piloto es muy satisfactorio desde un punto de vista clínico, especialmente en el caso de pacientes EPOC, donde los algoritmos de manejo están más homogeneizados. El estudio permitió detectar que hay más del 80% de pacientes EPOC fuera de GPC por lo que la simple corrección de este hecho supone una mejora asistencial y una reducción notable de

consultas de seguimiento y urgencias.

En un escenario similar al del estudio, con la aplicación real del sistema de apoyo, se podrían haber evitado hasta 9 atenciones urgentes (5 urgencias de hospital, y 4 de primaria). Teniendo en cuenta que una consulta de urgencias de Atención Primaria con enfermería cuesta 268,34 € y una de hospital 361,59 € (DECRETO 56/2014, do 30 de abril; DOG 96 de 21 de maio de 2014), estaríamos hablando de un ahorro de 2.881,31 € en 55 pacientes en un período de 3 meses, más los costes hospitalarios si alguno llegara a ingresar, que multiplicarían exponencialmente el gasto (528,95€/día).

En el caso de los pacienes con IC, si bien están más ajustados a guías, su mayor complejidad no permite decir que el uso de la App tuviera un impacto relevante en la disminución de consultas y/o calidad de vida de los sujetos.

Es preciso destacar que el sistema de apoyo a las decisiones requiere una actualización periódica según vayan cambiando las GPC y mejorar su adecuación en el caso de la Insuficiencia Cardíaca.

Conflicto de Intereses:

Esta investigación está promovida por SIVSA, GRADIANT y la Fundación Biomédica Galicia Sur, con Fondos FEDER a través de la convocatoria retos – colaboración 2016. Los investigadores serán remunerados en función de su tiempo de trabajo por las actividades de captación y seguimiento de los pacientes. Los pacientes no serán retribuidos por su participación. Es posible que de los resultados del estudio se deriven productos comerciales o patentes. En cuyo caso, los pacientes tampoco participarán de los beneficios económicos originados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ezekowitc et al. Comprehensive Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Heart Failure. Canadian Journal of Cardiology 2017. Vol 33: 1342 – 1433
- Ponikowski et al. Guía ESC sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguada y crónica. Rev Esp Cardiol. 2016;69: 1167-1185
- Grupo de trabajo GesEPOC. Guia de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) – Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2017. Vol 53 (Supl 1): 1
- Brighth et al. Efecto of Clinical Decision – Support systems. A Systemic review. Ann Intern Med 2012; 157: 29 – 43
- Garg et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes. JAMA. 2005.
- Chaudhry B. et al. Systematic review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and cost of medical care. Ann Intern Med. 2009; 144 (10): 7

AUTORES/AUTHORS:

María Felicidad Diéguez Rodríguez, María Fe Ruiz García, Nuria Cascales Madrona, Elisa Belén Cortés Zamora, Ana Isabel Briones García, Rodrigo Sanz Salazar, Laura Palazón Valcárcel, Almudena Avendaño Céspedes, Benedicta Sánchez González

TÍTULO/TITLE:

Estudio de cohortes en pacientes institucionalizados: Discapacidad incidente y sarcopenia.

INTRODUCCIÓN: El European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) establece que la Sarcopenia es un síndrome que se caracteriza por una pérdida gradual y generalizada de la masa muscular esquelética y la fuerza con riesgo de presentar resultados adversos tales como la discapacidad física, la calidad de vida deficiente y la mortalidad.

Es conocido que la población anciana, y en concreto la que presenta discapacidad y dependencia asociada, es la que consume mayoritariamente los recursos sanitarios y sociales. Por ello, cualquier medida destinada a reducir la discapacidad y la dependencia, conllevará una disminución en el gasto sociosanitario y social, además de garantizar una mayor calidad de vida a los mayores y a sus cuidadores.

OBJETIVO: analizar la relación entre sarcopenia y discapacidad incidente para realizar ABVD en mayores de 65 años institucionalizados en Albacete a los 3 años de seguimiento.

MÉTODOS: Estudio de cohortes longitudinal con seguimiento durante tres años en 100 sujetos mayores de 65 años en dos centros sociosanitarios de Albacete con datos válidos de bioimpedanciometría y Barthel. Se analizó la asociación entre sarcopenia mediante criterios FNIH (masa musculoesquelética apendicular/IMC < 0,789 en hombres y < 0,512 en mujeres) y discapacidad incidente para realizar alguna actividad básica de la vida diaria (baño, aseo, vestido, retrete, y comida) mediante regresión logística ajustado por edad, género, comorbilidad medida mediante el índice de Charlson y estado cognitivo medido con el MMSE.

RESULTADOS: Edad media 82,9 (DE 6,7), 34 mujeres. Barthel basal 82 (DE 17) y a los 3 años 71 (DE 28). IMC 28,6 (DE 5,2). Charlson 1,0 (DE 1,1). MMSE 21,3 (4,6). Masa musculoesquelética apendicular 18,3 kg (DE 4,2), masa musculoesquelética apendicular/IMC 0,647 (DE 0,130). Prevalencia de sarcopenia con criterios FNIH 34%. 42 participantes perdieron alguna ABVD durante el seguimiento (42%). Las mujeres presentaron mayor porcentaje de sarcopenia que los hombres (58,8% y 21,2%; $p < 0,001$). La sarcopenia se asoció con mayor puntuación en el índice de Charlson (1,4 frente a 0,9. Diferencia de medias 0,5, IC95% 0,1 a 1. $P < 0,05$) y con mayor IMC (30,2 frente a 27,7. Diferencia de medias 2,5. IC95% 0,3 a 4,5. $p < 0,05$). No se apreciaron diferencias en el MMSE ni en la edad. El 55,9% de los residentes con sarcopenia perdieron alguna ABVD durante el seguimiento frente al 34,8% de los que no eran sarcopénicos ($p < 0,05$). Mediante regresión logística, los residentes con sarcopenia tuvieron un riesgo 2,9 veces mayor de perder ABVD (IC95% 1,0 a 8,5; $p < 0,05$).

DISCUSIÓN: La expectativa de vida activa es primordial para una buena calidad de vida, sobre todo en los ancianos. Esta premisa conlleva a que uno de los objetivos principales de la práctica clínica debe ser retrasar o evitar la discapacidad en las personas mayores. Por tanto, el enfoque integral del anciano institucionalizado debe incluir la valoración en cuanto a la pérdida de autonomía para las ABVD se refiere, considerando al personal de enfermería el más idóneo para ello tanto por su formación, como por estar en contacto continuo y directo con los ancianos que allí residen.

CONCLUSIÓN: la sarcopenia se asocia de manera independiente a la pérdida de actividades básicas de la vida diaria a los tres años en ancianos que se encuentran institucionalizados en centros sociosanitarios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. European Working Group on Sarcopenia in Older

- People. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 2010;39:412-23.
- Cruz-Jentoft A, Landi F, Topinkova E, Michel JP. Understanding sarcopenia as a geriatric syndrome. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2010;13:1-7.
 - Guillén F, Ribera JM. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: Edimsa, 2000.
 - Baumgartner RN, Koehler KM, Gallagher D, Romero L, Heymsfield SB, Ross RR, et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *Am J Epidemiol*. 1998;147:755-63.
 - Pagotto V, Silveira EA. Methods, diagnostic criteria, cutoff points, and prevalence of sarcopenia among older people. *Scientific World Journal*. 2014. doi:10.1155/2014/231312.
 - Calderón V, Abellán van Kan G. Sarcopenia en el anciano. En: Abizanda P, editor. *Tratado de Medicina Geriátrica*. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015. 392-8.
 - Studenski SA, Peters KW, Alley DE et al. The FNIH Sarcopenia Project: Rationale, Study Description, Conference Recommendations, and Final Estimates. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2014;69:547-58.
 - Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55:780-91.
 - Janssen I, Heymsfield SB, Ross R. Low relative skeletal muscle mass (sarcopenia) in older persons is associated with functional impairment and physical disability. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:889-96.
 - Von Haehling S, Morley JE, Anker SD. An overview of sarcopenia: Facts and numbers on prevalence and clinical impact. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2010;1:129-33.
 - Baztán JJ, Rangel O, Gómez J. Deterioro funcional, discapacidad y dependencia en el anciano. En: Abizanda P, editor. *Tratado de Medicina Geriátrica*. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p.372-82.
 - Baztán JJ, González M, Morales C, Vázquez E, Morón N, Forcano S, et al. Variables associated with functional recovery and post-discharge institutionalization of elderly cared in an average stay geriatric unit. *Rev Clin Esp*. 2004;204:574-82.

AUTORES/AUTHORS:

Laura Parra-Anguita, Margarita Pérez-Cruz, Julia Márquez-Constán, Sara Moreno-Cámara, Inmaculada Sánchez-García, Pedro L Pancorbo-Hidalgo

TÍTULO/TITLE:

¿Qué saben los estudiantes de Enfermería sobre los cuidados de la enfermedad de Alzheimer?

La forma más común de demencia en todo el mundo es la enfermedad de Alzheimer (EA) (50-70% de los casos)¹. En España hay aproximadamente 600.000 personas que padecen demencia y alrededor de 400.000 que padecen la enfermedad de Alzheimer². La calidad de la atención para las personas con demencia debe basarse en las recomendaciones de las guías de práctica clínica. El conocimiento actualizado de estas recomendaciones y su contexto es un tema importante para la práctica de la enfermería. Para poder evaluar o medir ese nivel de conocimientos, se han desarrollado diferentes instrumentos de medida, como son los cuestionarios y escalas. Dirigidos a distintas poblaciones como son los profesionales, estudiantes, población en general, cuidadores, etc.

Estos instrumentos de medida del conocimiento son claves para identificar las áreas de información errónea y el nivel de conocimiento que sobre la demencia tienen los estudiantes³. Identificar la falta de conocimiento o la información errónea es el primer paso para poder orientar los programas educativos/formativos y las intervenciones de mejora que se deben realizar para mejorar la atención de los pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Objetivos

o Determinar el grado de conocimiento que los estudiantes del Grado de Enfermería de la Universidad de Jaén tienen sobre los cuidados a personas con enfermedad de Alzheimer (EA) y otras demencias.

o Analizar los factores sociodemográficos y formativos que influyen sobre ese nivel de conocimiento.

Métodos

Estudio transversal descriptivo y analítico. Se realizó en los cursos de 2º, 3º y 4º del Grado de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén. La muestra estuvo formada por 297 estudiantes.

Instrumentos:

- Cuestionario de variables sociodemográficas y aspectos formativos

- La escala UJA Alzheimer-Care de conocimiento sobre cuidados a personas con Alzheimer y otras demencias, con rango de puntuación 0 a 23. Esta escala ha sido previamente validada y posee buenas propiedades psicométricas.

Se realizó análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la muestra de los/as estudiantes que han participado en el estudio.

Análisis descriptivo de puntuaciones de conocimiento y desconocimiento (respuesta No sé), de los ítems mejor y peor conocidos.

Análisis bivariante y multivariante con regresión lineal. Según factores como el curso académico, la experiencia previa en el cuidado o la posesión de un familiar cercano enfermo, entre otros.

Resultados**Descriptivo características del personal de Enfermería**

Se obtuvieron un total de 297 cuestionarios completados (tasa de respuesta 67.34%). La media de edad de la muestra fue de 21.82 años. El 79.8% fueron mujeres. El 23.6% tenía un familiar directo con EA o demencia y el 33% un familiar lejano. El 42.4% ha participado durante las prácticas en el cuidado de un paciente con EA o demencia. El 77.8% considera que no ha recibido formación sobre EA y la demencia o ha recibido un nivel escaso de formación.

Nivel de conocimiento

La puntuación directa de aciertos y el índice de conocimiento de los/as estudiantes es de 15.37 (66.84%). La puntuación directa de

fallos y el porcentaje de errores es de 2.61 (11.35%) y la puntuación directa de desconocimiento y el porcentaje de respuestas NO sé es de 4.97 (21.58%).

Se identificaron las temáticas con mayor conocimiento, desconocimiento y conocimiento erróneo. Así, el ítem con más índice de aciertos es el ítem 14 que trata sobre la información al cuidador, y que además presenta los índices más bajos de fallos y desconocimiento. El ítem que mayor índice de desconocimiento y la vez menor índice de aciertos presenta es el ítem 23 que pregunta sobre la utilización de la sonda nasogástrica. Y, por último, los ítems que más han fallado han sido el 23 y el 15 que trata sobre la incontinencia urinaria.

Los ítems que tratan sobre la información al cuidador, registro de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias, representante del paciente, los cuidados paliativos y atención integral al cuidador son los temas mejor conocidos por los estudiantes. Los temas que mayor nivel de desconocimiento presentaron fueron la utilización de sonda nasogástrica, incontinencia urinaria, situación de últimos días, disfagia y sobrecarga del cuidador.

Los temas que más han fallado son los que tratan sobre la información de la muerte cercana (situación últimos días), el aislamiento social y maltrato, utilización de sonda nasogástrica, incontinencia urinaria y maltrato.

Factores que influyen en el Índice de conocimientos

En el análisis bivalente las variables demográficas y formativas que han mostrado asociación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento fueron; el curso académico, tener experiencia previa en el cuidado de pacientes con EA, haber cuidado a un paciente con EA durante las prácticas clínicas y el nivel de formación en EA percibida por los estudiantes.

El análisis multivariante se realizó mediante regresión lineal para controlar el efecto de posibles variables confundentes sobre las asociaciones encontradas en el análisis bivalente. La variable dependiente fue el Índice de conocimiento y las variables independientes el resto de variables sobre la experiencia y formación. Se usó un modelo de regresión por pasos. Se comprobó la linealidad, independencia de los residuos (mediante estadístico de Durbin-Watson), homocedasticidad, normalidad de los residuos y no-colinealidad. La bondad de ajuste se estimó mediante el R2. Tras el análisis quedan dos variables con asociación estadísticamente significativa y que influyen en el nivel de conocimiento: el curso académico que cursaban y el nivel de formación percibida por los/as estudiantes. La primera con un efecto moderado y la segunda con efecto débil. No manteniéndose esa asociación con este tipo de análisis para las otras dos variables que si aparecían en el análisis bivalente.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que los estudiantes del Grado de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén tienen un nivel de conocimientos sobre cuidados de la EA moderado (en torno a 66%). Nuestros resultados coinciden con los de otros estudios como el de los estudiantes de Enfermería del Norte de Texas y los de Malta que presentan un nivel aceptable y adecuado 4,5.

El nivel de conocimiento en estudiantes es más bajo que entre profesionales de enfermería, tanto enfermeras tituladas como auxiliares. Por un lado, esto es esperable, pero por otro puede reflejar cierto déficit en la formación (sobre todo en estudiantes de último año).

El nivel de conocimientos de los estudiantes es menor en los alumnos de 2º curso respecto a los de 3º y 4º, sin que haya diferencias significativas en estos dos últimos años.

En la bibliografía nos encontramos con un estudio donde los estudiantes de Enfermería verbalizan solicitar más formación sobre la EA antes de ir a realizar las prácticas. Manifiestan que la falta de formación plantea dificultades en el cuidado y puede tener mucha trascendencia en las familias. Aunque el 37% refiere sentirse bien informado⁴. La mayoría de nuestros estudiantes (incluidos los de 4º) consideran que su formación es escasa. Aunque se ve una clara evolución en el nivel de formación que ellos perciben que tienen, consideran tener ninguna formación la mayoría de los alumnos de segundo, en 3º aumenta el nivel escaso y en 4º aumenta el nivel medio-alto.

El nivel más alto de desconocimiento de los estudiantes se ha centrado en aspectos como utilización de sonda nasogástrica,

incontinencia urinaria, situación de últimos días, disfgia y sobrecarga del cuidador. La posibilidad de determinar qué áreas son las menos conocidas por los estudiantes tiene posibles implicaciones sobre la docencia. Pudiendo adaptar los contenidos a los déficits formativos detectados. Los planes de estudios deben crearse teniendo en cuenta tanto las recomendaciones de contenidos sobre demencias que existen y están actualizados, como la información sobre los déficits formativos detectados.

Los estudiantes presentan un nivel alto de desconocimiento reconocido, mayor que los profesionales, en aspectos sobre el final de la vida y la disfgia coincidiendo con otros estudios sobre estudiantes⁶.

Implicaciones para la práctica

Hasta que no haya una cura la EA lo que se tiene que hacer es formar a los cuidadores formales (profesionales) de manera adecuada. Existe poca información sobre los conocimientos y las actitudes de los estudiantes de enfermería, sobre si el Grado de Enfermería prepara a los estudiantes para atender a esta población y sobre los métodos más adecuados para formarlos⁴. Por otro lado, esa formación debe de producirse antes de que los estudiantes pasen a desarrollar sus prácticas clínicas⁵. Por lo que se deberían adaptar los planes de estudios a impartir la formación específica con anterioridad al desarrollo de las prácticas asistenciales con pacientes de EA.

Los factores que influyen en el nivel de conocimientos son el curso académico y el nivel de formación percibido por los estudiantes, aunque el segundo tiene un efecto muy débil. Ambos factores junto con la edad y el cuidado previo de pacientes con EA influyen en el nivel de conocimientos de los estudiantes⁵. Sería lógico pensar que la experiencia de haber cuidado a un paciente con EA y haber realizado prácticas clínicas influya en el nivel de conocimientos por haber estado en contacto con pacientes, pero esa asociación no se ha podido confirmar.

El desarrollo de las prácticas clínicas innovadoras en servicios especializados basadas en la existencia de un tutor que supervise a los estudiantes y la posibilidad de que los estudiantes participen o se les involucre en la toma de decisiones influyen en el nivel de conocimiento⁶.

No existe conflicto de intereses por parte de ninguno de los autores y autoras de este estudio.

Limitaciones.

La muestra utilizada para la investigación procede de un solo centro, estudiantes del Grado de Enfermería de la Universidad de Jaén lo que reduce su representatividad. Siendo aconsejable que se realicen nuevas investigaciones en distintas universidades para poder comparar los resultados. Por otro lado, el hecho de que la escala sea autoadministrada, se puede considerar otra limitación, ya que los participantes han podido compartir información en el momento de completarla.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía.

1. Winblad B, Amouyel P, Andrieu S, Ballard C, Brayne C, Brodaty H et al. Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *Lancet Neurol.* 2006; 15:455-532
2. de Pedro-Cuesta J, Virues-Ortega J, Vega S, Seijo-Martinez M, Saz P, Rodriguez F et al. Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: a reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. *BMC Neurol.* 2009; 9, 55.
3. Spector A, Orrell M, Schepers A, Shanahan N. A systematic review of 'knowledge of dementia' outcome measures. *Ageing Research Reviews.* 2012; 11(1), 67-77.
4. Kimzey M, Mastel-Smith B, Alfred D. The impact of educational experiences on nursing students' knowledge and attitudes toward people with alzheimer's disease: A mixed method study. *Nurse Education Today.* 2016; 46, 57-63.
5. Scerri A, Scerri C. Nursing students' knowledge and attitudes towards dementia—A questionnaire survey. *Nurse Education Today.* 2013; 33(9), 962-968.
6. Eccleston CE, Lea EJ, McInerney F, Crisp E, Marlow A, Robinson AL. An investigation of nursing students' knowledge of dementia:

A questionnaire study. Nurse Education Today. 2015; 35(6), 800-805.

AUTORES/AUTHORS:

Carlos Angobaldo Coveñas, Yasmina Dorta Guanche, Pedro Ruymán Brito Brito, Marta Luis Jorge, Alfonso Miguel García Hernández

TÍTULO/TITLE:

Validez de contenido de componentes NANDA de Riesgo de caídas e indicadores NOC en pacientes de centros socia

Objetivo: Evaluar la validez de contenido y representatividad de los componentes del diagnóstico NANDA-I Riesgo de caídas y de los indicadores NOC asociados para un perfil de pacientes institucionalizados en centros sociosanitarios.

Método: Estudio de validación de instrumento de medida de la salud. En primer lugar, los investigadores consensuan los factores de riesgo prioritarios para el perfil del paciente a estudio, institucionalizado en centros sociosanitarios, y sus condiciones asociadas, a partir de la clasificación 2018-2020 de NANDA-I, así como los criterios de resultado NOC de interés para el Riesgo de caídas y sus correspondientes indicadores. A partir de los componentes seleccionados (13 factores de riesgo, 17 condiciones asociadas, 10 criterios de resultado y 61 indicadores NOC) se crea un banco de 101 ítems que se somete a grupo de expertos para su validación de contenido, al objeto de disponer de un conjunto adecuado de componentes que permitan evaluar la presencia de dicho problema potencial utilizando terminología enfermera estandarizada. Para evaluar la validez de contenido y representatividad del cuestionario se constituye un panel de 32 expertos teniendo en cuenta criterios de: a) conocimiento de la taxonomía NNN y b) experiencia profesional reciente, en los últimos tres años, de al menos uno en el ámbito sociosanitario con pacientes del área de geriatría, psiquiatría o neurología. Los expertos evalúan cada ítem en base a las dimensiones: relevancia para evaluar el constructo y representatividad del indicador al que se refiere. Se construye una hoja de recogida de datos con los ítems generados en el proceso descrito, en formato papel y formulario Google. A cada ítem se le asignan dos escalas Likert de 4 puntos para evaluar las dimensiones anteriores, 1 significa "nada relevante/representativo" y 4, "totalmente relevante/representativo". Una vez recogidas las opiniones de los expertos, en dos fases para evitar agotamiento, se calcula el índice de validez de contenido (IVC) de cada ítem dividiendo el número de evaluaciones en 3 ó 4 puntos por el número total de evaluaciones realizadas y el índice de representatividad (IR). El IVC y el IR global se calcula como la media aritmética de los índices de todos los ítems, considerando buenos valores de relevancia/representatividad del ítem aquellos iguales o superiores a 0.75.

Resultados: La media de edad de los expertos fue de 39,5 años (68,8% mujeres), 90% de ámbito asistencial, 83% con 5 o más años de experiencia laboral. Se validaron en contenido 72 de los 101 ítems (71.3%) alcanzando un IVC global de 0.782. La representatividad de 59 de los ítems (58.4%) fue validada para sus respectivos componentes, siendo el IR global de 0.706.

Entre los factores de riesgo medidos en el estudio aquellos que superan el corte en ambos aspectos, relevancia y representatividad, son: suelo del baño insuficientemente antideslizante, uso de sujeciones, disminución de la fuerza en miembros inferiores, dificultad en la marcha y movilidad alterada. Referente a las condiciones asociadas relacionadas con el diagnóstico de NANDA-I Riesgo de Caídas, las que superan el corte establecido para ambos índices, IVC e IR, son: alteración de la función cognitiva, deterioro del equilibrio, hipotensión ortostática, fármacos que afectan a las caídas y dispositivos de ayuda.

En relación con los criterios de resultado NOC del diagnóstico Riesgo de caídas, aquellos que superaron el corte en ambos criterios: caídas, conducta prevención de caídas, deambulación segura, equilibrio, marcha, movilidad y realización de transferencias.

En cuanto a los indicadores de resultado NOC, 42 de ellos superaron la puntuación de corte. Algunos de estos indicadores son: adapta la altura de la cama según sus necesidades, correcta utilización de dispositivos de ayuda, colocación de barreras para prevenir caídas, utiliza barandillas si es necesario, procedimientos de traslado seguros, parece agitado, entre otros.

Discusión: A nivel mundial, son relevantes las cifras de personas adultas que han sufrido algún episodio de caída, sobre todo las personas mayores. Entre el 28% y el 35% de mayores de 65 años han sufrido un episodio de caídas a lo largo de un año. Si observamos el rango de edad de mayores de 70 años, se comprueba un aumento en la incidencia de caídas de entre el 32% y el 42%.(1)

Las caídas entre las personas residentes en centros de larga estancia, como los sociosanitarios, son más frecuentes que entre los adultos mayores que viven en la comunidad. Entre el 30% y el 50% de usuarios de centros de cuidados crónicos padecen caídas anualmente, presentándose caídas de repetición con una frecuencia del 40%.(1) En este contexto, la valoración del riesgo de caídas es de vital importancia para reducir las consecuencias que conllevan. La valoración inicial de este riesgo, al momento del ingreso del usuario en la unidad, cuenta con un nivel de evidencia IB-Grado B(2) y ha demostrado la reducción del riesgo con la adopción de intervenciones o medidas preventivas.

Según la Guía de Buenas Prácticas en Enfermería de la RNAO (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario), la valoración del riesgo de caídas es la clave fundamental para elegir las intervenciones necesarias para reducir los episodios de caídas. La utilización de escalas de valoración del riesgo de caídas, ayudarían a implementar dichas medidas. Entre las más utilizadas, tenemos la Morse Fall Scale, Stratify y la Hendrich II, todas estas recomendadas por la citada guía de buenas prácticas.

A pesar de que el uso de las escalas está muy extendido, no existe consenso claro en la literatura acerca de su utilización en entornos de cuidados de larga estancia y haría falta mayor análisis de estos instrumentos y una mayor investigación en su validación y determinación de valores predictivos.(3) Existen pocas herramientas que sirvan para predecir las caídas con una sensibilidad y una especificidad superiores al 70%.(2)

El uso de las escalas de valoración del riesgo de caídas no puede generalizarse, es decir, que cada una debe ser específica para el medio o centro en el que se utiliza y para su población.(2)

Se han realizado comparaciones entre diferentes escalas de valoración del riesgo de caídas y el juicio clínico de los profesionales de enfermería, determinando que, los cuestionarios o test no tienen un mayor valor predictivo del riesgo de caídas que el criterio clínico de los enfermeros asignados a los pacientes incluidos en el estudio (6). Así mismo, hay que tener en cuenta que estas herramientas tienen limitaciones que los enfermeros deben apreciar, como la diferenciación entre aquellas que nos permiten descubrir los factores de riesgo comunes y aquellas que nos conducen a predecir un episodio de caída. (4)

La naturaleza multifactorial de las caídas en usuarios hospitalizados no permite que se anticipe definitivamente una caída a través de herramientas de valoración, por lo que debe establecerse el corte óptimo dentro de cada medio, para la consecuente implementación de intervenciones de prevención, ya que la administración de escalas por sí mismo no disminuye el riesgo de caídas, pero sí la valoración total de los factores de riesgo de caídas que no deben sustituir al juicio clínico. (5)

El personal de enfermería cuenta con un instrumento basado en el proceso de atención de enfermería que le permite ordenar, sistematizar y conceptualizar su práctica diaria.(6) Mediante el uso de la taxonomía enfermera de NANDA-I podemos determinar diagnósticos de enfermería utilizados en la práctica diaria y relacionarlos con intervenciones y resultados. De esta forma, la estandarización del lenguaje permitiría utilizar una herramienta más consensuada entre el personal enfermero para la identificación de los factores de riesgo de caídas modificables con nuestra práctica clínica y la consiguiente implementación de intervenciones.(7)

El diagnóstico de enfermería Riesgo de caídas, incluido en la NANDA-I se define como: "Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que pueden causar daño físico y comprometer la salud"(8). Contando con que todos los usuarios de hospitales de cuidados crónicos deben ser considerados con riesgo o alto riesgo de padecer un episodio de caída(2), se debería identificar el citado problema potencial en todos estos usuarios.

En un estudio reciente realizado con los usuarios ingresados en el Hospital Sociosanitario Santísima Trinidad perteneciente al Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitario de Tenerife (IASS), se demostraron los siguientes resultados: El 38,1% de pacientes sufrieron caídas con un total de 65 episodios anuales. Empleando la escala de valoración de riesgo de caídas Morse (MFS) establecida por el protocolo de "Prevención y actuación ante caídas" del citado organismo, se detectó que el 48,4% de

usuarios era considerado como paciente sin riesgo, de los cuales el 29,8% sufrieron caídas; el 50,5% de los usuarios fue valorado como pacientes con riesgo bajo, presentando caídas el 44,9%; y un 1% fue valorado como de riesgo alto con un 100% de caídas.(9) Atendiendo a estos resultados se planteó la elaboración y validación de un nuevo instrumento de medición del riesgo de caídas, para lo cual se inició el presente estudio con el fin de validar el contenido de los ítems a incluir en un nuevo instrumento de medición de tal problema, utilizando para ello el contenido de los componentes del diagnóstico de la NANDA-I y de los indicadores NOC.

Tras analizar los datos obtenidos en la presente investigación, no se recomienda emplear en el contexto clínico a estudio los ítems que no han alcanzado el valor preestablecido en al menos uno de los indicadores. Se aconseja volver a someter la batería de ítems al comité de expertos una vez que ya han sido descartados aquellos que no cumplen con los criterios de relevancia y representatividad establecidos a priori (igual o superior a 0,75), con el fin de reducir el número de ítems a incluir en una posible nueva herramienta de medición de riesgo de caídas. Partir de la batería de componentes de NANDA-I e indicadores NOC validados en ambas cuestiones, IVC e IR, nos permitirá elaborar enunciados para valorar dichos aspectos en la práctica asistencial, y proceder a su validación, pudiendo contar con un nuevo instrumento a partir de terminologías estandarizadas de cuidados para valorar el Riesgo de caídas del paciente institucionalizado en el ámbito sociosanitario y comprobar su concordancia con otras herramientas disponibles así como la sensibilidad al cambio respecto a intervenciones enfermeras.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no poseer conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. World Health Organization. Who Global report on falls prevention in older age. Switzerland; 2007.  
2. Registered Nurses' Association of Ontario . Preventing Falls and Reducing Injury from Falls (4th edition). Toronto, ON; 2017.  
3. Kehinde JO. Instruments for Measuring Fall Risk in Older Adults Living in Long- Term Care Facilities: An Integrative Review. Journal of Gerontological Nursing. 2009; 35(10). p. 46- 55.
4. Nassar N, Helou N, Madi C. Predicting falls using two instruments (the Hendrich Fall Risk Model and the Morse Fall Scale) in an acute care setting in Lebanon. Journal of Clinical Nursing. 2013; 23. p. 1620–1629.
5. Bóriková I, Tomagová M, Miertová M, Žiaková K. Predictive value of the morse fall scale. Cent Eur J Nurs Midw. 2017;8(1). p. 588–595.
6. Silveira Vidal DA, et al. Proceso de enfermería orientado a la prevención de caídas en los ancianos residentes en instituciones: investigación-acción. Enfermería Global. 2013; 29. p. 196-206.
7. Hernández Herrera DE, Barcellos Dalri MC, Marin da Silva Canini SR, Villarreal Rios E, Campos de Carvalho E. Factores de Riesgo de Caídas en Adultos Hospitalizados. Desarrollo Cientif Enferm. 2011; 19(5). p. 171-174.
8. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & classification. 2018-2020

9. Dorta Guanche Y, Angobaldo Coveñas CA, Brito Brito PR, García Hernández AM. ¿Es la escala de Morse (MFS) la más idónea para valorar el Riesgo de Caídas en usuarios ingresados en hospitales socio-sanitarios de Tenerife?. En: 60 Congreso Nacional de la Sociedad Española de geriatría y Gerontología 31 Congreso de la Sociedad Canaria de Geriatría y Gerontología. 13, 14, 15 Junio 2018. Palacios de Congreso de Canarias. Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Mesa de Comunicaciones 13: Profesión

Concurrent Session 13: Nursing Profession

AUTORES/AUTHORS:

María del Carmen Malagón Aguilera, Marta Roqueta Vall-Ilosera, Cristina Bosch i Farré, Sandra Gelabert i Vilella, Anna Bonmatí i Tomàs

TÍTULO/TITLE:

Metodología Flipped Classroom en el Grado de Enfermería de la Universidad de Girona

En este nuevo siglo, son necesarias nuevas metodologías de aprendizaje en los estudios de Grado de Enfermería. Los estudiantes prefieren el aprendizaje grupal, con feed-back inmediato y con flexibilidad en su horario de aprendizaje (Mangold, 2007). Así los modelos de educación superior han virado hacia el modelo del aprendizaje centrado en el estudiante y de la consideración de este como parte activa en el mismo (Della Ratta, 2015; Towle y Breda, 2014).

La metodología del Flipped Classroom (FC) o clase invertida se define como aquella metodología docente que permite a los estudiantes aprender, de forma independiente y con anterioridad a la clase los conceptos básicos, y posteriormente en la sesión grupal, clarificar conceptos, profundizar en ellos, mejorar la aplicabilidad de los mismos mediante la resolución de problemas y promover la interacción entre el profesor y el estudiante. (Bergman y Sams, 2014).

Se considera que la Flipped Classroom prepara al estudiante para desarrollar un rol activo en el aprendizaje, ser ellos mismos los que conducen su propio aprendizaje y que les ayuda a desarrollar una elevada competencia en pensamiento crítico (Bergman and Sams, 2014; Della Ratta, 2015).

El FC ha sido utilizada recientemente en los estudios de enfermería. Una revisión sistemática del 2016 concluyó que los resultados académicos mostrados al utilizar dicha metodología mejoraban o se mantenían. Además, esta metodología producía satisfacción en los estudiantes y aumento de su motivación cuando los profesores explicaban los objetivos de la misma a los estudiantes (Betihavas et al, 2016).

Por otro lado, otra revisión sobre la metodología de Flipped Classroom y las conclusiones de su implantación en los estudios de enfermería concluía que coexistían distintos modelos de FC con resultados divergentes que indicaban la necesidad de la realización de nuevos estudios (Njie-Carr et al., 2017).

Objetivos

- 1- Comparar los resultados obtenidos por los estudiantes con metodología tradicional (clases expositivas) en relación a la metodología Flipped Classroom en la asignatura Atención de Enfermería a la Persona Sana de grado de enfermería en la Facultad de Enfermería de Girona.
- 2- Conocer la satisfacción de los estudiantes en relación a la metodología Flipped Classroom en la asignatura Atención de Enfermería a la Persona Sana de grado de enfermería en la Facultad de Enfermería de Girona.

Métodos

Diseño:

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de las puntuaciones finales de la asignatura de Atención de Enfermería a la Persona Sana. Estudio descriptivo del cuestionario adhoc de satisfacción y evaluación cualitativa por parte de los participantes del Flipped Classroom.

Descripción modelo Flipped Classroom

La metodología del Flipped Classroom en la asignatura de Atención de Enfermería a la Persona Sana de grado de enfermería en la Facultad de Enfermería de Girona consistía en proporcionar al estudiante, con anterioridad a la sesión grupal presencial, un dossier con el contenido teórico basado en las referencias bibliográficas recomendadas en la asignatura, además de otras referencias de tipo audiovisual colgadas en la red internet. Posteriormente la sesión grupal, de 1 hora y 30 minutos de duración, se iniciaba con la clarificación de los conceptos básicos mediante la aplicación informática kahoot®, que permite la respuesta a preguntas en grupo y de una forma lúdica y atractiva. A continuación, se realizaban actividades cooperativas en grupos de 5 o 6 estudiantes con el objetivo de aplicar la información y corroborar de manera grupal la integración de los aprendizajes. Durante los últimos 20 minutos de la sesión la profesora concluía la sesión con la resolución de las actividades y de las dudas que hubiesen surgido durante la consecución de las mismas. Las actividades eran revisadas por la profesora quien proporcionaba un retorno al/la estudiante de forma escrita y más personalizado de las mismas al cabo de una semana.

Población:

Se han estudiado un total de 271 estudiantes matriculados, utilizaron metodología tradicional (n=141) durante el curso académico 2016/2017 y metodología Flipped Classroom (n=130) durante el curso académico 2017/2018.

VARIABLES e instrumentos:

Los datos de las puntuaciones finales obtenidas en la asignatura según hubiesen utilizado metodología tradicional y metodología del Flipped Classroom.

Los datos sobre la satisfacción de los estudiantes se obtuvieron a partir de un cuestionario ad hoc anónimo, con preguntas con escala tipo Likert del 1 al 5. El cuestionario integra preguntas relacionadas con el material docente facilitado, las actividades realizadas, el retorno del docente al estudiante, la auto-percepción del aprendizaje y la evaluación de la asignatura.

Análisis de los datos:

En el estudio descriptivo de los resultados obtenidos y del cuestionario ad hoc para conocer el grado de satisfacción de los estudiantes respecto al Flipped Classroom, se realizaron los porcentajes para las variables categóricas y la media y desviación estándar para las cuantitativas. En el análisis bivalente se realizó la prueba de T de Student considerando un nivel de significación de $p < 0,05$. El análisis de datos se realizó mediante el programa SPSS 23.0.

En el estudio cualitativo de la satisfacción de los estudiantes con la metodología FC, los datos recogidos fueron analizados según el método de análisis de datos de Bardin (2002): análisis general, definición de categorías descriptivas, categorización línea a línea, revisión y disgregación de categorías y análisis del contenido.

Resultados

La metodología tradicional se desarrolló durante el curso 2016/17, se estudiaron 141 estudiantes, el 82.3% mujeres. La media de las calificaciones obtenidas fue de 6.8 (DE 1.53) con un rango de 2.72 a 10.00.

La metodología Flipped Classroom se realizó en el curso 2017/18 con 130 estudiantes, el 81.5% mujeres. La media de las calificaciones obtenidas fue de 6.65 (DE 1.09) con un rango de 1.50 a 9.25.

Los resultados de las medias de calificaciones obtenidas mediante la metodología Flipped Classroom no muestran diferencias estadísticamente significativas respecto al curso anterior en el que se utilizaba la metodología tradicional ($p=0,157$).

En relación a la satisfacción de los estudiantes con la metodología, se obtuvieron 117 respuestas (tasa de respuesta 90%). Esta incluía distintos indicadores como: el material docente, la evaluación de la asignatura o el retorno por parte de la docente, la satisfacción general con la metodología FC y la percepción del aprendizaje por parte del estudiante. Respecto al material docente facilitado para la preparación de las clases, la puntuación media de satisfacción obtenida fue de 4.00 (DE 0.70) mientras que la puntuación del material y las actividades realizadas durante la sesión grupal fue de 4.10 (DE 0.82), ambas sobre una máxima puntuación de 5

En referencia a la evaluación o retorno recibido por parte de la docente se obtuvieron puntuaciones medias de 3.92 (DE 0.70). Las puntuaciones medias de satisfacción general con la metodología FC coinciden con la de percepción del aprendizaje por parte del estudiante con valores de 3.88 (DE 0.76) y 3.88 (DE 0.76) respectivamente, todas ellas sobre una máxima puntuación de 5.

En relación a la valoración cualitativa de los estudiantes, estos consideran que la FC es una metodología con la que alcanzan los objetivos de aprendizaje: "Promover el trabajo en equipo en clase siempre es algo positivo y me ha gustado hacerlo, es una manera diferente de aprender y creo que productiva". "me gusta esta metodología ya que trabajas, pero ayuda a aprender y a interiorizarlo, y no solo a estudiar y luego olvidarlo"

A su vez la describen como una metodología dinámica, participativa y motivadora: "me ha gustado el realizar actividades prácticas en clase ya que servían para profundizar en el contenido que la profesora acababa de explicar. Creo que he aprendido mucho asistiendo a clase de persona sana ya que cada tarea es interesante y pienso que nos servirá en el futuro". "La idea del uso del Kahoot® ha sido muy buena pero mejor realizarlo al final de la clase".

Sin embargo, consideran la FC una metodología exigente ya que implica la inversión de un mayor esfuerzo por su parte:

“metodología muy exigente”. “considero que la clase está bien planteada, aunque hay mucho trabajo”. “creo que ha habido mucho trabajo y eso dificulta la gestión del tiempo para dedicar a otras asignaturas”

Discusión

Las calificaciones medias obtenidas con la metodología tradicional no mostraron diferencias respecto a las obtenidas con la metodología Flipped Classroom evidenciando que el cambio de metodologías no supone un cambio en las calificaciones. Otros estudios como Geist et al. (2015) y Harrington et al. (2015) corroboran dichos resultados no mostrando diferencias entre los resultados finales obtenidos. Sin embargo, otros estudios como el de Missildine et al. (2013) o el de (Peisachovik et al., 2016), demostraron un incremento de las puntuaciones finales superior en el grupo de estudiantes que utilizó la metodología Flipped Classroom frente a los que utilizaron la metodología tradicional.

Los estudiantes presentaron una satisfacción elevada con la metodología utilizada definiéndola como exigente, al suponer la inversión de mucho tiempo y esfuerzo, aunque los mismos estudiantes destacaban que la FC les facilita el aprendizaje al describirla como una metodología dinámica y participativa. Estos resultados coinciden con los obtenidos en una revisión bibliográfica sobre la metodología del FC donde se concluyó que esta suponía una mayor inversión de tiempo y esfuerzo (Ward, 2018). Otros estudios coinciden en considerar la FC como una metodología que facilita el aprendizaje (Hanson, 2016).

También los estudiantes describen FC como una metodología motivadora. Este hecho se corrobora a las conclusiones de otros estudios como los de Critz and McKnight (2013) y Peisachovik et al. (2016).

Los resultados de este estudio tienen una implicación directa para el desarrollo del grado de enfermería, ya que muestran cómo es posible llevar a cabo nuevas metodologías docentes que motiven a una mayor participación e implicación de los estudiantes durante las clases con un grado de satisfacción elevado obteniendo los mismos resultados académicos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Bardin, L. (2002). Análisis del contenido. Madrid: Ediciones Akal.
- Bergmann, J., y Sams, A. (2014). Flipped Learning: Gateway to Student Engagement. International Society for Technology in Education, Arlington, VA.
- Betihavas, V., Brigdman, H., Kornhaber, R., y Cross, M. (2016). The evidence for flipping out: A systematic review of the flipped Classroom in nursing education. *Nurse Education Today*, 38, 15-21.
- Critz, C.M., y Knight, D. (2013). Using the flipped Classroom in Graduate Nursing Education. *Nurse Educator*, 38(5), 210-213.
- Della Ratta, C.B. (2015). Flipping the Classroom with team-based learning in undergraduate nursing education. *Nurse Educator*, 40(2), 71-74.
- Geist, M.J., Larimore, D., Rawiser, H., y Al Sager, A.W. (2015). Flipped versus traditional instruction and achievement in a baccalaureate nursing pharmacology course. *Nursing Education Perspectives*, 36(2), 114-115
- Hanson, J. (2016). Surveying the experiences and perceptions of undergraduate nursing students of a flipped Classroom approach to increase understanding of drug science and its application to clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 16, 79-85.
- Harrington, S.A., Vanden Bosch, M., Schoofs, N., Beel-Bates, C., y Anderson, K. (2015). Quantitative outcomes for nursing students in a flipped Classroom. *Nursing Education Perspectives*, 36(3), 179-181.
- Mangold, K. (2007). Educating a new generation: teaching baby boomer faculty about millennial students. *Nurse Educator*, 32(1), 21-23.
- Missildine, K., Fountain, R., Summers, L., y Gosselin, K. (2013). Flipping the Classroom to improve student performance and satisfaction. *Journal of Nursing Education*, 52(10), 597-599.
- Njie-Carr, V. P., Ludeman, E., Lee, M.C., Dordunoo, D., Trocky, N.M., y Jenkins, L.S. (2017). An integrative review of flipped Classroom teaching models in nursing education. *Journal of Professional Nursing*, 33(2), 133-144.
- Peisachovich, E.H., Murtha, S., Phillips, A., y Messinger, G. (2016). Flipping the Classroom: a pedagogical approach to applying clinical

judgment by engaging, interacting, and collaborating with nursing students. *International Journal of High Education*, 5(4), 114–121.

Towle, A., y Breda, K. (2014). Teaching the millennial nurse student: using a flipping Classroom model. *Nursing and Health*, 2(6), 107-114.

Ward, M., Knowlton, M. C., y Laney, C. W. (2018). The flip side of traditional nursing education: A literature review. *Nurse Education in Practice*, 29, 163-171.

AUTORES/AUTHORS:

BEATRIZ SANZ HOYA, PATRICIA DÍAZ BURGUILLO, LOURDES GONZÁLEZ CASTAÑEDA, MARÍA JUEZ DE DOMINGO, ELENA GARCÍA AYUSO

TÍTULO/TITLE:

COMPLICACIONES TRAS AMPUTACIÓN MAYOR EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Introducción

La aterosclerosis es una patología sistémica que afecta a todos los territorios vasculares de forma conjunta¹. Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de morbimortalidad en España, constituyendo, en la actualidad, la primera causa de muerte y la principal causa de hospitalización en el SNS en 2009².

Según la Organización Mundial de la Salud, en 2004 un 29% de las muertes producidas en el mundo fue por enfermedades cardiovasculares. En 2008 en España representan un 31,8% de los fallecimientos, según registros de Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte y 17.3 millones de personas muertas en el mundo según datos de la OMS².

Bajo el término Enfermedad Arterial Periférica (EAP) se incluyen todas las patologías relacionadas con la enfermedad arterioesclerótica que causa obstrucción del flujo sanguíneo arterial sistémico, excluyendo las arterias coronarias y las arterias cerebrales. En la práctica habitual, es la obstrucción de las arterias que irrigan las extremidades inferiores^{2,3}. Su presentación clínica abarca desde formas asintomáticas a isquemia crónica con ulceración y necesidad de amputación⁴.

La prevalencia de EAP ha sido evaluada en diferentes estudios epidemiológicos y varía entre el 3 y el 18%, siendo muy dependiente de la edad y afectando a los dos sexos y a cualquier raza. En la población joven afecta más a los hombres que a las mujeres igualándose casi por completo esta diferencia a edades avanzadas^{1,5,6}.

Si analizamos los diferentes estudios publicados en España, podemos concluir que la prevalencia de la EAP en la población española varía entre 4,5-8,5% de la que un 3,83-24,5% es asintomática y 6-29,3% se presenta como claudicación intermitente^{1,5}.

La mitad de los pacientes diagnosticados de isquemia crítica serán sometidos a revascularización ya sea quirúrgica o endovascular. Un cuarto de los pacientes serán tratados farmacológicamente. El resto requerirán una amputación⁶, las tasas varían entre el 5-20%. Un año después de un diagnóstico de isquemia crítica, la tasa de amputación mayor alcanza el 2-25% de estos pacientes^{6,7}.

El dolor producido por la isquemia crítica con la que acuden al hospital hacen que el tratamiento precoz se centre en el control de dicho dolor y en las complicaciones que puedan afectar al resultado inmediato de la intervención quirúrgica como son el control de la infección, de las cifras de colesterol o las glucemias. Una vez operados, el dolor postoperatorio intenso está presente en el 5-10% de los pacientes y muchos terminan padeciendo un dolor postoperatorio crónico, siendo una consecuencia desafortunada de la cirugía y teniendo un impacto negativo en la calidad de vida de estos pacientes⁸.

El conocimiento y control de los factores de riesgo vascular, los estilos de vida y su modificación es fundamental para evitar la progresión de la aterotrombosis.

Para evitarlo se aplicaron campañas de concienciación a finales del siglo XX que consiguieron un cambio importante en las enfermedades cardiovasculares^{2,9}.

Aunque se ha mejorado el control de estos factores de riesgo con dichas campañas, no se han conseguido los objetivos que sugieren las guías clínicas. Datos de la población española atendida en atención primaria indican que apenas uno de cada dos pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 o hipercolesterolemia está controlado⁹.

Por orden de influencia, los principales factores de riesgo modificables para la EAP en miembros inferiores son: el tabaquismo, la diabetes mellitus, la hiperlipidemia y la hipertensión arterial^{1,10}. Diversos estudios afirman que estos factores de riesgo están implicados en un 80-90% de las enfermedades cardiovasculares. Gran parte de los pacientes con EAP tiene, al menos, uno de los factores de riesgo cardiovascular tradicionales. En cambio la ingesta moderada de alcohol y la práctica habitual de ejercicio han demostrado tener un papel protector¹.

Los pacientes que presenten isquemia crónica crítica (dolor en reposo o lesión isquémica) han de ser tratados con diferentes objetivos: aliviar el dolor, curar sus lesiones, prevenir la pérdida de extremidad, mejorar su calidad y cantidad de vida... Para ello, la primera opción es la revascularización de la extremidad (evidencia B) aunque en ocasiones la amputación directa de ésta puede ser la mejor opción para el paciente¹.

La elección de amputación y su nivel vendrán determinadas por las posibilidades de cicatrización, la rehabilitación y la mejoría de la calidad de vida del paciente (nivel de evidencia C)¹.

Objetivo

Analizar las complicaciones locales durante el postoperatorio inmediato en pacientes con enfermedad arterial periférica sometidos a amputación mayor y su relación con los factores de riesgo cardiovascular (FRCCV).

Método

Estudio observacional descriptivo transversal prospectivo en el que se incluyeron pacientes con EAP sometidos a una amputación mayor (supracondílea, infracondílea y supramaleolar), hospitalizados en la unidad de cirugía cardiovascular de un hospital de tercer nivel. Muestreo no probabilístico y de conveniencia, incluyendo una cohorte de pacientes consecutivos sometidos a amputación mayor a lo largo de un año.

Se recogieron datos mediante revisión de la historia clínica y entrevista antes de la cirugía y al alta hospitalaria.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, FRCCV principales (tabaquismo, alcohol, hipertensión arterial -HTA-, diabetes mellitus y dislipemias) y complicaciones locales que aparecen durante el ingreso. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial (Chi cuadrado y test de McNemar) a partir de los datos recogidos.

Resultados

Se estudiaron 41 pacientes: edad media de 77,37±10 años y un 36,59% de mujeres. El 20,45% de la muestra presentaron todos los

FRCCV evaluados, el 34,09% 4 FRCCV y el 18,18% 3 FRCCV.

Las complicaciones locales del miembro amputado más prevalentes fueron el dolor (36,4%) y la dehiscencia de la herida quirúrgica (HQ) (20,5%), seguidos de la necesidad de reintervención quirúrgica (13,7%), infección de la HQ (13,6%), flexo articular (2,3%) y necrosis de la HQ (6,8%).

La aparición de dichas complicaciones estuvo relacionada con las dislipemias (81,81% sí vs. 18,19% no; $p=0,031$) y la HTA (90,90% sí vs. 9,1% no; $p<0,01$). Más concretamente, la presencia de dolor se relacionó con presentar 3 o más FRCCV (68,75% sí vs. 31,25% no; $p=0,027$), la dislipemia (93,75% sí vs. 6,25% no; $p<0,01$) y el tabaquismo (62,5% sí vs. 37,5% no; $p=0,052$). La dehiscencia de HQ se asoció con la presencia de 3 o más FRCCV (77,78% sí vs. 22,22% no; $p<0,01$), dislipemia (88,89% sí vs. 11,11% no; $p<0,01$), HTA (100% sí, $p<0,01$) y tabaquismo (66,67% sí vs 33,33% no, $p<0,01$).

La necesidad de reintervención quirúrgica estuvo asociada a la presencia de 3 o más FRCCV (66,67% sí vs. 33,33% no; $p<0,01$), dislipemia (66,67% sí vs. 33,33% no; $p<0,01$) y diabetes mellitus (77,78% sí vs. 22,22% no; $p<0,01$).

La infección de HQ se relacionó con presentar 3 o más FRCCV, dislipemia e HTA (100% sí; $p<0,01$); diabetes mellitus y tabaquismo (83,33% sí vs. 16,67% no; $p<0,01$).

Discusión

Todos los pacientes que presentan alguna complicación durante el ingreso tienen más de 3 FRCCV destacando la relación con la HTA. La presencia de dolor está ligada a las dislipemias al igual que la infección de la HQ. Por otro lado todos los HTA presentan dehiscencia de la HQ, reintervención y/o infección de la HQ.

Según diversos estudios la concurrencia de varios de los factores de riesgo cardiovascular analizados incrementa el riesgo de EAP, sobre todo si uno de ellos es el tabaco. El riesgo relativo se incrementa de 2,3 a 3,3 y a 6,3 en aquellos individuos que tienen uno, dos o tres factores de riesgo, respectivamente (tabaco, diabetes e hipertensión arterial)¹.

Uno de los principales objetivos terapéuticos en el paciente con enfermedad arterial periférica consiste en evitar su progresión a isquemia crítica, así como en conseguir la reducción del alto riesgo de presentar nuevos episodios de enfermedad vascular en otros territorios¹.

La presencia de FRCCV determina la aparición de complicaciones tempranas a nivel local del muñón en pacientes con EAP sometidos a amputación mayor de miembro inferior, por lo que un adecuado control de los mismos mediante un correcto plan de cuidados enfermeros y un paquete de intervenciones multidisciplinar, redundará en una mejor evolución, disminuyendo la estancia hospitalaria y los costes derivados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Suárez C, Lozano FS. Documento de consenso multidisciplinar en torno a la enfermedad arterial periférica. 1ªed. Madrid: Luzán 5, SA; 2012.
2. Instituto de Información Sanitaria. Estadísticas Comentadas: Carga de morbilidad y proceso de atención a las enfermedades cardiovasculares en los hospitales del SNS. 2009 [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e

- Igualdad; 2011. [Consultado el 26 de Octubre de 2014]. Disponible en: www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/cmbdhome.htm
3. European Stroke Organisation, Tendera M, Aboyans V, Bartelink ML, Baumgartner I, Clément D, Collet JP et al. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases: Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries: the Task Force on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Artery Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2011; 32(22):2851-906.
 4. Ambler GK, Dapaah A, Al Zuhir N, Hayes PD, Gohel MS, Boyle JR, et al. Independence and mobility after infrainguinal lower limb bypass surgery for critical limb ischemia. *J Vasc Surg*. 2014; 59(4):983-987.e2.
 5. Pérez R, Obaya C. Actualización de la medición del índice tobillo-brazo mediante doppler para el diagnóstico de arteriopatía periférica. *Revista SEAPA*. [revista en Internet] 2011 Otoño. [Consultado el 26 de Octubre de 2014]; 8-11. Disponible en: http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/otono_2011/actualizacion_doppler.pdf
 6. Becker F, Robert-Ebadi H, Ricco JB, Setacci C, Cao P, De Donato G, et al. Chapter I: definitions, epidemiology, clinical presentation and prognosis. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2011; 42:S4-S12.
 7. Miñano-Pérez A, Jiménez-Gil R, Ortiz-De Saracho M, Villanueva V, Bernabeu-Pascual F, González-Gutiérrez MA, et al. Realidad social de los pacientes con isquemia crítica de miembros inferiores. *Angiología*. 2008; 60(4): 241-5.
 8. Grupo de Trabajo Conjunto sobre cirugía no cardíaca: evaluación y manejo cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología y la European Society of Anesthesiology. Guía de práctica clínica de la ESC/ESA 2014 sobre cirugía no cardíaca: evaluación y manejo cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67(12):1052.e1–e43.
 9. Suárez C, Castillo J, Esmatjes E, Sala J, Cairols M, Montoto C, et al. Complicaciones cardiovasculares a un año de seguimiento en pacientes con aterotrombosis. *Registro REACH España*. *Med Clín*. 2009;132(14):537–544.

AUTORES/AUTHORS:

María Jesús García Pesquera, Raúl Soto Cámara

TÍTULO/TITLE:

IDENTIFICACIÓN Y PERFIL DE LA PROFESIÓN ENFERMERA DESDE LA PERSPECTIVA DEL NUEVO ALUMNADO UNIVERSITARIO

OBJETIVO:

Analizar la percepción que sobre la identidad y el perfil profesional enfermero tienen los estudiantes de primer curso del Grado en Enfermería.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal, cuya población de estudio fueron los 65 estudiantes que durante el curso académico 2.017-2.018 se encontraban matriculados en primer curso del Grado en Enfermería en la Universidad de Burgos.

Como instrumentos de recogida de datos se utilizaron:

1. Cuestionario de datos generales, de elaboración propia, en el que se recogieron las principales variables socio-demográficas y las relacionadas con la elección de la titulación.
2. Cuestionario "Percepción de la identidad profesional de la enfermería en el alumnado del grado", elaborado por Albar et al. Constaba de 14 ítems formulados en positivo, que hacían referencia a posibles características del perfil profesional de enfermería (autonomía de la profesión, rol técnico, rol profesional, dependencia de la medicina, rol investigador, rol en la promoción de la salud, rol en la prevención de las enfermedades, rol en la recuperación de la salud, toma de decisiones autónoma, rol en las escuelas, práctica basada en la evidencia, rol en las unidades de cuidados intensivos, especialidades, formación postgrado), que el estudiante debía valorar mediante una escala Likert de 5 puntos, desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Además, mediante el uso de 2 preguntas abiertas, se obtenía información sobre las funciones y las características que debía reunir un profesional de enfermería.
3. Listado de intervenciones definidas en la taxonomía NIC, en el que el estudiante debía identificar al profesional/es responsable/s de su realización. Su selección se realizó en base a los resultados obtenidos en los estudios realizados por Iglesias Parra et al, quienes establecieron que todo estudiante al finalizar su proceso formativo debería ser capaz de superar y desarrollar adecuadamente 129 intervenciones.

La captación de la muestra se realizó en horario lectivo, durante el tiempo requerido para su cumplimentación, siendo la colaboración voluntaria y participativa.

Se consideraron como variables independientes las obtenidas mediante el cuestionario de datos generales y como dependientes los resultados del cuestionario "Percepción de la identidad profesional de la enfermería en el alumnado del grado". Se usó estadística descriptiva para la caracterización de la muestra (frecuencias, distribución porcentual, medidas de tendencia central y dispersión); para determinar la existencia de asociación entre las variables se utilizó la prueba de chi cuadrado de Pearson ó el ANOVA de un

factor. Para la interpretación de los resultados del contraste de hipótesis se estableció un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics en su versión 24.00 para Windows.

En todo momento, se tuvieron en cuenta los principios éticos, garantizando la confidencialidad y anonimato de las respuestas de los participantes, ofreciéndoles la posibilidad de conocer los resultados.

RESULTADOS:

El número de estudiantes que aceptaron cumplimentar el cuestionario fue 59, lo que supuso una tasa de participación del 90,8%.

En cuanto a las variables socio-demográficas, el 91,5% fueron mujeres, siendo la edad media de 21,29 años (DS 7,62), en un rango que osciló entre los 18 y 39 años; casi la totalidad de los participantes, 54, afirmaron estar solteros. Únicamente 6 estudiantes (10,17%) compaginaban los estudios con una actividad laboral. Al analizar la forma de acceso, tres de cada cuatro lo hicieron tras superar las pruebas de evaluación de bachillerato (EBAU), repartiéndose el 25% restante entre los que habían cursado algún ciclo formativo de grado superior (9), los que habían superado las pruebas para mayores de 25 años (3) ó los que habían cursado otra titulación universitaria (1). El 16,9% estimaban que iban a necesitar más de 4 años para finalizar el grado. En cuanto al orden de prioridad en la elección de la titulación, se observó que enfermería ocupaba la primera opción en el 84,7% de los casos, mientras que el 11,8% restante se repartió entre otras carreras del ámbito de las ciencias de la salud (medicina, nutrición ó fisioterapia). Entre los motivos alegados con mayor frecuencia por los estudiantes para la elección de la titulación se encontraron el ayudar a personas (84,7%), el tener actitudes para ello (64,4%) ó las perspectivas de empleo (44,1%). De los 25 estudiantes que afirmaron tener algún profesional sanitario entre sus familiares, el 52,0% reconoció que éstos habían ejercido cierta influencia en la decisión final. Al preguntarles sí creían que la elección que habían tomado era la correcta, el 81,4% reconocieron que sí, el 1,7% que no y el 16,9% que aún no lo sabía. La imagen que ellos creían que la sociedad tenía de enfermería era la de ser ayudante del médico en un 88,14%, la de ser persona altruista en un 8,47% y la de ser un profesional independiente en un 3,39%.

Dado el bajo porcentaje de respuesta alcanzado en alguna de los ítems del cuestionario "Percepción de la identidad profesional de la enfermería en el alumnado del grado", se decidió recodificarlas en tres nuevas categorías: a) en desacuerdo, b) ni de acuerdo ni en desacuerdo, c) de acuerdo. En base a ello, los principales resultados obtenidos fueron: el 42,4% creía que enfermería era una profesión autónoma, el 72,9% y el 94,9 % que era una carrera con un perfil técnico o con un perfil profesional respectivamente, el 42,2% que era una profesión dependiente de la medicina, el 54,6% que era una profesión que investigaba, el 100%, el 98,3% y el 94,4% que tenía un papel importante en la promoción de la salud, en la prevención de enfermedades o en la recuperación de la enfermedad respectivamente, el 49,2% que podía tomar decisiones relacionadas con los cuidados sin consultar al profesional de la medicina, el 66,1% que tenía un papel importante en los colegios, el 84,7% que utilizaba una base científica en su trabajo, el 22,0% que las enfermeras que trabajaban en unidades de cuidados intensivos tenían un grado académico distinto al resto, el 100% y el 69,5% que las enfermeras podían especializarse o hacer el doctorado al terminar el grado respectivamente. Uno de cada dos estudiantes fue capaz de enumerar las cuatro funciones clásicas de enfermería (asistencial, investigación, docencia, gestión); entre las principales características que según ellos debía reunir una enfermera se encontraron la responsabilidad, la profesionalidad, la empatía y la amabilidad.

En la mayoría de los casos, las intervenciones que implicaban la realización de técnicas y/o procedimientos fueron identificadas

como propias de enfermería; en cambio no existió unanimidad a la hora de identificar las intervenciones del campo conductual que fueron identificadas como características de otros profesionales.

No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas al relacionar el sexo, la edad, el estado civil ó el orden de prioridad en la elección de la titulación con las respuestas obtenidas en las diferentes categorías del cuestionario; sin embargo, la forma de acceso se relacionó con la falta de autonomía de la profesión ($p=0,010$), la dependencia de la medicina ($p=0,002$), la falta de autoridad para la toma de decisiones relacionadas con los cuidados sin consultar previamente al profesional de la medicina ($p=0,032$) ó el rol investigador de la disciplina ($p=0,020$).

DISCUSIÓN/IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

El perfil del estudiante de primer curso del Grado en Enfermería es el de mujer, con una edad media de 21,29 años, soltera, que no compagina los estudios con actividad laboral alguna, cuya forma de acceso a la titulación es a través de la EBAU, que elige esta titulación por querer ayudar a otras personas o creer tener actitudes para ello, resultados acordes con los observados en otras Universidades.

La percepción que los estudiantes de primer curso tienen de la identidad profesional de la enfermería, en parte, es similar a la que la sociedad refiere, al verla dependiente de otras disciplinas como la medicina, centrada en la realización de técnicas y procedimientos, fundamentalmente en el ámbito hospitalario, resultados similares a los obtenidos por otros autores como Albar ó Hoeve.

Por ello, se hace necesario que el profesorado, en el proceso de adquisición de la identidad profesional del alumnado, les conciencie sobre la autonomía de la profesión con competencias claramente definidas y sobre la importancia de hacer visibles a la sociedad la contribución de los cuidados; resultando de interés en este punto el desarrollo de nuevos trabajos que analicen y comparen la identidad y perfil de la profesión vista desde la perspectiva de los estudiantes de primer y cuarto curso.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Albar MJ, Sivianes Fernández M. Percepción de la identidad profesional de la enfermería en el alumnado de grado. *Enferm Clín.* 2016; 26(3): 194-8.
2. Iglesias Parra MR, García Guerrero A, García Mayor S, Kaknani Uttumchandani S, León Campos Á, Morales Asencio JM. Design of a competency evaluation model for clinical nursing practicum, based on standardized language systems: psychometric validation study. *J Nurs Scholarsh.* 2015; 47(4): 371-76.
3. Hoeve Y, Jansen G, Roodbol P. The nursing profession: Publicimage, self-concept and professional identity. A discussion paper. *J Adv Nurs.* 2014; 70: 295-309.
4. Restrepo L, Roberti P JA, Zambrano N. Percepción de la imagen social de la enfermería entre los estudiantes del programa de enfermería. *Salud, Arte y Cuidado* 2010; 3(1): 4-13.
5. Burguete Ramos, Ávila Olivares J, Velasco Laiseca J. La imagen pública de las enfermeras. Cómo ven la profesión los estudiantes

de enfermería. *Educare*. 2005; 4(3): 17-28.

6. Safadi RR, Saleh MYN, Nassar OS, Amre HM, Froelicher ES. Nursing students' perceptions of nursing: A descriptive study of four cohorts. *Int Nurs Rev*. 2011; 58: 420-7.

Mesa de Comunicaciones 14: Promoción de la Salud**Concurrent Session 14: Health Promotion****AUTORES/AUTHORS:**

Diana Ibáñez Gómez, Iván Santolaya Arnedo, Félix Rivera Sanz, Blanca Jodrá Esteban

TÍTULO/TITLE:

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE LA FUNCIÓN COGNITIVA

OBJETIVOS: Identificar cuestionarios validados al español que permitan la valoración enfermera de la función cognitiva en pacientes con trastorno mental. Describir el grado de conocimiento y uso de cuestionarios de valoración de la función cognitiva por enfermería de las Unidades de Salud Mental de La Rioja.

MÉTODOS: Se llevó a cabo una revisión sistemática mediante la búsqueda y selección de artículos en Pubmed, Cinahl, PsycINFO, biblioteca Cochrane Plus con la combinación de términos: nursing, cognitive assessment, questionnaire, tool, scale, mental disorders, spanish, limitado a título y resumen. La pregunta que guió esta revisión fue: ¿Qué instrumentos validados al español permiten valorar la función cognitiva a la enfermera? Se limitó la búsqueda a los últimos 10 años (2009-2018), artículos con acceso mínimo a resumen o texto completo, idioma: inglés, español o portugués; población: pacientes mayores de edad con trastorno mental; ámbito clínico; tipos de estudios: investigaciones que aplicaban cuestionarios que valorasen el objeto de estudio por enfermería. Los artículos seleccionados fueron evaluados por dos expertos en metodología de la investigación y salud mental. Los artículos que cumplieron los criterios de inclusión se seleccionaron con la lectura del título y resumen, posteriormente se procedió a la lectura completa del artículo y por último se valoró la calidad de dichos artículos mediante el cuestionario CASPE. Se hizo un análisis de datos descriptivo. De forma simultánea, se desarrolló una entrevista estructurada a 27 enfermeras (92% de la población a estudio) de las Unidades de Salud Mental de la Rioja con objeto de analizar el conocimiento respecto a cuestionarios de valoración de la función cognitiva y uso clínico de los mismos; se realizó un análisis descriptivo de los datos a través de Microsoft Excel.

RESULTADOS: Se han identificado 7 cuestionarios: Pfeiffer-VE para la memoria, orientación y cálculo; the Spanish version of the informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE-VE) permite cribado de demencias, Mini Examen Cognoscitivo (MEC), basado en el Mini Examen del Estado Mental (MMSE) explora orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje; Montreal Cognitive Assessment (MoCA) evalúa funciones ejecutivas, atención, abstracción, memoria, lenguaje, cálculo y orientación; Severe Mini-Mental State Examination (SMMSE) para deterioro cognitivo avanzado; Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-S) explora memoria, atención, función ejecutiva y velocidad de procesamiento. Los resultados del trabajo de campo muestran un 0% de uso de cuestionarios de valoración de la función cognitiva por enfermería; el único cuestionario conocido por ellas es el "MEC", el cual refieren conocerlo el 66,6% de las mismas.

DISCUSIÓN: Existen varios cuestionarios validados al español para la valoración cognitiva del paciente con trastorno mental para su aplicación por enfermería. Son herramientas que les permiten a las enfermeras ser precisas en la identificación de alteraciones de la función cognitiva. Por tanto, como implicación práctica, resulta necesario formar en la aplicación/uso de estos cuestionarios a las enfermeras de la Red de Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Buiza, C., Montorio-Cerrato, I., & Yanguas, J. (2015). [The validity and reliability of the Spanish version of the Severe Cognitive Impairment Profile (SCIP) for the cognitive assessment of persons with advanced stages of Alzheimer's disease]. *Revista de Neurología*, 61(8), 349–356. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26461128>
- Buiza, C., Navarro, A., Díaz-Orueta, U., González, M. F., Álaba, J., Arriola, E., ... Yanguas, J. J. (2011). Evaluación breve del estado cognitivo de la demencia en estadios avanzados: Resultados preliminares de la validación española del Severe Mini-Mental State Examination. *Revista Española de Geriatria Y Gerontología*, 46(3), 131–138. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.09.006>
- De Castro, V.C., Lange, C., Baldissera, B.D.A., SilvaE.S., & Carreira, L. (2016). Cognitive assessment of elderly people in long-stay institutions: a cross-sectional study. *Online braz j nurs [internet]* 2017 Sept [cited year month day], 15 (3), 372-381. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5535>
- Delgado, C., Arnedo, A., & Behrens, M. I. (2017). Validación del instrumento Montreal Cognitive Assessment en español en adultos mayores de 60 años. *Neurología*. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.01.013>

- Gómez-Benito, J., Guilera, G., Pino, Ó., Rojo, E., Tabarés-Seisdedos, R., Safont, G., ... Spanish Working Group in Cognitive Function. (2013). The screen for cognitive impairment in psychiatry: diagnostic-specific standardization in psychiatric ill patients. *BMC Psychiatry*, 13(1), 127. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-127>
- Guilera, G., Rejas, J., Gómez-Benito, J., Rojo, J. E., Vieta, E., Tabarés-Seisdedos, R., ... Rejas, J. (2009). Clinical usefulness of the Screen for cognitive impairment in Psychiatry (SCIP-S) scale in patients with type I bipolar disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 28. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-28>
- Llamas-Velasco, S., Llorente-Ayuso, L., Contador, I., & Bermejo-Pareja, F. (2015). [Spanish versions of the Minimental State Examination (MMSE). Questions for their use in clinical practice]. *Revista de Neurologia*, 61(8), 363–371. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26461130>
- Ojeda, N., Del Pino, R., Ibarretxe-Bilbao, N., Schretlen, D. J., & Pena, J. (2016). [Montreal Cognitive Assessment Test: normalization and standardization for Spanish population]. *Revista de Neurologia*, 63(11), 488–496. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27874165>

Mesa de Comunicaciones 15: Práctica Clínica

Concurrent Session 15: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Álvarez-García, Carmen Álvarez-Nieto, Sebastián Sanz-Martos, Isabel M López-Medina

TÍTULO/TITLE:

Validación del Children's Environmental Health Knowledge Questionnaire (ChEHK-Q) usando la Teoría de Respuesta al Ítem

1. Objetivos:

El objetivo principal fue construir y validar un cuestionario para medir conocimientos sobre Salud Medioambiental Infantil dirigido a estudiantes de Enfermería.

Como objetivo secundario se planteó determinar el nivel de conocimientos que tiene el alumnado de Enfermería acerca de la salud infantil relacionada con el medioambiente.

2. Métodos:

Se diseñó un estudio observacional descriptivo transversal para validar Children's Environmental Health Knowledge Questionnaire (ChEHK-Q) mediante la Teoría de Respuesta al Ítem, en concreto el Modelo de Rasch (1). El estudio se realizó en cuatro fases:

1) Desarrollo del cuestionario y escritura de los ítems. En primer lugar, se realizó una revisión de la literatura para desarrollar el cuestionario. Siguiendo a Hernández Sampieri y cols (2), se construyó el ChEHK-Q utilizando una matriz donde la variable dependiente (conocimientos en Salud Medioambiental Infantil) se trasladó a sus dimensiones, luego a indicadores y finalmente a ítems. Cada ítem tiene tres opciones de respuesta (Verdadero / Falso / No sé). Por último, usamos la fórmula Flesch-Szigriszt con la escala Inflesz para calcular la legibilidad en español (3).

2) Validación del contenido por un panel de expertos y expertas. Se formó un panel de 6 expertos y expertas para la validación del contenido. En una fase preliminar de reflexión individual, evaluaron la pertinencia y claridad de los ítems, utilizando el método de priorización siguiendo la técnica de la escala nominal (4). Además, se les pidió que evaluaran la redacción de los ítems, que incluyeran nuevos ítems cuando fuera necesario, que evaluaran la idoneidad de los ítems para la población objetivo y que evaluaran la coherencia de los ítems dentro de la dimensión en la que habían sido incluidos. En la fase de evaluación, se calculó el coeficiente V de Aiken, estableciendo $V_o = 0,80$, y un valor de intervalo de confianza de 0,60 en su umbral inferior como el valor mínimo aceptable (5). En la fase de discusión, las opiniones de los expertos y las expertas fueron compartidas, preguntándoles sobre los temas con gran desacuerdo. Una vez logrado el consenso de los expertos y las expertas, se evaluó la comprensión de los cuestionarios entre 12 estudiantes de Enfermería.

3) Prueba piloto. La población diana fueron estudiantes de Enfermería que cursaban la asignatura Enfermería de la Infancia y Adolescencia en la Universidad de Jaén. Los cuestionarios se completaron online en un aula equipada con ordenadores durante marzo a abril de 2016. Se calcularon el Índice de Dificultad, el Índice de Discriminación y las correlaciones inter-ítem e ítem-total usando el Coeficiente de Pearson. Se eliminaron los ítems con discriminación negativa, y se reescribieron los que tenían valores de discriminación menores de 0.30, muy fáciles, muy difíciles o con correlaciones negativas.

4) Análisis psicométrico. La muestra fue estimada en, al menos, 10 estudiantes de Enfermería por ítem para la validación del cuestionario (6). Los datos se recogieron online o en papel en aulas de clases teóricas durante septiembre de 2017. Primero, se comprobó la unidimensionalidad del cuestionario. En segundo lugar, se verificó la independencia local, utilizando el estadístico Yen's Q3. En tercer lugar, el Modelo Rasch analizó los parámetros de sujetos (θ) y de ítems (B) en la variable conocimiento, y fueron mostradas en un mapa de ítems. Se utilizaron los estadísticos Infit y Outfit para ajustar los datos al modelo (los valores óptimos de ajuste oscilan de 0,8 a 1,2). El modelo Rasch calculó la dificultad de los ítems, siendo 0 el nivel medio de dificultad. También consideró el índice de separación, siendo los valores de separación idealmente mayores que 2 (1). Un valor de consistencia interna de 0,70 o superior (7) se consideró aceptable en el análisis de fiabilidad del modelo Rasch; estos valores se calcularon para ítems y sujetos. La estabilidad temporal se evaluó con el procedimiento test-retest en 21 estudiantes de Enfermería que completaron el cuestionario dos veces en un intervalo de dos semanas, mediante el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI). La validez de constructo se comprobó mediante un Análisis Factorial Exploratorio. Además, testamos la validez discriminatoria con una hipótesis en grupos conocidos (grupos con alto y bajo conocimiento esperado en salud medioambiental), comparando a estudiantes que habían asistido a una sesión educativa sobre salud ambiental con estudiantes que no lo habían hecho, mediante una prueba de diferencia de medias.

Finalmente, realizamos un análisis descriptivo, donde calculamos valores descriptivos univariantes, el porcentaje de respuestas correctas y el índice de ignorancia. Además, usando la puntuación total y el número de ítems de los cuestionarios, se calculó la ratio, para indicar el nivel de conocimientos.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Jaén.

3. Resultados:

Construimos 55 ítems, pasando a ser reducidos a 26, obteniendo un índice de Flesch-Szigriszt de 62,02 (dificultad normal).

Los expertos y las expertas eliminaron 2 ítems, con una V de Aiken menor de 0,80, y añadieron otros 6 ítems, quedando 30.

Además, algunos ítems fueron reescritos siguiendo las sugerencias de los expertos, las expertas y estudiantes que realizaron los cuestionarios.

En la prueba piloto con 153 participantes, se eliminaron 2 ítems y se reescribieron 16, quedando 28.

El ChEHK-Q mostró buen ajuste al Modelo de Rasch, siendo los valores de Infit and Outfit cercanos a 1, confirmando la unidimensionalidad del constructo. Cuatro ítems sobrepasaron el límite superior de Outfit, pero sólo dos fueron eliminados, ya que se mostraron en el mapa de ítems por debajo del nivel de habilidad de los sujetos de la muestra. En el cuestionario final de 26 ítems, la media de Infit fue 1,002 (0,875 a 1,160) y la de Outfit fue 0,996 (0,840 a 1,262). Los valores de dificultad oscilaron entre -1,75 a 2,66. El índice de separación de los ítems fue 7,45 y el índice de separación de las personas fue 1,53. Los valores de fiabilidad fueron 0,98 para los ítems y 0,70 para las personas. La estabilidad temporal (Coeficiente de Correlación Intraclase) fue de 0,86 (0,66-0,94). El análisis factorial exploratorio encontró un cuestionario unidimensional con evidencia de buena validez de constructo. El estadístico T de Student (ya que la muestra fue normal), encontró que el ChEHK-Q diferencia correctamente entre estudiantes con alto o bajo conocimiento ($p < 0,001$).

La puntuación media de conocimientos fue de $15,19 \pm 4,08$, sobre un máximo de 26 puntos. El ítem 1 ("La población pediátrica es más susceptible a las amenazas medioambientales debido a su inmadurez biológica") y 24 ("Las escuelas y guarderías son lugares libres de riesgos medioambientales") obtuvieron el mayor acierto, 89,3%, mientras que el ítem 19 ("La mayor fuente de exposición infantil a pesticidas es a través del aire ambiental") el menor, 14,6%. Los ítems con mayor índice de ignorancia fueron el 8 ("El tabaquismo pasivo está asociado al desarrollo de leucemias agudas en la infancia") y 11 ("Durante la infancia se absorbe más de la mitad de la radiación ultravioleta solar esperada a lo largo de toda la vida") con un 43,2%.

Se propuso la siguiente categorización: conocimientos excelentes (>90% respuestas correctas), 4 participantes en la muestra; conocimientos muy buenos (80-90% respuestas correctas), 27 participantes en la muestra; conocimientos buenos (60-80% respuestas correctas), 116 participantes de la muestra; conocimientos insuficientes (40-60% respuestas correctas), 120 participantes de la muestra; y conocimientos pobres (<40% respuestas correctas), 41 participantes de la muestra. Según la categorización propuesta, 161 estudiantes (52%) no alcanzaron el nivel de conocimientos adecuado.

4. Discusión:

Esta investigación se ha centrado en el desarrollo y validación de una nueva herramienta para medir el conocimiento en Salud Medioambiental Infantil en estudiantes de Enfermería. El cuestionario tiene una buena validez de contenido basada en un sólido proceso de revisión por parte de un panel de expertos y expertas. También muestra características psicométricas adecuadas. El ChEHK-Q está diseñado como un cuestionario de 26 ítems, fácilmente utilizable online o en papel de manera auto-administrada. Es una herramienta unidimensional, que producen una puntuación total para medir el nivel de conocimientos sobre Salud Medioambiental Infantil simplemente sumando el número de respuestas correctas. El cuestionario se puede obtener a través de la página web del proyecto (8).

Para el análisis psicométrico, utilizamos la Teoría de Respuesta al Ítem porque hace suposiciones fuertes y, por lo tanto, obtiene resultados más robustos que los de la Teoría Clásica de Medición (9). A través del análisis de ítems, algunos de los ítems más fáciles de ChEHK-Q fueron eliminados porque no contribuían a la capacidad discriminante de la escala. Aunque algunos ítems tenían valores de Infit y Outfit superiores a los valores conservadores que establecimos, no superan los valores entre 0,7 y 1,3, que son los

establecidos por otros autores menos restrictivos (10,11). Los parámetros del modelo revelan la fortaleza de los ítems, aunque con algunas restricciones en la población de la muestra. Esto podría deberse al tamaño y homogeneidad de la muestra, por lo que se propone que en futuros estudios se incremente la muestra con estudiantes de Enfermería de otras universidades, incluso de diferentes países.

Nuestra investigación también proporciona evidencia de validez de constructo. Y la medida de conocimiento producida por el cuestionario es estable a lo largo del tiempo.

El ChEHK-Q es la primera herramienta desarrollada y aplicada para medir el conocimiento en Salud Medioambiental Infantil. No hemos encontrado ninguna escala para medir este concepto (conocimiento en Salud Medioambiental Infantil) para usarla como un estándar de evaluación de la validez de criterio. Sin embargo, encontramos el estudio de Richardson y cols (12) que desarrolló un cuestionario para evaluar las actitudes de los estudiantes de Enfermería de cuatro países europeos sobre la inclusión de la sostenibilidad ambiental en el currículo de Enfermería. Álvarez-Nieto y cols (13) evaluaron la calidad de materiales educativos sobre Enfermería y la sostenibilidad; en este caso, el ChEHK-Q sería útil para evaluar el conocimiento antes y después de las sesiones educativas.

El análisis descriptivo mostró que hay un gran número de estudiantes de Enfermería con buenos conocimientos en Salud Medioambiental Infantil, pero también hay un mayor número que necesita mejorar sus conocimientos. Así, queremos resaltar que la formación universitaria en Enfermería debe incluir temas medioambientales (14), para un mejor manejo de éstos en la clínica. El uso del ChEHK-Q puede ayudar a guiar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la educación superior sobre Salud Medioambiental Infantil. Además, en las enfermeras pediátricas, el ChEHK-Q podría utilizarse para determinar sus conocimientos en Salud Medioambiental Infantil, antes y después de las iniciativas para aumentar su capacitación en esta área.

El presente estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Meyer JP. Applied measurement with JMetrik. 1ªed. Nueva York: Routledge; 2014.
2. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Recolección de los datos cuantitativos. En: Metodología de la investigación. 5ªed. México: McGraw Hill; 2010. p.196-275.
3. Barrio-Cantalejo IM, Simón-Lorda P, Melguizo M, Escalona I, Marijuán MI, Hernando P. Validación de la Escala INFLESZ para evaluar la legibilidad de los textos dirigidos a pacientes. An Sist Sanit Navar. 2008;31(2):135-52.
4. Pineault R, Daveluy C. La Planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias. 2ªed. Barcelona: Masson; 1987.
5. Charter RA. A breakdown of reliability coefficients by test type and reliability method, and the clinical implications of low reliability. J Gen Psychol. 2003;130(3):290-304.
6. Polit DF, Beck CT. Developing and testing self-report scales. En: Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8ªed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p.474-505.
7. Nunnally JC, Bernstein I H. Teoría psicométrica. 2 ed. México: McGraw-Hill; 1995.
8. CuidSalud [Sede Web]. Salud Medioambiental Infantil. Jaén: Enfermería e Innovación en Cuidados de Salud; 2018. Disponible en <http://cuidsalud.com/en/inv/children-environmental-health/> (acceso 21-8-2018).
9. Navas MJ. Teoría Clásica de los Tests versus Teoría de Respuesta al Ítem. Psicológica. 1994;15:175-208.
10. Blackman IR, Giles T. Psychometric evaluation of a self-report evidence-based practice tool using Rasch analysis. Worldviews Evid Based Nurs. 2015;12(5):253-64.
11. Boone WJ. Rasch analysis for instrument development: why, when, and how? CBE Life Sci Educ. 2017;15(4).
12. Richardson J, Heidenreich T, Álvarez-Nieto C, Fassier F, Grose J, Huss N, Huynen M, López-Medina IM, Schweizer A. Including sustainability issues in nurse education: a comparative study of first year student nurses' attitudes in four European countries. Nurse Educ Today. 2016;37:15-20.

13. Álvarez-Nieto C, Richardson J, Parra-Anguila G, Linares-Abad M, Huss N, Grande-Gascón ML, Grose J, Huynen M, López-Medina IM. Developing digital educational materials for nursing and sustainability: The results of an observational study. *Nurse Educ Today*. 2018;60:139-46.
14. Álvarez-Nieto C, López-Medina IM, Linares-Abad M, Grande-Gascón ML, Álvarez-García C. Currículum enfermero y estrategias pedagógicas en materia de sostenibilidad medioambiental en los procesos de salud y cuidado. *Enfermería Global*. 2017;16(3):651-64.

AUTORES/AUTHORS:

Sandra Bermejo Ruiz, Verónica Velasco González

TÍTULO/TITLE:

Administración de Fármacos Antiangiogénicos por parte de Enfermería

OBJETIVO: Analizar la función de Enfermería en la administración de fármacos antiangiogénicos.

MÉTODO:

Diseño: Revisión sistemática, realizada con ayuda de la herramienta CASPe.

Pregunta de revisión: ¿Puede la Enfermera Oftalmológica administrar fármacos antiangiogénicos de forma eficaz y segura?

Criterios de inclusión de los artículos encontrados ≤ 10 años desde la fecha de publicación y valorar el papel de la Enfermería en la administración de Antiangiogénicos.

Bases de datos usadas: Pubmed, la biblioteca Cochrane, EMBASE, CINAHL, Dialnet y NHS. Descriptors y operadores booleanos: Nurse administration AND intravitreal injection/Nurse-led AND antiangiogenic therapy OR antiangiogenic administration OR intravitreal injection/Nursing OR nurse AND antiangiogenic therapy OR antiangiogenic administration OR intravitreal injection.

Criterios de selección de artículos: de 183 artículos totales encontrados. Fueron rechazados: 159 por los criterios de inclusión, 13 por el resumen y 2 tras su lectura. Seleccionando 4 revisiones sistemáticas y 5 estudios de investigación.

RESULTADOS:

En la mayoría de estudios la enfermera especialista tuvo un periodo de formación y práctica. Antes de poder realizar este procedimiento hubo una prueba objetiva en la que fue probada su capacitación. Tras ser evaluada, realizó la técnica de manera independiente contando con el apoyo de un oftalmólogo.

Se mostró que la administración de fármacos antiangiogénicos por parte de Enfermería era totalmente segura, obteniendo un número de complicaciones muy bajo similar a la obtenida con los oftalmólogos.

Al medir el grado de aceptación por parte de los pacientes, se mostró un gran impacto positivo, ya que fue muy bien aceptado.

Entre los beneficios derivados de este procedimiento, se dio un aumento del número de inyecciones intravítreas administradas. Al mismo tiempo los oftalmólogos disminuyeron el tiempo dedicado a este procedimiento, invirtiéndolo en diagnosticar nuevas enfermedades y realizar un mejor seguimiento de sus pacientes.

DISCUSIÓN E IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA:

El envejecimiento de la población ha aumentado el número de personas que sufren DMAE húmeda, que es la primera causa de ceguera en países desarrollados. Debiendo fomentar el desarrollo de alternativas para poder hacer frente a la demanda de inyecciones intravítreas de antiangiogénicos, en este caso, siendo la enfermera especialista la que lo realiza. Además, este hecho ha ayudado a descongestionar las listas de espera.

De la misma forma, el hecho de que sea la enfermera especialista la que realiza esta técnica ha hecho que aumente la eficiencia y sea una forma de abaratar los costes de este tratamiento. Además de que permite que los oftalmólogos puedan encargarse de otras tareas propias de su profesión.

Sí que es cierto, que la enfermera especialista, necesita una formación previa antes de poder ejercer por sí misma la técnica, además de ser evaluadas para poder demostrar su capacitación. Es muy importante que se establezcan protocolos y guías de práctica clínica que respalden su actuación.

Estos estudios son muy recientes, hecho que hace que sea un nuevo foco de investigación para la Enfermería Oftalmológica y su instauración en España. Además, se ha demostrado que no existe ningún conflicto de intereses respecto a este tema, que hace que sea bien aceptado por la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Van der Reis MI, et al. A systematic review of the adverse events of intravitreal anti-vascular endothelial growth factor injections. *Retina*. 2011;31(8):1449-69.
- NICE: Age-related macular degeneration. NICE guideline. 2018.
- New NICE Age Related Macular Degeneration guidance supports potential cost savings for the NHS. Royal College of Ophthalmologists. 2018.
- Pilli S, et al. Endophthalmitis associated with intravitreal anti- VEGF therapy injections in an office setting. *Am J Ophthalmol*. 2008;145(5):79-82.
- Wu L, et al. Twelve-month safety of intravitreal injections of bevacizumab: results of the Pan-American Collaborative Retina Study Group. *Graefes Arch Clin Exp Ophtahalmol*. 2008;246(1):81-7.
- Quiroz-Mercado H, et al. Our experience after 1765 intravitreal injections of bevacizumab: the importance of being part of a developing story. *Semin Ophthalmol*. 2007;22:109-125.
- Aiello LP, et al. Evolving guidelines for intravitreal injections. *Retina* 2004; 24(5):S3-S19.
- J DaCosta, et al. *Eye (Lond)*. 2014;28(6):734–740.
- Rasul A, et al. Non-physician delivered intravitreal injection service. *Danish medical journal*. 2016.V(63).
- Stanley H, et al. Nurse-led intravitreal injection clinics: defining the ophthalmic nurse's scope of practice and educational needs. *International Journal of Ophthalmic Practice*. 2014.V(4).
- Li E, et al. Nurse-administered intravitreal injections: a systematic review. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2015;253:1619–1621.
- Hasler PW, et al. Safety study of 38,503 intravitreal ranibizumab injections performed mainly by physicians in training and nurses in a hospital setting. *Acta Ophthalmol* 2015;93:122-5.
- Simcock P, et al. A safety audit of the first 10.000 intravitreal ranibizumab injections performed by nurse practitioners. *Eye (Lond)* 2014;28(10):1161–1164.
- Austeng D, et al. Nurse-administered intravitreal injections of anti-VEGF: study protocol for noninferiority randomized controlled trial of safety, cost and patient satisfaction. *BMC Ophthalmol* 2016;16:169.
- Michelotti MM, et al. Transformational change: nurses substituting for ophthalmologists for intravitreal injections – a quality-improvement report. *Clin Ophthalmol*. 2014;8:755–761.
- Samalia P, et al. Nurse specialists for the. NeW Zealand Medical Association. 2016.CXXIX(1438).
- Brandi S, et al. Translational public health care perspective: intravitreal treatment of neovascular age-related macular degeneration has revolutionized clinical ophthalmology. *Acta Ophtalmologica*. 2015;(93):103-104.

AUTORES/AUTHORS:

Ermelinda Macedo, Filomena Gomes, Analisa Candeias, Ana Duarte, Sílvia Peixoto, Carla Azevedo, Irene Silva, Antónia Garcia, Catarina Iglésias

TÍTULO/TITLE:

Satisfaction with the Social Support of People with Mental Illness in Recovery Process

Objective

Evaluate the satisfaction with the social support of people with mental illness, in the scope of recovery, after hospital discharge.

Methods

This study is part of a research project (InterComuniCaRe), which object of study is related to the recovery of people with mental illness. The phase presented in this work, Implementation of an Individual Intervention Program, comprehends 3 evaluation moments: M0-initial evaluation (hospital discharge); M1-intermediate evaluation (2 months after initial evaluation); M2-final evaluation (4 months after the initial evaluation). This is a quantitative, descriptive and exploratory study which intends to disclose the results of M0 related to satisfaction with social support. The sample (obtained with a convenience sampling technique), at this moment, is constituted by 36 participants. Sample selection criteria: presence of mental illness; age ≥ 18 years, excluding people with dementia, intellectual debility and addiction problems. The evaluation of the satisfaction with social support was performed using the Social Support Satisfaction Scale 1, that has 15 items, distributed by 4 dimensions: Satisfaction with Friends, Intimacy, Family Satisfaction and Social Activities. The study was approved by an Ethic Committee. All participants signed a free and informed consent. Descriptive statistical analysis was made using IBM Statistical Package for Social Sciences, version 25.0.

Results

In this study were evaluated 36 participants: 35 females; age mean of 48,7 ($\pm 10,8$) years; 55,6% attended middle school; 41,7% are employed, 33,3% are unemployed; 44,4% present psychotic disorders, 38,9% present mood disorders and 16,7% personality disorders. To facilitate comparisons between the Scale's dimensions, scores were converted from 0 to 100, according to the author's orientation. The full score of the Scale may vary between 15 and 75. The highest score of the dimensions, and the highest total score of the Scale, correspond to a higher perception of social support. From the analysis, the dimension with the lowest score was Social Activities (47,8 \pm 19,6), followed by Intimacy (58,3 \pm 18,6) and Satisfaction with Friends (59,7 \pm 21,3), being the highest score attributed to the Family Satisfaction dimension (68,9 \pm 22,0). A score of 44,1 \pm 10,7 was obtained for the total punctuation of the Scale.

Discussion

Social support is one of the strategies of people to cope with the complexity and adversity of health and disease. It is known that social support can be understood by the quantity of relationships and their quality. This work indicates that the most fragile dimension is Social Activities and the strongest one is Satisfaction with the Family. These results are relevant so that the individual intervention programs designed for each person, in the scope of recovery, take into account the level of satisfaction that he/she presents with social support. The data from this study allows a serious reflection of the subjective aspects of people's lives and confirms the importance of including them in the care process associated with the promotion of recovery.

Implications to the practice

The transition between hospital/home can be hard and complex, presenting a vulnerability that must be solved. Social support is an important dimension of the recovery process². The recovery implies an expanded process of the individual's adaptation to the context and to the implications of the diagnosis³. Quality of life can be also influenced by the conditions of the social support available⁴. With the results presented in this study we can develop a more individualized and directed intervention to the necessities of the person with mental illness, related with the social support.

The health professionals should support all the process through the many specialized interventions, evaluating the necessities,

priorities, goals, and resources that promote the health transition of the individual and present an important intervention role along the recovery.

Conflict of interests

There are no conflicts of interest detected in this study.

This work is a result of the project (NORTE-01-0145-FEDER-023855), supported by Norte Portugal Regional Operational Programme (NORTE 2020), under the PORTUGAL 2020 Partnership Agreement, through the European Regional Development Fund (ERDF).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliography

1. Ribeiro J. Escala de Satisfação com o Suporte Social. Lisboa: Placebo Editora; 2011.
2. Slade M. 100 ways to support recovery – A guide for mental health professionals. 2nd Edition. London: Rethink Mental Illness; 2013.
3. Costa JL, Gonçalves MD. A extrema vulnerabilidade na transição dos cuidados hospitalares para o domicílio – Uma análise sobre determinantes sociais de saúde [Internet]. *Intervenção Social*. 2013-2015; 42(45):175-191. Lisboa: Universidade Lusíada de Lisboa. Disponível em: <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/2205>
4. Rodrigues VB, Madeira M. Suporte social e saúde mental: revisão da literatura [Internet]. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. 2009; 390-399. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/61007878.pdf>

AUTORES/AUTHORS:

Silvia Portero de la Cruz, Jesús Cebrino Cruz, Javier Herruzo Cabrera, Manuel Vaquero Abellán

TÍTULO/TITLE:**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y FACTORES RELACIONADOS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**

Objetivos: determinar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por el personal de enfermería de los servicios de urgencias hospitalarios y evaluar la posible relación entre las características sociodemográficas y laborales y el empleo de estrategias de afrontamiento en aquellos profesionales.

Métodos: estudio transversal multicéntrico llevado a cabo en cuatro hospitales (dos públicos y dos privados) de la Comunidad Autónoma de Andalucía (España) durante los meses de marzo a diciembre de 2016. Los sujetos de estudio fue el personal de enfermería que trabajara en los servicios de urgencias de los hospitales seleccionados. Los criterios de inclusión fueron: profesionales laboralmente activos en el momento de recogida de datos y cuya antigüedad en el servicio fuera superior a un año. Los criterios de exclusión fueron: profesionales en tratamiento activo con ansiolíticos/depresivos. Se utilizó un cuestionario original y específico que recogía variables sociodemográficas y laborales y el cuestionario COPE-28 para medir el afrontamiento, validado en nuestro medio. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: participaron 171 profesionales de enfermería. El 73.10% eran mujeres. La edad media fue de 47.85 (8.11) años. El 60.23% estaban casados/as. El tiempo medio de labor asistencial en el servicio de urgencias fue de 12.76 (9.77) años. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los profesionales fueron la aceptación [1.70 (0.82) puntos], el afrontamiento activo [1.66 (0.83) puntos] y la reinterpretación positiva [1.47 (0.72) puntos]. El tipo de afrontamiento más usado fue centrado en el problema [1.51 (0.51)]. La media de afrontamiento centrado en la evitación (desadaptativo) fue significativamente superior en aquellos profesionales con contrato eventual/interino con respecto a aquellos que tenían la plaza en propiedad (1.13 vs. 0.99 puntos; $p=0.04$). Además, encontramos relación positiva y significativa entre la edad y el afrontamiento centrado en la evitación ($r=0.21$; $p<0.01$). No hallamos relación entre el sexo y el afrontamiento centrado en el problema [hombres: 1.40 (0.48) puntos; mujeres: 1.55 (0.52) puntos].

Discusión: las estrategias de afrontamiento más frecuentes son la aceptación, el afrontamiento activo y la reinterpretación positiva. Las variables sociodemográficas y laborales consideradas no están relacionadas con el estilo de afrontamiento centrado en el problema y en la emoción. Las variables relacionadas con el afrontamiento centrado en la evitación son el tipo de contrato eventual/interino, la edad, estar soltero/a y el número de pacientes atendidos a diario. Teniendo en cuenta que la respuesta generada por el personal sanitario ante situaciones o condiciones similares es desigual, resulta necesaria una investigación más completa sobre los estilos de afrontamiento con objeto de llevar a cabo programas de prevención e intervención como herramientas útiles en la promoción y puesta en marcha de nuevas estrategias de afrontamiento con un abordaje integral tanto a nivel individual, social como organizacional que posibiliten niveles adecuados de salud física y mental en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Crespo M, Cruzado, JA. La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1997;23(92):797-830.

Momeni M, Fahim F, Vahidi E, Nejati A, Saeedi M. Evaluation of factors affecting psychological morbidity in emergency medicine practitioners. *World J Emerg Med*. 2016;7:203-7. doi: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2016.03.007

Kerai SM, Khan UR, Islam M, Asad N, Razzak J, Pasha O. Post-traumatic stress disorder and its predictors in emergency medical service personnel: a cross-sectional study from Karachi, Pakistan. *BMC Emerg Med.* 2017;17(1):26-32. doi: 10.1186/s12873-017-0140-7

Yates P, Benson EV, Harris A, Baron R. An investigation of factors supporting the psychological health of staff in a UK emergency department. *Emerg Med J.* 2012;29(7): 533-5. doi: 10.1136/emj.2010.099630

Jonsson A, Segesten K. Guilt, shame and need for a container: a study of post-traumatic stress among ambulance personnel. *Int Emerg Nurs.* 2004;12(4):215-23. doi: 10.1016/j.aen.2004.05.001

AUTORES/AUTHORS:

MARIANO CARLOS HERNÁNDEZ GARCÍA, ALBERTO HERNÁNDEZ DE BENITO, HILARIO HERNÁNDEZ OVEJERO, BEATRIZ RUBIO RUIZ, CARLOS JIMÉNEZ PÉREZ, ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ

TÍTULO/TITLE:

Soporte Vital Avanzado Enfermero: Visión de los protagonistas

1. **Objetivos:** La disciplina enfermera ha recorrido un largo camino en la historia hasta convertirse en la profesión que se conoce hoy en día. Asimismo, se ha posicionado dentro de los Sistemas Integrales de Emergencias, como una pieza clave, liderando una ambulancia de clase C, una situación en la que en ausencia del facultativo el personal de enfermería asume mayores responsabilidades. Con el presente estudio se pretende describir la experiencia vital de un grupo de profesionales de enfermería que desarrollan su actividad como responsables en un Soporte Vital Avanzado Enfermero (SVAE). En ese marco, se pretende valorar las motivaciones personales que han llevado a los participantes a formar parte de estas unidades, conocer el significado que otorgan a sus primeras experiencias e identificar los posibles temores o dudas que surgen en la práctica, así como conocer el grado de satisfacción de los profesionales con este servicio e intentar describir el perfil idóneo para ser enfermero de SVAE.

2. **Métodos:** Para dar respuesta a los objetivos se ha desarrollado un estudio descriptivo y transversal, con metodología cualitativa a través de entrevistas personales a una muestra de 11 profesionales de enfermería que ejercen su actividad en un SVAE, en diferentes comunidades autónomas. Para el desarrollo de las entrevistas se seleccionaron profesionales de enfermería que hubieran trabajado en un SVAE, independientemente de continuar desarrollando su actividad en este servicio en el momento del estudio. El muestreo fue intencional, se realizó por propósito o conveniencia, accediendo a la muestra a través de la figura de un enfermero del sector de la emergencia que actuó como portero de la investigación. A su vez se empleó un muestreo por bola de nieve, pudiendo acceder a un mayor número de participantes.

3. **Resultados:** La experiencia vital expuesta por los participantes ha transcurrido desde las vivencias positivas con un sentimiento vocacional por la propia disciplina enfermera y la necesidad de ayudar a quien más lo necesite, hasta los momentos de gran carga emocional al tener que enfrentarse a situaciones adversas. Asimismo, han demostrado una alta resistencia a la ansiedad, pese a pasar unas primeras experiencias cargadas de inquietudes, que posteriormente solventarían con la experiencia adquirida. Los resultados obtenidos indican que se trata de unos profesionales movidos por vocación y pasión, asumiendo las nuevas responsabilidades con la ilusión de que la enfermería alcance cada día una mayor relevancia y autonomía.

4. **Discusión:** Según varios estudios, la profesión enfermera quedaría marcada con ciertos niveles de estrés desde la etapa estudiantil, observándose también en la etapa profesional, una elevada prevalencia de ansiedad o estrés laboral fuertemente ligadas a la implicación emocional que conlleva cuidar personas. En un SVAE afloran diversos temores en la práctica al tener que enfrentarse a nuevas responsabilidades para los profesionales de enfermería, que se asimilan a los inidentificados en varios estudios realizados en el ámbito de la urgencia y emergencia hospitalaria. Esas responsabilidades cargadas de estresores que refieren los profesionales de los SVAE, se vieron incrementadas con la entrada en vigor del Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, que deja al descubierto a los profesionales sin una garantía legal frente a sus actuaciones.

Implicaciones para la práctica clínica: Los participantes han mostrado una gran implicación con la enfermería y con la atención a la emergencia, asumiendo nuevas responsabilidades y un rol como líder para el que consideran imprescindible la experiencia y la capacidad de comunicación y autocontrol ante situaciones estresantes. Del estudio se desprende la conveniencia de fomentar esas aptitudes en los profesionales para optimizar la atención en el ámbito de la emergencia, dotándoles de destrezas y herramientas de autocontrol y seguridad.

El presente estudio no posee conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Abelsson, A. Lindwall, L. (2012) The Prehospital assessment of severe trauma patients` performed by the specialist ambulance nurse in Sweden – a phenomenographic study. *Abelsson and Lindwall Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 20(67), 1-8.
- Arrogante, O. (2017) Estrategias de afrontamiento al estrés laboral en Enfermería. *Metas Enfermería*. 19(10), 71-76.
- Arslan, S. Karaman Özlü, Z. Özer, N. Nazik, E. Gümüş, K. Özlü, I. (2015). Investigating the Stress Level of Nurses Working at Emergency Care Services: A pilot study. *International Journal of Caring Sciences*. 8(2), 420-426.
- Ayuso Murillo, D. (2018) Reconocimiento de la prescripción enfermera en España, una batalla a punto de culminar. *Enfermería Intensiva*. 29(1), 1-3.
- Lopera Betancur, M. A. Forero Pulido, C. Paiva Duque, L. E. Cuartas, V. M. (2016) El quehacer cotidiano de la enfermera significa soportar la carga. *Revista Cuidarte*. 7(2), 1262-70.
- Martínez Millán, D. (2018) Recomendaciones sobre el recurso Soporte Vital Avanzado Enfermero. *Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. Recuperado de: http://www.portalsemes.org/ubicuadocumentos/Recomendaciones_SVAE.pdf
- Moreno Leal, M.I. Fernández Angulo, N. Alonso Valderrama, A. Mezo Garro, I. (2009) Soporte vital con enfermería, abriéndose camino en la emergencia prehospitalaria. *Puesta al día en urgencias, emergencias y catástrofes*. 9(3), 161-163.
- Pantridge, J.F. Geddes, J.S. (1967) A Mobile Intensive-Care Unit in the management of myocardial infarction. *The Lancet*. 290(7510), 271-273.
- Rodríguez-Ávila, N. Riera i Prunera, C. Moreno-Arroyo, C. Monllau-Jaques, T. M. Puig-Llobet, M. (2017). La competencia de liderazgo en el grado de enfermería: Un análisis factorial de componentes principales. *Revista d'Innovació Docent Universitària*. (9), 124-133.
- Souza França, S. P. Figueiredo de Martino, M.M. (2014). Correlations between stress and burnout in mobile prehospital nursing care. *Journal of Nursing UFPE On Line*. 8(12), 4221-9.
- Vila Candel, R. Caja Pueyo, A. (2017). Diagnóstico de los niveles de estrés y satisfacción laboral de los enfermeros de un servicio de urgencias. *Enfermería Integral*. (115), 57-62.

AUTORES/AUTHORS:

Carmen M^a Sánchez Torrelo, Roger Alonso Royo

TÍTULO/TITLE:

Fisioterapia neurológica para la marcha en Esclerosis múltiple: Un ensayo clínico no aleatorizado.

Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria y autoinmune del sistema nervioso central con destrucción de la vaina de mielina que cursa con alteraciones motoras, sensitivas, visuales y fatiga entre otras.

Tipos: Remitente recurrente (RR), primaria progresiva (PP) y secundaria progresiva (SP).

Expanded Disability Status Scale (EDSS) de Kurtzke. Es un instrumento de evaluación de la progresión de la enfermedad. La puntuación de la escala es de 0 a 10; siendo 0 ausencia total de afectación y 10 la máxima afectación.

OBJETIVO:

Describir la marcha en pacientes con esclerosis múltiple tras la intervención de un programa de fisioterapia neurológica.

METODOLOGÍA**1. Ámbito o escenario de estudio:**

El estudio se realiza en la unidad de fisioterapia neurológica, situado en el hogar Virgen de los Reyes que forma parte del hospital universitario Virgen Macarena.

2. Diseño:

Ensayo clínico no aleatorizado.

3. Muestra:

Los sujetos son seleccionados mediante el sistema informático del Hospital Universitario Virgen Macarena, pertenecientes al hogar Virgen de los Reyes mediante muestreo no aleatorizado.

• Criterios de inclusión:

Pacientes de la unidad de neuro-fisioterapia Bio-funcional del HHUU Virgen Macarena.

Pacientes diagnosticados/as de EM con una evolución superior a 6 meses.

Índice de EDSS entre 4 y 7,5.

Capacidad de deambulación conservada.

Aceptación y firma de consentimiento informado.

• Criterios de exclusión:

Pacientes con limitación cognitiva o psiquiátrica que no permita la realización del tratamiento o entender los términos del consentimiento informado.

Pacientes con algún problema o alteración no relacionados con la EM que altere la marcha y/o los ejercicios/tratamientos.

4. Intervención:

Los pacientes son evaluados dos veces, al inicio y al finalizar la intervención.

El tratamiento consta de una sesión semanal en la unidad; el resto de la semana realizará ejercicios en su domicilio.

El protocolo del tratamiento en la intervención consta de sistemas de bipedestación dinámico, superficies vibratoras, cinta de marcha con suspensión mediante arnés, bicicleta estática, electroterapia, masoterapia, ejercicios en la unidad, estiramientos y ejercicios en domicilio.

5. Variables:

Variables independientes: edad y sexo.

Variables dependientes: FAP, diferencia de tiempo y distancia de paso, velocidad, cadencia y tiempo de deambulaci3n.

- FAP (Funcional ambulation profile): valor porcentual que compara la marcha estudiada con la marcha normal.
- Cadencia: n3mero de pasos realizados por minuto.
- Diferencia de longitud de paso: es la diferencia de longitud entre los dos talones en la fase de apoyo de dos pasos sucesivos medidos en cent3metros.
- Diferencia de tiempo de paso: es la diferencia de tiempo entre la realizaci3n del paso entre ambas EEII medida en segundos.
- Velocidad: es la distancia recorrida por unidad de tiempo, cm/s.
- Tiempo de deambulaci3n: tiempo que tarda en recorrer el tapiz analizado en segundos.

6. Instrumentos/ procedimiento utilizado:

Se realizan tres tomas de datos de la marcha durante tres meses mediante el sistema GAITRITE ELECTRONIC WALKWAY consistente en un tapiz de 8 metros con sensores de presi3n, EL SISTEMA GAITRITE® ELECTRONIC WALKWAY es un sistema de an3lisis de la marcha formado por un tapiz con sensores de presi3n, una c3mara webcam y un software.

- El paciente realiza la marcha sobre el tapiz de 8 metros con sensores y se recoge la informaci3n mediante el software y la webcam.

7. An3lisis de datos:

Los datos son analizados mediante el programa inform3tico Microsoft Excel.

RESULTADOS

De una muestra total de 30 pacientes el 46,6% son hombres y el 53,3% son mujeres con una media de edad de 46,4 a3os.

La media de la EDSS es de 5.2.

- FAP: ha aumentado un 4%.
- Tiempo de deambulaci3n: ha disminuido 3 segundos.
- Velocidad: ha aumentado 3 metros por minuto.
- Cadencia: ha disminuido 6 pasos por minuto
- Diferencia de longitud de paso: ha disminuido 1.5cm.
- Diferencia de tiempo de paso: ha disminuido 0.03 segundos.

CONCLUSIONES

La Cadencia ha disminuido que junto al aumento de la velocidad significa que con el mismo tiempo realiza menos pasos, pero aumenta la distancia. La disminuci3n de diferencia de tiempo y distancia de paso significa que la marcha es m3s sim3trica, es decir, la calidad de la marcha ha mejorado y el FAP ha aumentado, lo que significa que la marcha en general ha mejorado.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La muestra del estudio es peque3a por lo que los resultados no son concluyentes.

El an3lisis de los datos es insuficiente.

El 3ndice de la EDSS es demasiado heterog3neo.

DISCUSI3N

La muestra del estudio es peque3a por lo que los resultados no son concluyentes, en intervenciones futuras tendremos que aumentar la muestra.

El tratamiento de los datos obtenidos deber3 realizarse en futuras intervenciones mediante an3lisis estad3sticos para as3 arrojar m3s

luz al problema estudiado.

La heterogeneidad del índice de la EDSS sería necesario corregirla y acotarla para conseguir una segmentación de la EDSS que nos permita obtener muestras más homogéneas.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Es necesario estudiar la efectividad de tratamientos de fisioterapia en patologías neurológicas para conseguir:

- Recuperación de la autonomía e independencia a los pacientes y así mejorar su calidad de vida.
- Disminución de la carga en familiares/cuidadores.
- Reducción los reingresos por complicaciones secundarias a la funcionalidad/movimiento del paciente.

Y como consecuencia de todo lo anteriormente mencionado, abaratar costes por dependencia por paciente.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

ABREVIATURAS:

EM: Esclerosis múltiple.

RR: Remitente recurrente.

PP: Primaria progresiva.

SP: Secundaria progresiva.

EDSS: Escala de Estado de Discapacidad Expandida de Kurtzke.

FAP: Funcional ambulation profile.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Tosh J, Dixon S, Carter A, Daley A, Petty J, Roalfe A, et al. Cost effectiveness of a pragmatic exercise intervention (EXIMS) for people with multiple sclerosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *Mult Scler J* [Internet]. 13 de julio de 2014;20(8):1123-30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24421304>
2. Chang C-H, Cella D, Fernández O, Luque G, de Castro P, de Andrés C, et al. Quality of life in multiple sclerosis patients in Spain. *Mult Scler J* [Internet]. 2 de diciembre de 2002;8(6):527-31. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12474996>
3. Gervasoni E, Cattaneo D, Jonsdottir J. Effect of treadmill training on fatigue in multiple sclerosis. *Int J Rehabil Res* [Internet]. marzo de 2014;37(1):54-60. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24220224>
4. Medina-Perez C, de Souza-Teixeira F, Fernandez-Gonzalo R, de Paz-Fernandez JA. Effects of a resistance training program and subsequent detraining on muscle strength and muscle power in multiple sclerosis patients. *NeuroRehabilitation* [Internet]. 2014;34(3):523-30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24463236>
5. Coote S, Hughes L, Rainsford G, Minogue C, Donnelly A. Pilot Randomized Trial of Progressive Resistance Exercise Augmented by Neuromuscular Electrical Stimulation for People With Multiple Sclerosis Who Use Walking Aids. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. febrero de 2015;96(2):197-204. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25308884>
6. Coote S, Gallagher S, Msetfi R, Larkin A, Newell J, Motl RW, et al. A randomised controlled trial of an exercise plus behaviour change intervention in people with multiple sclerosis: the step it up study protocol. *BMC Neurol* [Internet]. 21 de diciembre de 2014;14(1):241. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25528262>
7. Sosnoff JJ, Moon Y, Wajda DA, Finlayson ML, McAuley E, Peterson EW, et al. Fall risk and incidence reduction in high risk individuals with multiple sclerosis: a pilot randomized control trial. *Clin Rehabil* [Internet]. 23 de octubre de 2015;29(10):952-60. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25540170>

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VII

Session of Oral Brief Presentations VII

AUTORES/AUTHORS:

MARIA SANCHEZ PEREZ, VERONICA VELASCO GONZALEZ

TÍTULO/TITLE:

VALORACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

OBJETIVO: Valorar los cuidados de enfermería administrados a pacientes oncológicos sometidos a tratamiento con quimioterapia.

MÉTODOS: Estudio de naturaleza cualitativa, basado en el paradigma interpretativo constructivista. La muestra se obtuvo a través de un muestreo no probabilístico, de conveniencia y de tipo intencional. El número de participantes no se pudo fijar con antelación, ya que este iba a depender de la capacidad de los entrevistados para narrar de manera explícita su experiencia en dicho tema. Por lo tanto, se dejó de entrevistar a pacientes cuando se llegó a la saturación de datos.

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años y de habla castellana, en tratamiento quimioterápico en un Hospital de Día, desde hace al menos 3 meses. Fueron excluidos del estudio aquellos sujetos que por su situación de salud no era recomendable su participación, así como los diagnosticados recientemente o aquellas personas dependientes para las actividades básicas de la vida diaria.

Recogida de datos: los participantes fueron entrevistados por la investigadora a través de entrevistas en profundidad, donde se tuvieron en cuenta diversas variables como: efectos secundarios del tratamiento, cuidados recibidos por enfermería y valoración de los mismos por los pacientes, conciliación laboral y social, etc. El análisis de datos se llevó a cabo a través de la teoría de Amedeo Giorgi, basada en la codificación de la información en grupos de significado que ayudaran a entender el tema a estudio.

RESULTADOS: La muestra con la que se han obtenido los datos del estudio es de 15 participantes. El grado de satisfacción de los participantes estudiados con relación a los cuidados de enfermería recibidos es alto, a pesar del escaso contacto que tienen con el personal de enfermería. Este contacto es puntual, durante la administración del tratamiento en el Hospital de Día, donde enfermería resuelve dudas, realiza educación para la salud breve, cura puertos intravenosos, ... además de administrar el tratamiento, siendo esta su función principal.

DISCUSIÓN: Lejos de los objetivos establecidos para la atención al paciente oncológico, plasmado en diversas guías y programas de salud, la muestra estudiada recibe un trato puntual, aunque de calidad, por parte de enfermería, no existiendo una consulta programada donde llevar el seguimiento de estos pacientes. Dicha consulta, establecida ya en muchos hospitales de España con excelentes resultados, permite abordar la enfermedad oncológica desde un punto de vista holístico (bio-psico-social). Para ello, en estas consultas se recibe al paciente y a su familia desde el diagnóstico hasta el fin de la enfermedad, valorando diversos puntos como: la red familiar y social con la que cuenta el paciente, la capacidad de asimilación de la enfermedad y si precisa ayuda psicológica, la prevención y/o resolución de los efectos secundarios a la quimioterapia que van apareciendo a lo largo del tratamiento, así como el fomento de la conciliación a nivel social, y a nivel laboral cuando sea posible. Este seguimiento permite que entre enfermería y el paciente se cree una "relación de ayuda" basada en una comunicación efectiva, donde el paciente es capaz de expresar sus sentimientos, inquietudes y necesidades, y de esta manera poder actuar de manera precoz ante los problemas y complicaciones que van surgiendo en el proceso de la enfermedad.

Por lo tanto, se detecta una gran diferencia en la atención y el abordaje de este tipo de pacientes por parte de enfermería, en diferentes hospitales de España, siendo, nuestra muestra estudiada, receptora de unos cuidados de menor calidad.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA: Tras conocer la escasa relación y seguimiento por parte de enfermería a los pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico, se detecta la necesidad de crear una consulta de enfermería oncológica presente ya en otros muchos hospitales, para el control y manejo de síntomas, apoyo psicológico, y establecimiento de un plan de cuidados individualizado desde el inicio al fin de la enfermedad.

Este trabajo no presenta ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Molina Villaverde R. El paciente oncológico del siglo xxi. Maridaje terapéutico Nutrición-Oncología. Nutrición Hospitalaria. 2016;33(1).

- Díaz Cortés M. Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2011; 2(1): 55-61.
- Roca Llobet, J. and Ruiz Mata, F. *El paciente oncológico: Atención integral a la persona*. Jaén: Formación Alcalá; 2009.
- Fernández Ortega, P. *Calidad de vida y cuidados enfermeros en el paciente oncológico [Tesis Doctoral]*. Universidad de Barcelona: Facultad de Enfermería; 2017.
- Junta de Castilla y León [Internet]. 2013. *Gestión de Procesos Oncológicos*. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/mejora-practicas-clinicas/gestion-procesos-oncologicos-oncoguias>
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (2013). *Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León*. Junta de Castilla y León.
- Proyecto ENCO: formación para profesionales de enfermería oncológica. (2018). IM Médico. [Internet]. Disponible en: <http://www.immedicohospitalario.es/noticia/13843/proyecto-enco-formacion-para-profesionales-de-enfermeria-oncologic>
- Arcusa A, León A, Vera R, Juan Vidal O, Del Barco S, Guillot M. et al. *Hospitales de día en oncología*. España: SEOM; 2015.

AUTORES/AUTHORS:

LORENA HORTIGÜELA MARTÍNEZ, MARIA ARANZAZU FEBRERO ORTIZ DE QUINTANA, MARIA DEL CARMEN TOMÉ ELENA, ALMUDENA MORAL VELASCO

TÍTULO/TITLE:

IMPACTO FÍSICO EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA

OBJETIVO

Describir los cambios físicos y de actitud respecto a la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama en tratamiento en la Unidad de Oncología Médica.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en el Hospital de día de Oncología del Complejo Asistencial Universitario de Burgos desde febrero hasta noviembre de 2016.

Participaron 118 mujeres. La inclusión se llevó a cabo mediante un muestreo consecutivo de acuerdo a los siguientes criterios: estar diagnosticadas de cáncer de mama, haber recibido tratamiento en los 2 últimos años, ser menor de 80 años y aceptar participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Se analizaron los aspectos físicos y la actitud que tienen respecto a los cambios que se producen en la imagen corporal durante el tratamiento del cáncer de mama.

La recogida de información se realizó mediante un cuestionario anónimo adaptado de otros cuestionarios validados y estructurado en diferentes apartados donde se recogían: datos sociodemográficos, preguntas relacionadas con los aspectos físicos (BIBCQ y MBSRQ)(1,2), aspectos sobre la calidad de vida específico del cáncer de mama (FACT-B + 4)(3) y cuestiones referentes al funcionamiento sexual en un módulo específico para el cáncer de mama (EORTC QLQ-BR23)(4), los tres últimos validados en España.

Las variables independientes incluían datos sociodemográficos y clínicos. Las variables dependientes evaluaban cómo han afectado a la imagen corporal los diferentes cambios que influyen tanto en el aspecto físico como en las actitudes de su vida diaria.

Los datos se codificaron en una tabla Excel y el análisis estadístico se llevó a cabo por el programa SPSS v.24, realizándose un estudio descriptivo.

El estudio fue presentado ante el Comité Ético de Investigación Clínica (Ref. CEIC 1527) recibiendo un informe favorable. El anonimato de las participantes estaba garantizado en todo momento y fueron informadas sobre el objetivo y la metodología del estudio.

RESULTADOS

La media de edad de la muestra fue de 46 años, con un rango de edad de 33- 80. El 59% (70/118) del total de la muestra estaban mastectomizadas. El 87% (60/70) con una extirpación de la mama tenía un cáncer ductal, diagnóstico que afecta al 91% (107/118) de la muestra total.

El 73% (86/118) de las participantes cuentan con pareja en el momento del estudio, de estas mujeres el 36% (31/86) consideran a su pareja como el cuidador principal. En cambio, el 65% de la muestra total (76/118) se consideran a ellas mismas como sus propias cuidadoras.

Los cambios físicos que las mujeres consideran más importantes son: el 85% (96/114) destaca la caída del cabello, seguido en un 58% (64/111) la pérdida de cejas, 56% (59/105) reducción del interés en las relaciones sexuales, 52% (58/113) refieren cansancio, 51% (57/111) pérdida de pestañas, 50% (57/113) cambios en las uñas y 48% (44/112) hacen referencia a los sofocos. Por lo que respecta a la actitud, al 58% (66/114) no le resulta nada difícil mirarse desnuda al espejo, en cambio el 54% (59/111) se siente poco o nada atractivas sexualmente, el 56% (59/105) afirma una reducción del interés por las relaciones sexuales y el 91% (93/102) en el

último mes tuvo una vida sexual escasa o nula. Las mujeres han aceptado la enfermedad bastante o mucho en un 90% (103/115), son capaces de disfrutar de la vida el 85% (96/113) y se sienten como una mujer el 80% (88/110).

Cabe señalar que los síntomas que menos refieren son con un 89% (100/113) la falta de apetito y con un 86% (97/113) las náuseas y vómitos, síntomas muy asociados a los efectos secundarios de los tratamientos de quimioterapia.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio han permitido identificar qué aspectos son los que más han afectado a las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que estaban recibiendo tratamiento en el momento del estudio. Respecto a la imagen corporal, destacan la caída del cabello y la autoestima, coincidiendo con un estudio realizado en la Comunidad Valenciana(5). Las participantes aunque asumen la enfermedad y disfrutan de la vida hay una parte que se sienten poco atractivas, además de señalar una disminución del interés por las relaciones sexuales. Dichos resultados son similares a los obtenidos en el estudio llevado a cabo en tres instituciones de México(6) y en una revisión sistemática(7) que evalúa la imagen corporal en este grupo de mujeres, destacando que los factores socioculturales influyen en el sentimiento de feminidad de este colectivo.

En un estudio publicado en 2011(8) y otro llevado a cabo en el año 2014 en Brasil(9), se incide como síntomas más frecuentes de la quimioterapia las náuseas, los vómitos, la anorexia y la astenia. Estos datos contrastan con los obtenidos en el presente estudio, en el que las participantes manifiestan que les han afectado poco o nada las náuseas, los vómitos y la falta de apetito. Sin embargo, sí que coinciden en un aumento del cansancio.

Este estudio puede ayudar a tomar medidas orientadas a mejorar o minimizar el impacto físico en estas pacientes. Las limitaciones que se han encontrado son las relacionadas con los diferentes parámetros que no han sido cumplimentados en su totalidad, bien por no sentirse identificadas con ellos o por no presentar los síntomas descritos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Baxter, N. N, Goodwin, P. J, Mcleod, R. S, Dion, R, Devins, G, Bombardier, Reliability and validity of the body image after breast cancer questionnaire. The breast journal. 2006; 12(3): 221-232
2. Botella García del Cid, L, Ribas Rabert, E, Ruiz, JB. Evaluación Psicométrica de la Imagen Corporal: Validación de la versión española del multidimensional body self relations questionnaire (MBSRQ). Revista Argentina de Clínica Psicológica [Internet]. 2009; XVIII (3):253-264. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921775006>
3. Coster S, Poole K, Fallowfield LJ. The validation of a quality of life scale to assess the impact of arm morbidity in breast cancer patients post-operatively. Breast Cancer Res Treat. 2001; 68(3): 273-282.
4. Sprangers MA, Groenvold M, Arraras JL, Franklin J, te Velde A, Muller M et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first result from a three country field study. Journal of clinical oncology. 1996; 14(10): 2756-2768.
5. Royo Aznar, A.; Roura Olmeda, P. Calidad de vida en pacientes intervenidas de cáncer de mama. 2012. 99 p. <<https://ddd.uab.cat/record/88489>> [Última consulta: 12 septiembre 2018].
6. Juárez García, D. M.; Landero Hernández, R. Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. Nova Scientia 2011; 4(7): 17-34.
7. Delgado, R. Evaluación de la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama: una revisión sistemática. Universitas Psychologica 2017; 16(4).
8. Baena-Cañada, J.M, et al. Influencia de los factores clínicos y biográficos en la calidad de vida de las mujeres durante la quimioterapia adyuvante por cáncer de mama. Revista de Calidad Asistencial 2011; 26(5):299-305.
9. da Costa Vargens, O. M. et al. Mulheres jovens com câncer de mama: lutando contra o câncer e o espelho. Enfermagem Obstétrica 2017; 4: e109.

AUTORES/AUTHORS:

Irene Díaz García, María Isabel Rihuete Galve

TÍTULO/TITLE:

UTILIDAD DE MALNUTRITION SCREENING TOOL (MST) EN LA DETECCIÓN DE LA MALNUTRICION EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Objetivo: La malnutrición es un problema frecuente en los pacientes oncológicos que repercute sobre la calidad de vida. Aunque hay instrumentos validados y fiables para valorar el estado nutricional, no siempre se pueden utilizar por el tiempo que precisan para su realización. Utilizar de forma sistemática un cribado nutricional, que detecte el riesgo nutricional, puede ser una herramienta muy útil y de fácil realización. El objetivo de nuestro estudio fue comprobar la efectividad del Malnutrition Screening Tool (MST) en la detección del riesgo de malnutrición en los pacientes con cáncer.

Objetivos secundarios:

- Analizar el estado nutricional de los pacientes al ingreso mediante el cribado nutricional MST y la Valoración Global Subjetiva Generada por Paciente (VGS-GP).
- Determinar las características socio-demográficas que conllevan mayor riesgo de malnutrición.
- Conocer la sintomatología más prevalente en los pacientes oncológicos relacionada con la desnutrición.
- Valorar la pérdida de peso en 6 meses sufrida por los pacientes desnutridos.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal no probabilístico de asignación accidental a 112 pacientes ingresados en una Unidad de Oncología de un hospital de cuarto nivel durante los meses de enero, febrero y marzo de 2017.

Criterios de inclusión:

- Pacientes ingresados en la unidad de Oncología con patología de base oncológica.
- El paciente debe ser mayor de 18 años.
- Aceptar de forma voluntaria su participación en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Paciente que por su situación de salud, a criterio de los investigadores, no están en condiciones de realizar los cuestionarios.
- Pacientes que no acepten la firma del consentimiento informado.
- Deterioro cognitivo que impida su colaboración en el estudio.

Criterios de retirada:

- No completar alguno de los parámetros de los cuestionarios.
- Decidir no participar en el estudio tras la firma del documento de consentimiento informado.

Procedimiento:

- Tras la emisión del informe favorable del Comité de Ética de la Investigación, se entregó la hoja informativa donde se detallaba, el objetivo principal, objetivos secundarios y la metodología del estudio.
- Se entregó el consentimiento informado a los pacientes, informando de su participación voluntaria y la confidencialidad de sus datos.
- A todos los pacientes que firmaron el consentimiento informado, se les entregó ambos cuestionarios de cribado nutricional: MST (Malnutrition Screening Tool) y VGS-GP (Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente).

Antes de proceder al análisis estadístico, se comprobó que las variables del objeto de estudio se ajustaban a una distribución normal

mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para la descripción de las variables cuantitativas se utilizaron las medidas de tendencia central y de dispersión, y para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes. Para analizar estadísticamente las puntuaciones finales del test de cribado MST con las puntuaciones categóricas de la VGS-GP se utilizó Chi cuadrado al tratarse de variables cualitativas. Se propuso un nivel de significación estadística para $p < 0,05$ y el intervalo de confianza del 95%. El análisis estadístico se realizó con el paquete IBM SPSS® Statistics v.22.0.

Resultados: Según el cribado nutricional MST un 53,6% de los pacientes presentaba riesgo de desnutrición concordando con un 54,5% obtenido en la VGS-GP, siendo frecuente en el cáncer gástrico y de páncreas en estadios avanzados (63,4%). Respecto al sexo y la desnutrición existieron claras diferencias entre hombres y mujeres. Las mujeres presentaron un estado nutricional bueno o intermedio, mientras que los hombres mostraban un mayor riesgo de sufrir desnutrición o desnutrición moderada. El 55,3% de los pacientes habían perdido peso en los últimos 6 meses. Un 50% manifestaban pérdida de apetito y un 62,5 % referían comer mal debido a ello. Además, presentaban pérdida de sabor un 32% y el 31%, sensación de plenitud y náuseas.

Discusión: El test de cribado nutricional MST ha demostrado ser efectivo en la detección del riesgo nutricional en la muestra de pacientes oncológicos estudiada. Las puntuaciones obtenidas en el cribado nutricional MST son similares con la posterior valoración del estado nutricional relacionada con la VGS-GP.

Tras la realización de este estudio de investigación, aconsejamos el MST como cribado nutricional validado en pacientes oncológicos para su utilización, como herramienta nutricional enfermera de forma sistemática al ingreso del paciente en una unidad de hospitalización de oncología.

Sin conflicto de intereses.

Palabras clave: MALNUTRICIÓN, PACIENTE, ONCOLÓGICO, CRIBADO NUTRICIONAL

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gómez Candela C, Marín Caro MM, Benítez Cruz S, Loria Kohen V, García Huerta M, Lourenço Nogueira T, et al. Autopercepción de los pacientes con cáncer sobre la relación existente entre su estado nutricional, su alimentación y la enfermedad que padecen. *Nutr Hosp*. 2008;23(5):477–486.
2. Richardson R, Davidson I. The contribution of the dietitian and nutritionist to palliative medicine. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5 ed Oxford: Oxford University Press; 2015.
3. Ferguson M, Capra S, Bauer J, Banks M. Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. *Nutr* 1999;15(6):458-64.
4. Álvarez J, Muñoz D, Planas M, Rodríguez I, Sánchez P, Seguí M. Cribado y valoración nutricional en el cáncer. *Nutr Hosp* 2008;1(Supl 1):24-5.
5. Kim JY, Wie GA, Cho YA, Kim SY, Kim SM, Son KH, et al. Development and validation of a nutrition screening tool for hospitalized cancer patients. *Clin Nutr* 2011;30(6):724-9.
6. Pereira JL. The Dietitian's Role in palliative care: A qualitative study exploring the scope and emerging competencies for dietitians in palliative care. *J Palliat Care Med* 2016;6(2).
7. Santana S. Comentario al artículo What is Subjective Global Assessment of Nutritional Status? *Nutr Hosp* 2008;23(4):395–407.
8. Persson C, Sjöden P-O, Glimelius B. The Swedish version of the patient-generated subjective global assessment of nutritional status: gastrointestinal vs urological cancers. *Clin Nutr* 1999;18(2):71–77.
9. Kwang AY, Kandiah M. Objective and subjective nutritional assessment of patients with cancer in palliative care. *Am J Hosp Palliat*

Care 2010;27(2):117-26.

10. Campos del Portillo R, Palma S, García N, Plaza B, Bermejo L, Riobó P, et al. Assessment of nutritional status in the healthcare setting in Spain. *Nutr Hosp* 2015;31(3 Supl 3):196-208.

11. Bauer J, Capra S. Comparison of a malnutrition screening tool with subjective global assessment in hospitalised patients with cancer-sensitivity and specificity. *Asia Pac J Clin Nutr* 2003;12(3):257-260.

12. Thoresen L, Fjeldstad I, Krogstad K, Kaasa S, Falkmer UG. Nutritional status of patients with advanced cancer: the value of using the subjective global assessment of nutritional status as a screening tool. *Palliat Med* 2002;16:33-42.

13. Barbosa-Silva MCG, Barros AJD. Indications and limitations of the use of subjective global assessment in clinical practice: An update. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2006;9(3):263-9.

AUTORES/AUTHORS:

CONSTANCIO MARTINEZ LOPEZ, ASCENSION GONZALEZ GARCIA

TÍTULO/TITLE:

LAS ÚLTIMAS 48 H

OBJETIVOS: 1. Identificar los planes de cuidados en los últimos 48h de vida en nuestras unidades de hospitalización 2. Buscar si existen diferencias en la planificación de cuidados antes de la muerte entre pacientes ingresados en unidades de paliativos y resto de unidades médicas.

MÉTODO: Se analizaron mediante estudio descriptivo los fallecimientos de pacientes ingresados en unidades médicas de nuestro hospital en el periodo enero a diciembre de 2017, se realizó un muestreo aleatorio simple de historias clínicas con un IC 95%, N=333 n=60 con una precisión del 5%. Se realiza el estudio en las 48 previas al fallecimiento de variable cuantitativa (edad) y cualitativas (sexo, motivo de ingreso, diagnóstico enfermero, valoración del dolor, nivel del dolor, acompañamiento familiar y realización de técnicas invasivas) disgregados en 2 grupos: pacientes ingresados en unidad de paliativos e ingresados en otras unidades médicas. La variable cuantitativa se expresa en media, desviación típica, valor máximo y valor mínimo. Las variables cualitativas en porcentaje y frecuencia absoluta.

RESULTADOS: El 100% de los casos estudiados tenían planes de cuidados pautados, siendo los planes de cuidados con intervenciones en el plano afectivo, psicológico y social los más prevalentes (68% [41] de los diagnósticos enfermeros), muy por encima de los cuidados de la esfera biológica. De los casos estudiados un 71% [43] fallecieron en una unidad de cuidados paliativos y un 29% [17] en unidades de hospitalización médica (continuidad de cuidados y medicina interna), los diagnósticos enfermeros activos en las últimas 48 horas antes de la muerte más prevalentes fueron: ansiedad ante la muerte 18.1% [13], riesgo de caídas (12.5%) [9], limpieza ineficaz de vías aéreas (8.3%) [6], deterioro de la integridad cutánea (8%) [5], riesgo de deterioro de la integridad cutánea (7.5%) [4], dolor crónico (7.5%) [4]. Hemos en las variables relacionadas con el disconfort del paciente antes de la muerte (medición del dolor, nivel del dolor, acompañamiento familiar e intervenciones invasivas), siendo los pacientes ingresados y "etiquetados" en unidades de paliativos, en comparación con el resto de exitus; los que tienen resultados más positivos (en paliativos 100% [43] de los pacientes se les monitoriza el dolor / 0% [0] en unidades médicas, nivel bajo de dolor 100% paliativos / no valorable en resto de unidades, acompañados en el momento del fallecimiento en 87% [37] paliativos / 43% [7] en resto unidades, intervenciones invasivas 0% [0] paliativos / 43% [7] resto de unidades.

DISCUSION: Los cuidados pautados son en gran parte del plano emocional y social, cuestión a tener en cuenta para la dotación profesional de estas unidades y la formación de profesionales. El hecho del que el paciente con patologías y edades similares esté "etiquetado" como paliativo o no, influye en los cuidados planificados ante la muerte. Como implicación práctica deberíamos dar más "valor" a los cuidados psicológicos y sociales en las cargas enfermeras de estas unidades; también tenemos que ser conscientes de la importancia de identificar los pacientes como "paliativos" para centrarnos en el confort. La utilización sistemática de planes de cuidados con taxonomías enfermeras son esenciales

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

]Arejula J et al. Marco referencial de la continuidad de cuidados en el servicio madrileño de la salud [monografía internet] Madrid. Atención a crónicos comunidad de Madrid.2014 [acceso el 12 de Mayo 2014]. Disponible en: <https://saluda.salud.madrid.org/atencionprimaria/ECCM/OtrosDocumentos/MarcoContinuidadCuidadosEnfermeros.pdf>
Salamanca, A. El aeiou de la investigación en enfermería. Madrid: Ediciones Fuden. 2013; p. 164-216

- Moorhead, Su. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Madrid: Ediciones Elsevier España. 2012
- Moorhead, Su. Clasificación de resultados de enfermería. Madrid: Ediciones Elsevier España. 2012
- McCloskey, Joanne. Clasificación de intervenciones de Enfermería. Madrid: Ediciones Elsevier España. 2012
- Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 5 Palliative Care. Geneva: World Health Organization 2007. Disponible en: www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf [acceso 18/05/10].
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Cuidados Paliativos. Disponible en: www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf [acceso 18/05/10].
- Recomendación Rec (2003) 24 del Comité de Ministros de los estados miembros sobre organización de cuidados paliativos. Comité Europeo de Salud (2003). Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativosdiabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/opsc_est6.pdf [acceso 18/05/10].
- Organización de servicios y programas de Cuidados Paliativos. Eds: Xavier Gómez-Batiste, Josep Porta, Albert Tuca, Jan Stjernswärd. ARAN, Madrid 2005.
- Vallés Martínez P. Formación de pregrado en enfermería en Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa* 2005; 12: 187-88.
- Álvarez MP, Agra Y. Systematic review of educational interventions in palliative care for primary care physicians *Palliat Med* 2006; 20: 673-83.
- Morita T, Miyashita M, Kimura R, Adachi I, Shima Y. Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. *Palliat Med* 2004; 18: 550-7.

AUTORES/AUTHORS:

Esperanza Zuriguel Pérez, María del Carmen Gómez Martín, Irene Joana Batuecas Duelt, Sara López Branchadell, Julia Salvador Lodosa, Raquel Esclarin Castillo, Montserrat Martínez Muñoz, José María Cabezali Sánchez, María Angeles Barba Flores

TÍTULO/TITLE:

VIGILANCIA E IDENTIFICACIÓN DEL DETERIORO AGUDO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS: ESTUDIO PRELIMINAR

Objetivo

En el contexto de potenciar la seguridad de los pacientes se ha diseñado un protocolo de cribado del riesgo del deterioro agudo consensuado entre los equipos enfermeros y médicos, que recoge la actuación profesional estratificada según el nivel de riesgo de cada paciente y su representación mediante un sistema de alertas en la historia clínica electrónica.

El objetivo de este estudio preliminar es analizar el nivel de riesgo de deterioro agudo de pacientes hospitalizados tras la implantación del protocolo.

Metodología

Estudio descriptivo longitudinal realizado en un hospital terciario de Barcelona en una muestra de 69 registros electrónicos de pacientes adultos hospitalizados en una unidad de Medicina durante mayo de 2018. Se excluyeron pacientes en situación de últimos días y con indicación de limitación de tratamiento del soporte vital. Se utilizó un sistema de puntuación ponderada total de los signos fisiológicos descritos por la National Early Warning Score. Se añadió una variable que representara la preocupación enfermera sobre la condición clínica del paciente. El protocolo quedó definido por un algoritmo de puntuación, la estratificación de los niveles de riesgo de deterioro clínico y la respuesta clínica. La variable nivel de riesgo de deterioro agudo (RDA) se categorizó en 5 niveles: Sin riesgo (0-2), Riesgo Bajo (3-4), Medio (5-6), Alto (7-8) y Muy alto (>9). Se obtuvieron datos relativos al sexo, edad, motivo de ingreso, estancia media, destinación e indicadores de la intensificación de la vigilancia. Los datos fueron exportados en hojas de cálculo Excel empleándose estadísticos descriptivos.

Resultados

Se incluyeron 69 pacientes, la estancia media fue 7,73 días. Se documentaron 1918 niveles RDA, se evaluaron el 100% de los pacientes al ingreso, con un 80,8% de registros de signos vitales completos. De los pacientes ingresados, n=7 (24,6%) tuvieron un nivel de riesgo medio, n= 7 (10,1%) nivel de riesgo alto y n= 6 (8,6%) nivel de riesgo muy alto. De los pacientes con RDA medio/alto (n=12; 73,3%), el RDA al ingreso fue bajo, la media de edad fue de 72,6 años, siendo n=20 (66,6%) mujeres. Se constató un 38,8% de registros de aviso al médico, valorando al paciente dentro del tiempo establecido según nivel de riesgo. Se produjo 1 exitus y 3 traslados a UCI. La tendencia del nivel RDA decreció a un riesgo bajo en todos los pacientes al alta n= 19 (63,3%). La preocupación de la enfermera en un 28,8% se informó en niveles RDA medio/alto.

Discusión

A pesar de tratarse de una estimación preliminar sin analizar significación estadística, los resultados orientan a que la incorporación de esta dinámica, mejora la vigilancia y el reconocimiento del deterioro agudo de los pacientes. Se ha evidenciado un aumento de la documentación de las observaciones fisiológicas sin retardo en su registro. La preocupación de la enfermera ha sido criterio para prever el deterioro clínico cuando las puntuaciones estaban por debajo del umbral de activación. El protocolo de cribado debería incorporar las preocupaciones del paciente y familia sobre su situación clínica. La implantación en otras unidades permitirá analizar los parámetros del protocolo de cribado para evidenciar la viabilidad sobre el impacto en la mortalidad intrahospitalaria evitable.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Jones S., Bottle A., Griffiths P. An Assessment of Failure to Rescue Derived from Routine NHS data as a Nursing Sensitive Patient Safety Indicator. London: National Nursing Research Unit, King's College London; 2011.
2. Ludikhuize J., Smorenburg SM., De Rooij SE., De Jonge E. Identification of deteriorating patients on general wards. *J. Crit. Care.* 2012; 27 (4) 424,7-13.
3. National Clinical Guideline. National Early Warning Score. Department of Health. 2013. Dublin, Ireland.
4. Douw G., Huisman-de Waal G., van Zanten AR., van der Hoeven JG. Schoonhoven L. (2016). Nurses' 'worry' as predictor of deteriorating surgical ward patients: A prospective cohort study of the Dutch-Early-Nurse-Worry-Indicator-Score. *Int J Nurs Stud.* 2016; 59, 134-40.
5. Royal College of Physicians (RCP) (2012). National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Report of a working party. London: RCP.
6. Fisher K., Grosh A., Felty V. Using nurse-led rounds to improve quality measures related to HAPUs. *Nursing.* 2016; 46(11), 63-8.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. Acutely ill patients in hospital: recognition of and response to acute illness in adults in hospital (NICE National Clinical Guideline 50) 2007. NSH: NICE.
8. van Galen LS., Struik PW., Driesen BEJM., Merten H., Ludikhuize J., van der Spoel JI. Delayed Recognition of Deterioration of Patients in General Wards Is Mostly Caused by Human Related Monitoring Failures: A Root Cause Analysis of Unplanned ICU Admissions. *PLoS ONE* 2016; 11(8): e0161393.

AUTORES/AUTHORS:

Esther Cabrera, Marta Palacios, Esther Limón, Sergi Font, Emili Burdoy, Carla Mulet, Mateu Serra, Maria Bartolomé

TÍTULO/TITLE:

La jubilación como punto de inflexión. Cómo afrontar el envejecimiento de forma saludable.

Introducción

El envejecimiento es un proceso de transformación fisiológico que evoluciona de manera distinta en cada persona. Esta etapa representa un cambio importante en la vida de las personas que altera sus rutinas diarias y que afecta a su estado de salud (1,2). Actualmente, nuestra sociedad presenta una de las esperanzas de vida más elevadas del mundo. El envejecimiento poblacional reclama atención por parte de la atención primaria en su responsabilidad de promoción de la salud (3).

Durante el envejecimiento, las tasas de dependencia, la discapacidad y las enfermedades crónicas se incrementan, lo cual ocasiona un mayor gasto de recursos sociales y sanitarios (4). Por otro lado, además de las consecuencias físicas, existen cambios sociales importantes y uno de los que puede influir de manera significativa en la calidad de vida de las personas mayores es el cese de la actividad laboral, la jubilación.

La jubilación marca un punto de inflexión en la vida de las personas ya que constituye una etapa de transición que empuja a las personas a asumir un nuevo rol en su vida. Muchas personas se encuentran inmersas en esta etapa sin haberse planteado su significado y la manera de afrontarla efectiva y saludablemente (5,6). La jubilación desafía a las personas a aprender a ocupar su tiempo de forma satisfactoria, significativa y saludable. Por este motivo, esta etapa resulta un espacio ideal para brindar a la población mayor herramientas de intervención que les permitan afrontar su envejecimiento de forma saludable (7).

Este estudio se enmarca dentro de otro más amplio que se realiza en la ciudad de Mataró donde participan el Consorcio Sanitario del Maresme, la Escuela Superior de Ciencias de la Salud TecnoCampus, el Ayuntamiento de Mataró y el Instituto Catalán de la Salud.

Objetivo

Conocer las necesidades formativas percibidas por las personas de entre 60 y 70 años, de la población de Mataró (Barcelona), para afrontar el envejecimiento de forma saludable.

Métodos

Estudio observacional descriptivo transversal realizado en seis Centros de Atención Primaria (CAP) de la ciudad de Mataró. La población de estudio fueron las personas de entre 60 y 70 años empadronadas en la ciudad de Mataró. Las principales variables analizadas, además de las socio-demográficas, fueron el grado de conocimiento auto-percibido y las necesidades o intereses formativos; así como la ocupación del tiempo libre, el estado de salud, la toma de medicación habitual y los antecedentes patológicos.

Resultados

Se analizó una muestra de 306 personas de entre 60 y 70 años. Un 52,1% de ellos eran hombres y un 47,9% mujeres, con una edad media de 64,4 años (DS \pm 3,19). Alrededor del 60% de los encuestados mostraron interés en recibir formación acerca de; hábitos de vida saludables (59,1%), dieta adecuada (62,0%), ejercicio físico (59,6%), posibles limitaciones futuras (62,6%), por qué envejecemos (61,0%), enfermedades frecuentes en la tercera edad (62,5%), uso de los medicamentos (66,1%), uso del sistema sanitario (61,9%), recursos sociales (70,0%), nuevas tecnologías (64,0%), cuidado de personas enfermas (60,5%), y aspectos de seguridad (61,6%). Además, sólo un 28,6% de los sujetos había realizado algún curso formativo en los últimos cinco años, pero un 50,9% de ellos afirma que realizaría un curso sobre alguno de los aspectos anteriores.

Discusión

Los resultados obtenidos muestran que existe una necesidad de formación al envejecer. Las principales necesidades formativas percibidas por las personas mayores son; conocer mejor los hábitos de vida saludables, las posibles limitaciones futuras, el proceso

de envejecimiento y sus consecuencias, especialmente, como afrontar el cuidado de un ser querido. Ya en el año 2002, un informe del IMSERSO y la encuesta de Salud de Cataluña (2017) evidenciaban que, para las personas mayores, los aspectos de mayor satisfacción en sus vidas son; su salud, su forma física, el tiempo libre del que disponen y su estilo de vida (8,9).

Planificar el envejecimiento significa tener en cuenta todo aquello que puede mantenernos activos y con un buen estado de salud, llevar una vida plena y tener cubiertas las necesidades básicas. Los resultados de este estudio pueden ayudar a diseñar estrategias de intervención dirigidas a las personas en edad de jubilación para ayudarlas a anticiparse a sus necesidades y a planificar un envejecimiento activo y saludable. Diferentes intervenciones psico-educativas han demostrado su efectividad en un pasado (10,11). Estos estudios indican que la aplicación de intervenciones psico-educativas conlleva mejoras significativas en cuanto a la salud de las personas y que, además, la aplicación de estas intervenciones durante períodos prolongados podría mantener sus efectos positivos a largo plazo.

El presente estudio proporciona una imagen real de las necesidades formativas percibidas por las personas mayores de Mataró. Esto permitirá diseñar y llevar a cabo un estudio de intervención, adaptado a las necesidades reales de la población, que nos ayude a mejorar sus conocimientos, actitudes, hábitos y, en consecuencia, los resultados de salud de este sector de la población. Este estudio no ha recibido financiación alguna y no ha existido ningún conflicto de intereses para su realización.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Tyrovolas S, et al. Successful aging, dietary habits and health status of elderly individuals: A k-dimensional approach within the multi-national MEDIS study. *Exp Gerontol.* 2014; 60: 57–63.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra; 2015 [citado el 11 de mayo del 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
3. Instituto Nacional de Estadística (INE). Demografía y población / Padrón. Población por municipios [Internet]. Ine.es. 2017 [citado el 11 de mayo del 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710990
4. Dapp U, et al. Active health promotion in old age: methodology of a preventive intervention programme provided by an interdisciplinary health advisory team for independent older people. *J Public Health.* 2005;13(3):122–7.
5. Henning G, Lindwall M, Johansson B. Continuity in Well-Being in the Transition to Retirement. *GeroPsych.* 2016;29(4):225-237.
6. Horner E, Cullen M. The impact of retirement on health: quasi-experimental methods using administrative data. *BMC Health Services Research.* 2016;16(1).
7. Fundación Bancaria “la Caixa”. Vejez y cuidados. ¿Cómo viviremos y nos cuidaremos cuando seamos mayores? [Internet]. Palma; 2018. Disponible en: https://observatoriosociallacaixa.org/documents/22890/121434/DOSSIER5_CAST_baixa.pdf/418e7068-e885-d6be-aa86-5beac27d7b61
8. ESCA continúa. Onada 14 (2017-1) - Qüestionari general - Població de 15 anys i més. Generalitat de Catalunya: Departament de Salut i Institut d'Estadística de Catalunya. [citado el 17 de julio del 2018]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/
9. IMSERSO. Envejecer en España, II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Indicadores demográficos, económicos, sociales, de salud y de servicios sociales. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2002.
10. Zabalegui A, Hamers J, Karlsson S, Leino-Kilpi H, Renom-Guiteras A, Saks K et al. Best practices interventions to improve quality of care of people with dementia living at home. *Patient Education and Counseling.* 2014;95(2):175-184.
11. Zabalegui A, Galisteo M, Navarro M, Cabrera E. INFOSA intervention for caregivers of the elderly, an experimental study.

Geriatric Nursing. 2016;37(6):426-433.

AUTORES/AUTHORS:

Margarita Pérez-Cruz, Laura Parra-Anguiita, Rafael Del-Pino-Casado

TÍTULO/TITLE:

AFRONTAMIENTO, SOBRECARGA SUBJETIVA Y ANSIEDAD EN PERSONAS CUIDADORAS FAMILIARES DE MAYORES DEPENDIENTES.

INTRODUCCIÓN.

Se entiende por cuidadora principal aquella persona que asumen la responsabilidad del cuidado de un familiar de forma permanente sin recibir remuneración económica por ello¹.

El cuidado de una persona mayor dependiente, a menudo, supone una situación de estrés para la persona cuidadora, que puede desencadenar en ella importantes consecuencias emocionales negativas en dicha persona, siendo la ansiedad una de las consecuencias negativas de mayor envergadura². Se da con mayor frecuencia en personas cuidadoras informales de mayores dependientes³. Los estudios consultados^{4,5}, evidencian altos niveles de ansiedad en estas personas cuidadoras.

En cuanto a los factores relacionados con la ansiedad, las revisiones sistemáticas de Cooper et al.⁶ y Li et al.⁷, no llegan a conclusiones con suficiente nivel de evidencia sobre el tema, de ahí la necesidad de seguir investigando sobre esta cuestión.

OBJETIVO.

Relacionar afrontamiento, sobrecarga subjetiva y ansiedad en personas cuidadoras de familiares mayores dependientes.

MÉTODOS.

Estudio descriptivo transversal. Población: persona cuidadora de mayores dependientes en un hospital de media-larga estancia de Jaén; muestreo no probabilístico de conveniencia (personas cuidadoras y sus familiares mayores dependientes, ingresados en el segundo semestre de 2015), tamaño muestral: 198 (seguridad: 95%, potencia: 80%, diferencia mínima a detectar: 2,3 unidades en las diferencias de medias y un coeficiente de correlación de 0,17). Variables principales: a) Variable dependiente: ansiedad (Escala de ansiedad de Hamilton); b) variable independiente: Afrontamiento (cuestionario Brief COPE); c) variables de control: sobrecarga subjetiva (índice esfuerzo del cuidador de Robinson), carga objetiva: dedicación al cuidado (nº de horas atendiendo actividades básicas de la vida diaria), complejidad (número de actividades básicas de la vida diaria atendidas) y necesidad de cuidados (problemas de conducta de la persona cuidada: Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings), género de la persona cuidadora y parentesco con la persona cuidada. Análisis estadístico: a) descriptivo: porcentajes, medias y desviaciones típicas e intervalos de confianza al 95%; b) bivariente: coeficientes de correlación (lineal de Pearson); c) multivariante: análisis de trayectorias (AMOS 5.0). Nivel de significación estadística: 0,05.

RESULTADOS.

El modelo inicial se elaboró a partir de los modelos teóricos de proliferación del estrés y la investigación previa sobre el tema. El modelo final posee un buen ajuste: $\chi^2=2,43$; $p=0,30$; $gI=2$; $\chi^2/gI=1,22$; $RMSEA=0,03$ (IC al 95% = 0,00 – 0,15; $p=0,46$); $SRMR=0,01$, $CFI=1,00$. En dicho modelo, la sobrecarga subjetiva está asociada de forma positiva con el número de horas atendiendo actividades básicas de la vida diaria por la persona cuidadora ($B=0,28$), el número de actividades básicas de la vida diaria atendidas ($B=0,16$), los problemas de conducta de la persona cuidada ($B=0,15$) y el afrontamiento disfuncional ($B=0,26$), y de forma negativa con ser cónyuge ($B=-0,24$) y con el afrontamiento centrado en la emoción ($B=-0,24$). Por otra parte la ansiedad está asociada de forma positiva con las horas atendiendo actividades básicas de la vida diaria ($B=0,36$), número de actividades básicas de la vida diaria atendidas ($B=0,27$), problemas de conducta de la persona cuidada ($B=0,18$), afrontamiento disfuncional ($B=0,11$) y la sobrecarga subjetiva ($B=0,36$). La sobrecarga subjetiva media los efectos de ser cónyuge y del afrontamiento centrado en la emoción sobre la ansiedad, y media parcialmente los efectos de las horas atendiendo actividades

básicas de la vida diaria, el número de actividades básicas de la vida diaria atendidas, los problemas de conducta, y el afrontamiento disfuncional. El modelo explica el 33% de la varianza de la sobrecarga subjetiva y el 28% de la ansiedad.

DISCUSIÓN.

Los resultados anteriores permiten llegar a las siguientes conclusiones: 1) nuestro estudio aumenta la evidencia disponible sobre el posible efecto perjudicial de la sobrecarga subjetiva sobre la ansiedad, con independencia de la carga objetiva, 2) la percepción de sobrecarga subjetiva podría amortiguar los efectos de la carga objetiva sobre la ansiedad, así como amortiguar o incrementar los efectos del AF disfuncional sobre la ansiedad, 3) el afrontamiento disfuncional puede causar mayor sobrecarga subjetiva y ansiedad, 4) el afrontamiento emocional podría ser un factor protector de la sobrecarga subjetiva y de la ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA.

1. Pérez-Cruz M, Muñoz-Martínez MA, Parra-Anguita L, Del-Pino-Casado R. Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. *Aten Primaria*. 2017; 49(7):281-88.
2. Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychol Aging*. 2003; 18:250-67.
3. Crespo M, López J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Como mantener tu bienestar". Madrid: IMSERSO; 2006.
4. Del-Pino-Casado R, Pérez-Cruz M, Frías-Osuna A. Coping, subjective burden and anxiety among family caregivers of older dependents. *J Clin Nurs*. 2014; 23:3335-44.
5. Pérez-Ordoñez F, Frías-Osuna A, Romero-Rodríguez Y, Del-Pino-Casado R. Coping strategies and anxiety in caregivers of palliative cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2016; 25(4):600-7.
6. Cooper C, Balamurali TB, Livingston G. A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2007; 19(2):175-95.
7. Li R, Cooper C, Bradley J, Shulman A, Livingston G. Coping strategies and psychological morbidity in family carers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2012; 39(1):1-11.

AUTORES/AUTHORS:

Lorena Pérez Arnedo, Alba Pérez Arnedo

TÍTULO/TITLE:

Estudio observacional descriptivo para el diagnóstico y prevención de complicaciones respiratorias. Test de Disfagia.

1.- OBJETIVO/S.

El objetivo principal es el estudio descriptivo sobre el riesgo de complicaciones respiratorias según el Test EAT-10 (Eating Assessment Tool).

Del objetivo principal, se desglosan los siguientes objetivos secundarios:

- Detectar aspiraciones silentes, para reducir el riesgo de complicaciones asociados a la disfagia.
- Seleccionar el volumen y viscosidad del bolo más seguro y eficaz para la ingesta de los pacientes.
- Realizar una adecuada educación sanitaria para el paciente y su familia, así como conseguir una mejoría a nivel funcional.
- Mejorar la educación sanitaria de los profesionales en contacto con los pacientes que sufren disfagia.

2.- MÉTODO.

La aplicación de técnicas diagnósticas de la disfagia permite adecuar, evitar complicaciones y mejorar la atención sanitaria en personas con riesgo.

En el presente estudio participaron 14 sujetos en estado convaleciente ingresados en la Unidad Asistencial San Juan de Dios de Tudela entre Enero y Marzo de 2014. Las patologías más frecuentes que presentaban fueron: Ictus o Neumonía. Se descartó también a los pacientes que fallecieron o empeoraron durante el estudio, que en este caso fueron 4 sujetos.

Los datos se recogieron a través de las siguientes variables:

- Peso, Talla, Barthel e Índice de Masa Corporal.
- Eating Assessment Tool, Mini Nutritional Assessment y estancia. Se calcularon los porcentajes y frecuencias de cada una de las características de las variables estudiadas.

Los instrumentos de medida utilizados fueron: Test Barthel, MECV-V, Test EAT-10, Test MNA.

El primero de ellos consta en la valoración de las actividades básicas de la vida diaria. El siguiente, Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad, utiliza bolos de tres viscosidades y tres volúmenes diferentes para detectar los signos de alteración de la seguridad en la fase faríngea, la eficacia en la fase oral y faríngea y ayudar al clínico a seleccionar el volumen y viscosidad del bolo más seguro para la ingesta de líquidos. A continuación, el Test Eating Assessment Tool, sirve como herramienta para el despistaje de la disfagia, compuesto por 10 preguntas que evalúan síntomas específicos de disfagia, en el cual, una puntuación superior a 3 puntos, indica disfunción orofaríngea. Por último el Test Mini Nutritional Assessment, con ello evaluamos el estado nutricional. Consta de 18 preguntas y está dividido en dos partes. Una puntuación total igual o mayor a 12, indica que la persona se encuentra bien nutrida y no requiere una intervención adicional. Una puntuación total entre 8 y 11 indica que la persona está en riesgo de desnutrición. Una puntuación igual o menor a 7 indica que la persona se encuentra desnutrida. Para este estudio se ha utilizado la versión abreviada (short-form) del MNA (MNA-SF), en el cual se sustituye el IMC por la medida de la circunferencia de la pantorrilla. El procedimiento de recogida de información se realizaba al ingreso, aplicando toda la batería de test, repitiendo a los 15 días y al alta del paciente el MECV-V y EAT-10.

3.- Resultados.

Los valores medios del peso al ingreso y al alta, del test funcional de Barthel y del Índice de Masa Corporal (IMC), en los cuales, se observa una mejoría al alta con respecto a los registrados como media al ingreso. Todo ello respaldado por el dato de la estancia, de media unos 30 días, y con un resultado de MNA que nos informa de la malnutrición de las personas ingresadas en la unidad. Más de la mitad de los pacientes registrados 57,1% se van de alta con una notable mejora y un 42,9% pierden capacidad para las

actividades básicas de la vida diaria o no mejoran de cómo ingresaron en un principio. Se calcularon los riesgos de aspiración en función de si existía riesgo de disfagia o no. El riesgo calculado en expuestos fue del 50% (IC95; 21,52-77,49). La fracción atribuible en expuestos es del 33% (IC95; -151-82,31%). Prácticamente, un gran grupo de pacientes registrados (66,67%), tienen un riesgo medio de sufrir aspiración, con la consecuente cascada de complicaciones como neumonía, bajada del nivel de conciencia, lenta recuperación funcional, aumento de los días de ingreso hospitalario, etc.....

4.- DISCUSIÓN.

En datos generales, realizar el cribado nutricional (MNA) y el test de despistaje de la disfagia (EAT-10), en el momento de ingreso de un paciente en una unidad de convalecencia de media-larga estancia, nos proporciona los datos para que los profesionales podamos actuar rápidamente sobre ello y evitar serias complicaciones. En los resultados obtenidos en función del peso, se observa un claro aumento, de casi 1 kgr, en el peso al alta de los pacientes. Lo cual, basándonos en la evidencia de los test recogidos, la mejoría se debe a una prescripción de dieta favorable para la recuperación de los pacientes hospitalizados y a una elección acertada del volumen y viscosidad del bolo alimenticio. Según el Test de Barthel, concluye que hay una mejora al alta hospitalaria, Se recupera IMC, al mejorar la nutrición y la capacidad para una buena deglución. Los pacientes con una puntuación < 8 en el Test MNA, se diagnostica desnutrición en una 57,1%. El mismo porcentaje tiene riesgo de disfagia al obtener una puntuación de 3 o más en el EAT-10.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.-RitcherJE.Pirosis,disfagia,odinofagia y otros síntomas esofágicos. En: Sleisenger MH, Fordtran JS, dirs. Enfermedades gastrointestinales: Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Volumen I. Buenos Aires: Editorial médica Panamericana; 1994. P.339-48.
- 2.García-PerisP,ParónL,VelascoC,delaCuerdaC,CamblorM, Bretón I, et al. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: Impact on quality of life. Clin Nutr. 2007;26(6):710-7. PMID: 17954003. Epub 2007/10/22.
3. Torres Moreno B, Núñez González E, Pérez Hernández Dde G, Simón Turriate JP, Alastuey Giménez C, Díaz Melián J, Corujo Rodríguez E, González Bermúdez MD, Fernández Duque O. Barthel and Charlson indexes for the prognosis of mortality and institutionalization in hospitalized geriatric patients. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009 Jul-Aug;44(4):209-12. doi: 10.1016/j.regg.2009.02.002. PMID: 19592140. Epub 2009/07/09. Spanish.
4. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J 1965;14:61-65.
5. Rofes L, Arreola V, Mukherjee R, Clavé P. Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. Neurogastroenterol Motil. 2014 Sep;26(9): 1256-65. doi: 10.1111/nmo. 12382. PMID: 24909661. Pub 2014/06/09.
6. Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of volumen-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. Clin Nutr. 2008;27(6):806-15. PMID: 18789561.
- 7.Belafsky et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otology Rhinology & Laryngology. 2208; 117(12):919-24. PMID: 19140539.
8. Burgos R, et al. Translation and validation of the Spanish version of the Eating Assessment Tool-10 (EAT-10) for screening of dysphagia. Clin Nur 2012 Nov-Dec; 27(6):2048-54. dos: 10.3305/nh.2012.27.6.6100. PMID: 23588456.

AUTORES/AUTHORS:

Clara Hurtado Navarro, Juan Antonio Paulo Barato, Dolores Abellán Ballesteros, Elena Martínez Coletto, Ricardo Llàcer Vinyes, Enrique Ortiz de Elguea Hortelano

TÍTULO/TITLE:

IMPACTO DE LA FORMACIÓN EN EL CUIDADO DE LOS CATÉTERES VENOSOS Y LA PREVALENCIA DE FLEBITIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

OBJETIVOS

En el año 2017 se implanta en nuestro hospital el proyecto “Indicadores de Calidad de la Terapia Intravenosa” (INCATIV), que pretende disminuir la variabilidad en los cuidados relacionados con la terapia intravenosa (TIV) mediante formación a las enfermeras. Nuestro objetivo es determinar el impacto de la formación en el cuidado de los catéteres venosos periféricos (CVP) y en la prevalencia observada de flebitis en CVP, según la escala VIP de Jakson (1)

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio de intervención no controlado antes-después

Población a estudio: Personas mayores de 18 años portadores de CVP ingresadas en nuestro hospital, del 13 de enero al 2 de junio del 2017.

Intervención: 85 sesiones formativas. Del 15 de febrero al 26 de mayo de 2017.

Fuente de datos: Observación directa y entrevista a la persona o cuidador/a. El corte pre-intervención se realizó del 13 al 17 de febrero de 2017. El post intervención del 29 de mayo al 2 de junio de 2017.

Variables:

Grupo de patología (médica/quirúrgica)

Edad

Género

Lugar anatómico de inserción

Calibre CVP

Días de permanencia: (< 5 días o >= 5 días)

CVP en desuso (24 horas.)

Punto de punción visible

Sistema cerrado (bioconectores)

Fecha de inserción en apósito.

Estado del apósito:

- Inadecuado: no cubre punto de inserción, material no estéril, o capas que no permiten valorar el CVP.
- Correcto: limpio, sin restos de sangre, seco, adherido a la piel y fecha registrada. .

Grado de flebitis.

Tratamiento estadístico

Descriptivo: Cálculo de proporciones y mediana y rango intercuartílico

Diferencias entre los grupos: test U de Mann-Whitney y Chi-Cuadrado.

Se obtuvo la aprobación del Comité Ético en mayo del 2017.

RESULTADOS

Se incluyeron 515 CVP (287 en el corte pre-intervención y 228 en el post).

El 51,1% de las personas presentaban patología médica, y el 41,4% quirúrgica.

El 11,5% de los CVP llevaba insertado 5 días o más.

No hubo diferencias significativas entre los grupos Pre y Post-intervención en el tipo de patología, uso de la vía, calibre del CVP, localización anatómica, ni en los días de permanencia.

La prevalencia de flebitis fue de 3,9% (20 casos). La de flebitis grado 1 fue de 2,5% (13 casos) y la de grado 2 del 1,4% (7 casos).

Tras la formación el porcentaje de apósitos correctos se duplicó (43,0% vs. 22,3%; $p < 0,001$), aumentaron los CVP con punto de inserción visible (81,2% vs. 88,2%; $p < 0,05$), los apósitos con fecha, (27,9% vs. 60,1%; $p < 0,001$) y el uso de bioconectores (81,9% vs. 95,6%; $p < 0,001$)

Descendieron los CVP en desuso (19,5% vs. 13,2%; $p = 0,055$), y los apósitos inadecuados (9,4% vs 3,5%; $p < 0,05$).

La prevalencia global de flebitis descendió (4,9% a 2,6%). Disminuyó de manera muy acusada en el grupo de patología quirúrgica, (de 5,7% a 1,1%) y en los CVP insertados 5 días o más (18,8% vs.7,4%). Los resultados no fueron estadísticamente significativos.

DISCUSIÓN

El descenso de la prevalencia de flebitis tras la intervención no ha sido estadísticamente significativo, probablemente debido al reducido tamaño muestral.

La formación ha contribuido a la mejora de los cuidados de las personas portadoras de un CVP, en prácticamente todos los parámetros evaluados. El impacto ha sido mucho mayor en las recomendaciones con menor nivel basal de cumplimiento (registro de fecha y apósitos correctos) tal como publicó Cherry et al. (2).

El impacto de la formación es muy variable y difícil de valorar de manera aislada. Cuando la intervención es únicamente informativa o educativa, se dan casos en que los resultados no han mejorado (3,4), o incluso han empeorado (5). En la mayoría de los estudios las intervenciones han incluido otras actividades (6,7,8) y se han evaluado a corto plazo (9,10).

En nuestro caso, la intervención ha sido únicamente educativa, las mejoras pueden ser atribuidas a la misma. Sin embargo, no se valoran a largo plazo.

Implicaciones para la práctica

Conseguir cambios en los comportamientos va más allá de la mera adquisición de nuevos conocimientos (11). Los cambios que cuestionan patrones de conducta establecidos suelen ser percibidos como una amenaza. La falta de participación en la toma de decisiones puede hacer que no se considere necesario el cambio por parte de los profesionales y se considere algo impuesto que aumenta las cargas de trabajo. Todo esto debe tenerse en cuenta al diseñar estrategias de cambio en un proceso.

Para consolidar y aumentar estas mejoras, se propone la introducción de estrategias complementarias. Introducción de nuevos apósitos, CVP cerrados, gestión proactiva del patrimonio venoso, o intervenciones de carácter transversal, como estrategias para aumentar la adherencia a la higiene de manos, promover el registro de los cuidados de enfermería, y el fomento de la participación del paciente en sus cuidados y su propia seguridad.

El éxito en la introducción de cambios en las instituciones requiere un modelo de gestión participativa. Estimular la formación de grupos interdisciplinarios de trabajo, el reconocimiento de los líderes informales y conseguir la implicación de los profesionales en la mejora continua de la calidad asistencial son estrategias que deben guiar la gestión de los equipos directivos de las organizaciones.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

- 1 Jackson A. Infection control – a battle in vein: infusion phlebitis. *Nurs Times*. 1998;94(4):68-71.
2. Cherry MG, Brown JM, Neal T, Ben Shaw N. What features of educational interventions lead to competence in aseptic insertion and maintenance of CV catheters in acute care? BEME Guide No. 15. *Med Teach*. 2010;32(3):198-218.
3. Morse L, McDonald M. Failure of a poster-based educational programme to improve compliance with peripheral venous catheter care in a tertiary hospital. A clinical audit. *J Hosp Infect*. julio de 2009;72(3):221-6.
4. de Dios García B, Lladò Maura Y, Val-Pérez JV, M. Arévalo Rupert J, Company Barceló J, Castillo-Domingo L, et al. Efectividad de un programa formativo para disminuir los hemocultivos contaminados. *Enfermería Clínica*. marzo de 2014;24(2):111-7.
- 5 Romero A, Cobos A, Gómez J, Muñoz M. Role of training activities for the reduction of pre-analytical errors in laboratory samples from primary care. *Clin Chim Acta*. Elsevier B.V.; 2012;413(1-2):166-9.
6. Mestre G, Berbel C, Tortajada P, Alarcia M, Coca R, Fernández MM, et al. Successful multifaceted intervention aimed to reduce short peripheral venous catheter-related adverse events: A quasiexperimental cohort study. *Am J Infect Control*. junio de 2013;41(6):520-6.
7. Palomar M, Álvarez-Lerma F, Riera A, Díaz M, Torres F, Agra Y, et al. Impact of a National Multimodal Intervention to Prevent Catheter-Related Bloodstream Infection in the ICU: The Spanish Experience. *Crit Care Med*. octubre de 2013;41(10):2364-72.
8. Parás-Bravo P, Paz-Zulueta M, Santibañez M, Fernández-de-las-Peñas C, Herrero-Montes M, Caso-Álvarez V, et al. Living with a peripherally inserted central catheter: the perspective of cancer outpatients—a qualitative study. *Support Care Cancer*. Springer Berlin Heidelberg; 13 de julio de 2017;1-9.
9. Ahlqvist M, Bogren A, Hagman S, Nazar I, Nilsson K, Nordin K, et al. Handling of peripheral intravenous cannulae: Effects of evidence-based clinical guidelines. *J Clin Nurs*. 2006;15(11):1354-61.
10. Pérez-Granda MJ, Guembe M, Rincón C, Muñoz P, Bouza E. Effectiveness of a training program in compliance with recommendations for venous lines care. *BMC Infect Dis*. 2015;15(1):296.
- 11 Salam M, Alghamdi KS. Nurse educators: Introducing a change and evading resistance. *J Nurs Educ Pract*. 2016;6(11).

AUTORES/AUTHORS:

Juliana Coelho de Campos, Denise Antunes de Azambuja Zocche, Arnildo Korb, Tatiani Todero, Ana Paula Lopes da Rosa

TÍTULO/TITLE:

Perfil Sociodemográfico de las Mujeres Privadas de Libertad del Proyecto Mujeres Libres

Objetivo: presentar el perfil sociodemográfico de las mujeres privadas de libertad en un estado del Sur de Brasil que serán beneficiadas por el proyecto mujeres libres que tiene por finalidad proporcionar protección e inclusión social de la mujer presa y egresada del sistema prisional que están gestantes y/o tiene hijos de hasta doce años de edad. Método: estudio realizado en todas las unidades penitentes femeninas del estado de Santa Catarina, Brasil. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo exploratorio, realizado entre los meses de febrero a abril de 2018, usando variables como edad, régimen criminal, escolaridad, número de hijos, ingreso familiar y el interés en volver a estudiar. Se obtuvo una muestra de 582 mujeres, entre el ítem de inclusión están las mujeres gestantes y / o con hijos de hasta 12 años de edad, y de exclusión fueron aquellas que no respondieron al cuestionario. Los datos fueron recolectados por medio de formulario y analizados a la luz de la estadística descriptiva. Resultado: las muestras analizadas presentan un público joven 87,6% (n=510) con edad entre 18 a 39 años. El régimen de cumplimiento de la pena representa (n=232) en el régimen provisional; (n=212) en el régimen cerrado, (n=130) semiabierto y (n=8) abierto. La mayoría posee enseñanza básica incompleta 45,7% (n = 266). Entre el número de hijos 82,3% (n = 474) tiene hasta 02 hijos. Mientras que el 59,62% (n = 347) tiene ingresos familiares de hasta dos salarios mínimos y el 85,3% (n = 496) en volver a estudiar. Discusión: el perfil sociodemográfico de las mujeres privadas de libertad estudiadas reveló que la mayoría está compuesta de mujeres jóvenes, con hasta dos hijos, con baja escolaridad, posee pequeña renta familiar, pero el interés en elevar la escolaridad es predominante lo que demuestra conciencia de la necesidad de calificación. De acuerdo con el Departamento Penitenciario Nacional este es el retrato de muchas jóvenes brasileñas, que viven en situación de desestructuración familiar, social y económica. La fragilidad de las políticas públicas en la garantía de educación de calidad, vivienda, ocio, saneamiento básico, alimentación, cualificación profesional y oferta de trabajo dificulta el alcance de un lugar con vida digna en la sociedad. Este proyecto es una estrategia positiva por hacer que las mujeres gestantes y / o con hijos menores de doce años, liberadas del sistema carcelario. Ofreciendo una oportunidad de cambio en su estilo de vida por medio de incentivo a la continuidad de los estudios y capacitación profesional. Así, el programa contribuye al acceso al mercado de trabajo asegurando posibilidades de inclusión social. La mujer es un miembro fundamental para mantener la estructura familiar, entonces en este sentido su retorno a las familias, a través de esas medidas, puede auxiliar en la mejora del desarrollo de los hijos y en la promoción de la salud de la familia. Implicación para la práctica: conocer el perfil de estas mujeres es la primera etapa de la planificación e implementación de acciones de promoción de la salud, que apuntan a atender las necesidades de salud de las mujeres privadas de libertad así como oportunizar su reinserción social. Además, contribuir a la reducción de la vulnerabilidad socioeconómica de sus familias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

SANTA CATARINA. Departamento de Administração Prisional. Relatório Padrão Infopen. Disponível em: http://ipen.ssp.sc.gov.br/RelatorioIpen_003ocupacaoprisionalPadraoImprimirtodas acesso em abril de 2018.

AUTORES/AUTHORS:

FERNANDO JESÚS PLAZA DEL PINO, MARÍA LORETO MARTÍNEZ GÁLVEZ

TÍTULO/TITLE:

Carmen: Mujer gitana y salud. Una historia de vida.

La población gitana es la principal minoría étnica europea. En España la población gitana se estima en unas 650.000 personas. La comunidad autónoma con mayor número de gitanos es Andalucía con una población estimada de 270.000 (MSSSI, 2016).

La comunidad gitana es considerada como grupo vulnerable y tiene un acceso limitado a la sanidad pública (Gamella, 2010). Son muy escasos los estudios que profundizan en las necesidades del colectivo desde la visión de los propios gitanos.

Introducimos en nuestro estudio la perspectiva de género haciendo protagonista a una mujer con el fin de identificar y evidenciar situaciones de discriminación y desigualdades, reflexionar sobre sus causas y actuar para transformarlas (Tannenbaum, Greaves y Graham, 2016).

Cabe destacar el papel de las mujeres gitanas dentro de su comunidad. Son las educadoras, las cuidadoras de niños y mayores y las transmisoras de las normas y valores de la cultura gitana (García, 2006).

Objetivos:

- Acercarnos a la cultura gitana y a aspectos relacionados con el mundo de la Salud
- Valorar las implicaciones en el cuidado de los componentes culturales del colectivo gitano respecto a la salud.

Método:

La técnica de recogida de datos ha sido la historia de vida.

La unidad de análisis es el individuo, una sola informante clave que, por sus características, será quién aporte la información relevante, centrada en sus percepciones ante sus experiencias y su propia vida.

En dos ocasiones nos entrevistamos con nuestra informante durante más de dos horas.

Resultados. CARMEN.

Carmen es una mujer de 62 años, "gitana hasta el último pelo" como ella misma dice, toda su vida la ha pasado en el mismo barrio de la periferia.

Con 15 años se casó con Manuel, enseguida se quedó embarazada y antes de los 26 ya tenía 7 hijos de los que actualmente viven 5.

Siempre se ha dedicado a la venta ambulante.

Enviudó con 59 años, su marido murió de cáncer de páncreas después de un proceso de 16 meses con continuas entradas y salidas del hospital.

Sentirse gitana. El orgullo.

El discurso de Carmen refleja su orgullo de ser gitana; el apego a sus tradiciones, su cultura, la importancia de la familia y el respeto y cuidado de sus mayores.

"Tú no lo entiendes porque eres payo, para nosotros ser gitanos es lo más grande, tenemos nuestras costumbres y nos gusta llevarlas palante y que no se pierdan".

"Entre los gitanos a los mayores se les respetan, nosotros los tenemos en la casa, si hay una hija soltera esa los cuida y si no, nos organizamos las mujeres de la familia... los hombres mejor que no se metan que esos no saben de ná" (risas).

Como madre, es la responsable del cuidado de su familia y así lo expresa; "las gitanas llevamos to palante, los niños, la casa y hasta al marío cuando se pone malo somos las que vamos al médico... de to nos encargamos, y cuando hay mercao también vamos al mercado".

Nos explica que siente el estigma social del colectivo gitano y las dificultades que esto le reporta en su día a día.

“Está claro que los payos no nos quieren, siempre hablando mal de nosotros, ¿Se pensarán que no nos damos cuenta cómo nos miran?”

Para ella la salud, la enfermedad, la gravedad o mejoría solo se reflejan por los síntomas. No es consciente de la importancia de la prevención en salud.

“A mi Manuel siempre le dolía la barriga, yo le hacía su manzanilla y se le pasaba, después ya no se le quitaba con na y lo teníamos que ingresar, cuando salía podía hacer su vida igual que siempre, me decía el médico que lo suyo era malo ¿cómo iba a ser malo si se ponía tan bien con las medicinas del hospital?”

De los ingresos hospitalarios junto a su marido destaca algunas situaciones creadas por la importancia que ellos dan al acompañamiento familiar.

“Nosotros somos muchos de familia y cuando mi Manuel estaba ingresao todos querían estar con él (...) la verdad es que no nos decían na, ni pa entrar al hospital ni pa estar en la habitación”.

“Un día nos vino el de seguridad a echarnos, la verdad es que estábamos muchos, pero es que tienen que venir”.

También recuerda el trato “diferente” que les daban algunos profesionales.

“Me acuerdo de una enfermera que siempre parecía que estaba enfadá, esa casi no hablaba con nosotros”.

Discusión.

La historia de Carmen nos ha servido para acercarnos a la cultura gitana y a sus vivencias y creencias en el campo de la salud.

El papel de cuidadoras de las mujeres gitanas las hace imprescindibles para la implantación y desarrollo de programas de salud en este colectivo.

Como grupo cultural diferenciado, el abordaje a personas gitanas precisa de una valoración integral que tenga en cuenta sus valores, creencias de salud y costumbres.

En el ámbito hospitalario hay que buscar soluciones consensuadas para evitar conflictos en relación con las visitas y permanencias en el centro.

La escasez de estudios en este campo nos invita a continuar en esta línea de investigación.

Implicaciones en la práctica.

La atención al paciente gitano precisa de una adaptación cultural en nuestros cuidados y de un esfuerzo en la mejora de la comunicación y la relación con el paciente y su familia.

Se hace imprescindible la formación intercultural centrada en la superación de prejuicios y estereotipos y en la adquisición y/o mejora de las habilidades comunicativas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

- García, C. Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios. FSG. Madrid 2006.

- Gamella FJ (2010). Los gitanos andaluces: presente y futuro de una minoría étnica. Disponible en:

<http://elistas.egrupos.net/lista/andalucialibre/ficheros/6/verFichero/24/Los%20gitanos%20andaluces%20-%20%20Juan%20F.%20Ga%20mella.doc> Consultado el 22/04/2018

- MSSSI (2016) Población Gitana. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/poblacionGitana/home.htm> Consultado el 21/04/2018.

- Tannenbaum C, Greaves L y Graham I (2016). Why sex and gender matter in implementation research. BMC Med Res Methodol; 16: 145.

AUTORES/AUTHORS:

DANIEL SILVA, Helena Martins, João Duarte, Ernestina Silva

TÍTULO/TITLE:

Violencia en los servicios de emergencia

Introducción: Los profesionales de la salud de los servicios de emergencia están sujetos a incidentes de violencia convirtiéndose en una corriente de preocupación de distintas entidades y organizaciones. En los servicios de emergencia se generan situaciones de alto estrés para pacientes y acompañantes, así como para profesionales de la salud, creando situaciones de violencia e inseguridad. La violencia en el lugar de trabajo además de generar trastornos físicos y psicológicos conduce a las ausencias al trabajo y a disminuir el compromiso de los profesionales, disminuyendo sus ingresos.

Objetivos: Identificar y caracterizar la violencia percibida por los profesionales de la salud en los servicios de emergencia; Describir la relación de las variables sociodemográficas y de contexto con la violencia en los servicios de emergencia; Identificar las consecuencias derivadas de la violencia en los profesionales de la salud.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, en una muestra de 263 profesionales de la salud de los servicios de emergencia de la región del Algarve siendo el 65,8% mujeres y el 34,2% varones. La recogida de información se llevó a cabo en noviembre de 2017 mediante un cuestionario auto-aplicado con datos de caracterización demográfica de los profesionales de la salud y del agresor y con preguntas relacionados con la caracterización de la violencia y las consecuencias en profesionales de la salud.

Resultados: Observamos que el 64,3% de los profesionales son víctimas de violencia y el 66,1% de ellos no notifican los episodios de violencia. El tipo de violencia más frecuente fue el verbal (94,1%), seguida por la violencia física (34,9%). Dentro del servicio de emergencia el sitio más frecuente fue en triage y en la decisión clínica y el principal agresor reportado fue el usuario (81,1%) y el miembro de la familia (54,4%). La violencia ocurre sobre todo en el turno de 16-24h (60,4%) y la mayoría de los agresores (el 80,5%) son masculinos, sin enfermedad mental y sin síntomas de embriaguez (el 40,8%). El tipo de daño más frecuente fue la perturbación emocional, marcada por el 86,4% de los profesionales y las consecuencias más mencionadas fueron la irritabilidad (39,6%) y la falta de interés en la profesión (23,7%). La mayoría de los profesionales no notificaron la ocurrencia del incidente de la violencia (67,5%).

Discusión: La violencia contra los profesionales de la salud en el servicio de emergencia es una realidad y trae consecuencias para ellos. Existe un sub registro de los incidentes y esta realidad será más visible si los profesionales notifican los episodios por los sistemas instalados. Surge la necesidad de promover el registro de las ocurrencias de la violencia y de implementar estrategias para prevenir el fenómeno y crear diagramas de flujo para hacer frente a cada tipo de violencia.

Palabras clave: Violencia en el lugar de trabajo; Profesional de la salud; Enfermeras; Servicio de emergencia

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Copeland, D., & Henry, M. (2017). Workplace Violence and Perceptions of Safety Among Emergency Department Staff Members: Experiences, Expectations, Tolerance, Reporting, and Recommendations. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2), 65-77

Kvas, A., & Seljak, J. (2014). Unreported workplace violence in nursing. *International Nursing Review*, 61:344-351.

Lima, G., & Sousa, S. (2015). Psychological violence in the nursing work. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, 68(5), 535-541.

Occupational Safety & Health Administration (OSHA). (2015). *Caring for Our Caregivers: Preventing Workplace Violence: A Road Map for Healthcare Facilities* [Internet] Washington, DC: United States Department of Labor, Occupational Safety & Health Administration.

Occupational Safety & Health Administration (OSHA). (2016). *Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers* [Internet] Washington, DC: United States Department of Labor, Occupational Safety & Health Administration.

- Palagi, S., Noguez, P., Amestoy, S., & Porto, A. (2015). Violence at work: view of nurses of an urgency and an emergency service. *Rev Enferm UFPE on line. Recife*, 9(11):9706-12.
- Pompeii, L., Schoenfisch, A., Lipscomb, H., Dement, J., Smith, C., & Upadhyaya, M. (2015). Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six U.S. hospitals. *Am. J. Ind. Med.*, 58: 1194–1204
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2015). Violência contra profissionais de saúde. Notificação on-line 2014 - Departamento da Qualidade na Saúde. DGS
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2008). Position Statement: Violence against nurses: "zero" tolerance for violence against nurses and nursing students
- Stene, J., Larson, E. L., Levy, M., & Dohlman, M. (2015). Workplace violence in the emergency department: giving staff the tools and support to report. *Perm J* 2015 Spring;19(2):113-117.

AUTORES/AUTHORS:

María Lorena Folgado Temprano, Yolanda Martín Vaquero, Ana Belén Báez Marin, María Dolores Carrión Pérez, Juan José Berrocal Fernández

TÍTULO/TITLE:

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE LOS PROFESIONALES DE UN HOSPITAL

Objetivo: Crear una cultura de seguridad del paciente (SP) es la primera de las buenas prácticas para lograr “Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud” [1]. Previamente es necesario conocer la situación de partida. Este trabajo pretende analizar los factores sociodemográficos y laborales de los profesionales, describir el clima de SP, identificar fortalezas y áreas de mejora comparando con el estudio general hospitalales.

Metodología: Estudio descriptivo transversal a través del cuestionario sobre la Seguridad de los Pacientes (SP) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [2]. Es anónimo y autoadministrado, consta de variables demográficas y doce dimensiones de SP. Se entregó a los profesionales que desarrollaron su labor en tres unidades distintas del hospital, durante el mes marzo de 2018. Se analizaron los datos siguiendo la metodología propuesta comparando con el estudio general de AHRQ de 2012 [3-5], que valoró como “Área fuerte” cuando $\geq 75\%$ de los encuestados valoró de forma positiva aspecto de la seguridad, por lo tanto también están incluidas las valoraciones negativas de las variables redactadas en sentido negativo (que están indicando una percepción POSITIVA de la seguridad). Y “Área con Potencial de Mejora” cuando $\geq 50\%$ de los encuestados valoró de forma negativa ese aspecto de la seguridad, por lo tanto también están incluidas las valoraciones positivas de las variables redactadas en sentido negativo (que están indicando una percepción NEGATIVA de la seguridad).

Resultados: Cumplimentaron el cuestionario 48 profesionales, de los cuales el 82% eran enfermeras y el 18% médicos. El 32% trabajaban en Medicina Interna, el 36% en Neumología y 32% en Radiología. El 100% trabajaban de 20 a 39 horas por semana. El 60% llevaban 21 o más años en el actual puesto de trabajo, 21% llevaban menos de 15 años, y el 19% de 16-20 años. La valoración general sobre Seguridad del Paciente fue 17% excelente, 58% muy buena; frente al 45% del AHRQ que lo consideraron muy bueno.

En los últimos 12 meses, sólo un 13% de los profesionales encuestados notificaron 1 o 2 incidentes. Mientras en los resultados de AHRQ, lo hicieron un 27%.

Se analizaron los resultados por áreas, midiendo la puntuación media siendo 1 negativa-5 positiva, y el % de respuestas positivas:

- "Percepciones globales de seguridad" (2,90): 39%
- De acuerdo/Muy de acuerdo. "Frecuencia de notificación de incidentes" (3,24):44% mayoría de las veces/Siempre
- "Expectativas y acciones de los jefes inmediatos para promover la seguridad" (3,45):59% De acuerdo/Muy de acuerdo,
- "Aprendizaje organizacional-Mejora continua" (3,16):47% De acuerdo/Muy de acuerdo
- "Trabajo en equipo en la unidad/servicio" (3,70):73% De acuerdo/Muy de acuerdo, "Comunicación franca" (3,44) :47% La mayoría de las veces/Siempre,
- "Comunicación y feedback sobre errores" (3,32) :49% La mayoría de las veces/Siempre, "Respuesta no punitiva frente al error" (3,19) :42% De acuerdo/Muy de acuerdo,
- "Dotación de personal" (2,42) :28% De acuerdo/Muy de acuerdo, "Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente" (2,18):13% De acuerdo/Muy de acuerdo (AHRQ 72%, la mayor diferencia),
- "Colaboración entre unidades y servicios del hospital" (3,13):42%,
- "Transmisión de información durante traslados y cambios de turno" (3,47):59 % De acuerdo/Muy de acuerdo, se supera el 45% del estudio AHQR.

En global once de las doce áreas tuvieron puntuación menor que el estudio AHRQ

Discusión: La valoración general es excelente/muy buena superando al estudio AHQR. Las fortalezas identificadas son trabajo en equipo (el personal se apoya mutuamente, cuando hay mucho trabajo se trabaja en equipo para terminarlo), transmisión de información durante traslados y cambios de turno. Las áreas de mejora son las percepciones

globales de seguridad, aumentar la frecuencia de notificación de incidentes, tener suficiente personal para afrontar la carga de trabajo, trabajar con menos presión, apoyo de la gerencia en la seguridad

Implicaciones para la práctica: La identificación de fortalezas y áreas de mejora en la SP logrará mejorar la seguridad de los cuidados de los pacientes al identificar donde el equipo debe de actuar para optimizar los recursos humanos, materiales y dirigir la formación en el proceso de mejora continuo de calidad asistencial. Este estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. 55a Asamblea Mundial de la Salud .Calidad de la atención: seguridad del paciente [Internet]. WHA A55/52 de 18 de mayo de 2002. [acceso 8 de marzo 2018]. Disponible en:
https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/I_Conferencia/06_doc_asamblea_oms.pdf
2. Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria [internet] Madrid: Ministerio de Sanidad. Política Social e Igualdad; 2010 [acceso 3 de marzo 2018]. Disponible en:
<http://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf>
3. Sorra J, Famolaro T, Yount ND, Smith S, Liu H, Ragan M. Medical Office Survey on Patient Safety Culture 2012 user comparative database report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSA 290200710024C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2012. AHRQ Publication No. 12-0052.
<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2012/hospurv121.pdf>
4. Seguridad del Paciente [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad; 2010. Aplicación informática para la entrada y análisis de los datos recogidos a través del cuestionario MOSPS [acceso 2 de marzo 2018]. Disponible en:
<https://www.seguridaddelpaciente.es/es/participacion/profesionales/proyectos-sscc/semfyc/2010/aplicacion-recogida-datos-cuestionario-mosps/>
5. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [acceso 3 de marzo 2018] Disponible en:
http://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf

AUTORES/AUTHORS:

LILIANA VALIENTE SOBRINO, MIGUEL ANGEL RAMIREZ DE OROL, MARIA PRADO SANCHEZ HIGUERA

TÍTULO/TITLE:

EVITANDO ERRORES DE DIAGNOSTICO, VERIFICACION DEL SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE EXTRACCION DE HEMOCULTIVOS, ESTUDIO OBSE

INTRODUCCIÓN:

La detección y el tiempo en que se logre aislar el germen patógeno, son vitales en la instauración de un tratamiento efectivo para pacientes en Unidades de cuidados Intensivos; Una de las muestras más importantes e indispensables para el establecimiento de un diagnóstico etiológico en pacientes con septicemia son los Hemocultivos, y su extracción es una práctica habitual en UCI, cuya contaminación es un indicador de calidad que conviene medir ya que son frecuentes entre los resultados los falsos positivos. Disponemos de sencillas medidas a nuestro alcance, como profesionales de enfermería, para evitarlos y erradicarlos, evitando de éste modo tratamientos prolongados, agresivos y costosos.

OBJETIVO:

- Determinar la adhesión al protocolo instaurado para la extracción de muestras para hemocultivo en la unidad de cuidados intensivos objeto de estudio.
- Identificar momentos críticos en el protocolo a fin de depurar la técnica de extracción de muestras para hemocultivo, ajustándola al protocolo establecido en la unidad y a los estándares de calidad recomendados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo realizado durante un periodo de 3 meses en una Unidad de Cuidados Intensivos de adultos de un Hospital Universitario de II nivel. La población de estudio la formó el personal de Enfermería que intervino en cada una de las 100 extracciones de muestras para hemocultivo realizadas durante el periodo estudiado. A tal fin se elaboró una hoja de recogida de datos que contemplaba las siguientes variables: Procedencia del hemocultivo (catéteres implantados más de 48 horas, catéteres recién implantados o venopunción directa), cumplimiento o no del protocolo y motivos de incumplimiento del mismo. En la evaluación la información, se determinaron valores numéricos absolutos y porcentajes como resultado de los datos recogidos en la hoja de registro, éstos fueron evaluados con el programa informático SPSS en su versión 22.0. Durante el proceso, se mantuvo el anonimato y la confidencialidad de los datos obtenidos.

RESULTADOS:

Se evaluó el cumplimiento del protocolo de la unidad durante la extracción de las 100 muestras de sangre recogidas para cultivo en pacientes críticos. El 57% (57) del total de las muestras se extrajo de catéteres implantados de más de 48h. En un 40% (13) de las muestras procedentes de venopunción no se cumple con el protocolo de la unidad. Respecto a las muestras para hemocultivo extraídas de catéteres recién implantados, se obtiene un incumplimiento del protocolo del 27,2%.

CONCLUSIONES:

Se observó una elevada tasa de incumplimiento del protocolo de extracción de muestras para hemocultivos instaurado en la unidad, esto implica la necesidad de reforzar las recomendaciones para la extracción de este tipo de muestras. El incumplimiento del protocolo puede influir en la tasa de falsos positivos posible factor de confusión para los clínicos que conlleva con frecuencia la administración inapropiada de antibioterapia, realización de pruebas adicionales con un considerable incremento en los costes y la estancia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Albalade, M., Pérez García, R., Sequera, P. de, Alcázar, R., Puerta, M., Ortega, M., Mossé, A., & Crespo, E.. (2010). ¿Hemos olvidado lo más importante para prevenir las bacteriemias en pacientes portadores de catéteres para hemodiálisis?. *Nefrología (Madrid)*, 30(5), 573-577. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952010000500014&lng=es&tng=es.
- Ibero Esparza, C., Regidor Sanz, E., Díaz Pedroche, C., García de Casasola, G., Si fiebre, ¿hemocultivos?, *Revista Clínica Española*, Elsevier, Volumen 210, Capitulo 11, Diciembre 2010, P. 559-566.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256510004315#%21>
- Hernández-Bou, S., Álvarez Álvarez, C., Campo Fernández, M.N., García Herrero, M. A., Gené Giral, A., Giménez Pérez, M., Piñeiro Pérez, R., Gómez Cortés, B., Velasco, R., Menasalvas Ruiz, A.I., García García, J. J., Rodrigo Gonzalo de Liria, C., Hemocultivos en urgencias pediátricas. Guía práctica de recomendaciones: indicaciones, técnica de extracción, procesamiento e interpretación, *Anales de Pediatría*, volumen 84, Capitulo 5, Mayo 2016, P. 294.e1-294.e9.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169540331500243X>

AUTORES/AUTHORS:

NOELIA GUTIERREZ RAMOS, CARIDAD VELA ABENGOZAR, MARIA LUISA BARRILERO SALCEDO, IGNACIO ALCAÑIZ OCTAVIO

TÍTULO/TITLE:

TITULO: Resultados en salud en Cuidado/Manejo de Ostomía con la implantación de una Guía de Buenas Prácticas (RNAO) dent

OBJETIVO: Implementar en la práctica los cuidados basados en la investigación con el fin de disminuir las complicaciones en ostomía y mejorar calidad de vida de la persona ostomizada

MÉTODO:

Ámbito: Gerencia de Atención Integrada (GAI)

Diseño: estudio descriptivo longitudinal.

Método de obtención de datos: explotación de registros en la Historia Clínica y base de datos Carevid

Una vez analizada la situación de nuestra Gerencia en cuanto a cuidados que reciben los pacientes ostomizados no adherimos al proyecto BPSO con la implantación de la Guía de Cuidado y Manejo de los Estomas como instrumento para poder llevar a la práctica cuidados de calidad. Esto supone el diseño de circuitos que permitan dar una cobertura al 100% de los pacientes ostomizados, cambios en cuanto a recursos materiales, formación del personal, necesidad de crear el recurso y dar sostenibilidad a la consulta de estomas así como la elaboración de un protocolo que nos permita unificar cuidados.

Se conforma para ello un comité funcional el cual desarrolla, planifica y pone en marcha el plan de acción para implantar el conjunto de recomendaciones basadas en evidencia estableciendo estrategias, tiempos y responsabilidades para llevarlo a cabo.

RESULTADOS:

De un periodo de tres años se describen resultados de proceso: casi un 70% de paciente que van a ser ostomizados se les realiza un preoperatorio según la Guía de Buenas Prácticas de la RNAO, esto es evaluación preoperatoria, marcaje del estoma previo a la cirugía y educación preoperatoria. Teniendo en cuenta que casi un 30% de las cirugías que derivan en un estoma son urgentes se puede concluir que todos los pacientes con cirugía programada reciben este preoperatorio.

Con la implantación de esta guía se ha conseguido que el 90 % de los pacientes ostomizados hayan adquirido al alta las destrezas necesarias para el cuidado de su estoma lo que les aporta seguridad, independencia y calidad de vida.

El 98% han tenido una evaluación previa al alta así como seguimiento en consulta de estomas.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIONES:

Llevar a la práctica Cuidados Basados en Evidencia supone beneficios importantes en salud, seguridad y se traduce en ahorro económico, sin embargo no siempre es fácil y es un trabajo arduo y laborioso.

La implantación de esta guía ha supuesto cambios en circuitos, en cultura de trabajo, en registros, y recursos materiales y humanos. En este proceso ha sido fundamental el apoyo de la Dirección de esta gerencia y el esfuerzo y trabajo de todos trabajando con un mismo objetivo.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

Adherirse a este proyecto supone un cambio en la visión en los cuidados de la enfermería ya que nos permite trabajar en base a

conocimientos basados en evidencia y no a tradiciones o a cuidados que se han sustentado a lo largo del tiempo sin base científica. Por otro lado la herramienta de implantación nos permite llevar a la práctica este proyecto de una forma organizada y estructurada para no solo implantar estas recomendaciones si no darles sostenibilidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Registered Nurses Association of Ontario. Traducción al español: Guías de buenas prácticas clínicas. Cuidado y manejo de la ostomía. Investen. 2011.RNAO.
2. C. Fuentes Ran, A, Ibarzo Monreal, p, Solé Ripoll Revista “ Descubre una nueva forma de vivir “ de Hollister. 5ª edición .Febrero 2010.
3. Mª Martínez Morales. Cuidados al paciente ostomizado. Boletín oncológico- enfermería oncológica (www.boloncol.com)
4. M.C. Durán Ventura, M.C. Martínez Costa, M.A Martos Monereo I. Menéndez Muñoz , C. Rivas Marín, Mª D. Ruiz Fernández. Guía para la persona colostomizada (SEDE)
5. Cuidados del paciente ostomizado de la Clínica Universidad de Navarra (www.cun.es)
6. Manejo de ostomías (www.eccpn.aibarra.org)
7. Educación Sanitaria. Fundación Te Cuidamos (www.tecuidamos.org)
8. RNAO. Herramienta Implantación Buenas Prácticas 2ª edición. Septiembre 2012
- 9.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VIII**Session of Oral Brief Presentations VIII****AUTORES/AUTHORS:**

Pedro Hidalgo Lopezosa, Andrea Jiménez Ruz, María Hidalgo Maestre, Juan Manuel Carmona Torres, Pablo Jesús López Soto, M^a Aurora Rodríguez Borrego

TÍTULO/TITLE:

Factores relacionados al riesgo de parto pretérmino

Objetivo:

El parto prematuro tiene una incidencia importante, por lo que supone una de las complicaciones más importantes en obstetricia. El objetivo de este estudio fue el de determinar los factores de riesgo en el parto prematuro.

Métodos:

Se llevó a cabo un estudio observacional y retrospectivo con mujeres que tuvieron su parto entre Enero y Diciembre de 2015 en España. La población estudiada fue de 412.000 mujeres. Para el análisis de los datos, en primer lugar se llevó a cabo un estudio descriptivo de las variables sociodemográficas más importantes y posteriormente se realizó un análisis bivalente calculando las odd ratios (ORs) crudas de dichas variables para la variable dependiente parto de menos de 37 semanas de gestación. Se calculó el intervalo de confianza al 95%. Se consideraron aquellas variables con un valor de $p < 0,05$.

Resultados:

De las 412.000 mujeres que dieron a luz en España durante el periodo de estudio algo más de 27.000 tuvieron un parto prematuro (< 37 semanas de gestación), lo que representa una proporción cercana al 7%. El riesgo de parto prematuro se incrementó en mujeres menores de 19 años (OR 1.45, $p < 0.001$) y en mayores de 35 (OR 1.20, $p < 0.001$); en mujeres que dieron a luz en núcleos urbanos con gran número de habitantes, siendo el riesgo mayor cuando el parto se produjo en capitales de provincia (OR 1.60, $p < 0.001$); igualmente se relacionó con el tamaño del municipio del parto (OR 1.20, $p < 0.001$). También se relacionó con la nacionalidad de la mujer, de forma que se halló mayor riesgo en mujeres españolas y del resto de Europa (OR 1,30, $p < 0.001$), mientras que el menor riesgo se halló entre mujeres africanas. Otros factores de riesgo fueron la escasa preparación de la madre, las madres separadas y las que tenían profesiones menos cualificadas.

Discusión:

El riesgo de parto prematuro está relacionado con factores sociodemográficos tales como la edad, tamaño de la población, nacionalidad, nivel de preparación, estado civil y otros. Los resultados de este estudio pueden ser de importancia por sus implicaciones para la práctica clínica, ya que los factores de riesgo identificados deberían considerarse para proporcionar una atención prenatal de mayor calidad que permita extremar los controles en mujeres con mayor riesgo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. WHO. Global Nutrition Targets 2025: Low birth weight policy brief. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_lbwt/en/Word, accessed 24 July 2018).
2. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report (2010) The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. Available from: www.europeristat.com. Accessed 22 May 2017.
3. Oliveira LL, Gonçalves Ade C, Costa JS, Bonilha AL. Maternal and neonatal factors related to prematurity. Rev Esc Enferm USP. 2016 May-Jun;50(3):382-9. doi: 10.1590/S0080-62342016000400002.
4. Prunet C, Delnord M, Saurel-Cubizolles MJ, Goffinet F, Blondel B. Risk factors of preterm birth in France in 2010 and changes since 1995: Results from the French National Perinatal Surveys. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2017 Jan;46(1):19-28. doi: 10.1016/j.jgyn.2016.02.010.
5. Chiavarini M, Bartolucci F, Gili A, Pieroni L, Minelli L. Effects of individual and social factors on preterm birth and low birth weight: empirical evidence from regional data in Italy. Int J Public Health. 2012 Apr;57(2):261-8. doi: 10.1007/s00038-011-0311-3
6. Goisis A, Remes H, Barclay K, Martikainen P, Myrskylä M. Advanced Maternal Age and the Risk of Low Birth Weight and Preterm Delivery: a Within-Family Analysis Using Finnish Population Registers. Am J Epidemiol. 2017;186(11):1219-1226. doi: 10.1093/aje/kwx177.

AUTORES/AUTHORS:

Leisly Sofia Beleño Pinedo, Sandra Lorena Vallejo Arias, Kendrys Quintana Herrera, Jineth Uribe Bustamante, Melissa Garcia Valdez, María Rodrigues Ochoa

TÍTULO/TITLE:

Enfermería en el puerperio inmediato según la teoría de Kristen Swanson en una clínica Materna, Cartagena - Colombia

La morbilidad y mortalidad materna es catalogada como un problema de salud pública complejo, que resulta explicado no solamente por las condiciones individuales de la mujer, sino también por la calidad de los servicios médicos, los contextos culturales y sociales donde éstos se prestan (1), igual que los cuidados que reciben por parte del personal de salud, que en este contexto se refiere a los enfermeros. Por lo anterior descrito, se adoptan los planteamientos teóricos de Kristen Swanson, en la que el acto de cuidar corresponde a una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal, así se constituye un fenómeno central de enfermería, que puede ser desagregado en un conjunto de dimensiones: mantener las creencias, conocimiento, estar con, hacer por, y posibilitar (2). Es por ello, por lo que el personal de enfermería debe ser consciente de que la mujer puérpera atraviesa por un estado nuevo en su vida, en la que emergen sentimientos de ansiedad y miedo por la llegada del recién nacido, en este la enfermera transmitirá mayor seguridad y serenidad a la paciente; ofreciendo cuidados de calidad, en los cuales la vigilancia y atenciones adecuadas, evitarán posibles complicaciones (3). El objetivo del estudio fue identificar los cuidados que proporcionan los enfermeros según la teoría de Kristen Swanson durante el puerperio inmediato en un instituto prestador de salud (IPS) de Cartagena. Por ello la importancia de investigar sobre ¿Cuáles son los cuidados brindados por los enfermeros en el puerperio inmediato con base a los elementos de la teoría de Kristen Swanson en una clínica materna de Cartagena? Materiales y métodos: Naturaleza cuantitativa, de tipo descriptivo y de corte transversal, con una población de 127 mujeres y muestra de 96 puérperas en sala de puerperio inmediato hospitalizadas en la institución, que no presentaran complicaciones de salud, que estuviesen dispuestas a participar en el estudio y que no presentaran complicaciones de salud al momento de la aplicación del instrumento.

Resultados

Las puérperas se caracterizaron por tener edades de 16-20 años (30,2%), estar en unión libre (66,7%), tener estudios de bachillerato (67,7%), proceder de Cartagena (70,8%), tener ingresos de 1 salario mínimo (55,2%), pertenecer al estrato 1 (57,3%) y haber tenido 1 parto (43,8%). En los elementos que evalúan los cuidados de los enfermeros según la teoría de Kristen Swanson, se develó que se brindan muy buenos cuidados (promedio = 3,31 en escala de 1 a 4), donde las puérperas valoraron en mejor medida el hecho de que “la enfermera la ha hecho sentir importante” (promedio = 3,39), también que “la enfermera le ha demostrado confianza para salir adelante” (promedio = 3,39) y que “la enfermera ha estado pendiente después de que culminó su proceso de parto” (promedio = 3,39). También se reveló que los elementos con los cuales estas mujeres se hallan más satisfechas fueron “el número de enfermeras que estuvieron a cargo de mi atención” (promedio = 3,35), “la explicación que me dio la enfermera de los procedimientos que se me realizaron y los cuidados que tendré en mi casa” (promedio = 3,39), y “la presentación de la enfermera (limpieza y pulcritud)” (promedio = 3,39). En concordancia con los resultados obtenidos, se tiene que el promedio general se ubicó en 3,28 en una escala comprendida entre 1 y 4, por tanto, se puede afirmar que las valoraciones que indicaron las puérperas revelan que las atenciones que reciben de las profesionales de enfermería les generan niveles importantes de satisfacción.

Discusión

Al extraer los resultados, se halló que la satisfacción fue muy alta (promedio = 3,28 en escala de 1 a 4), divergiendo con algunos

estudios. En primer lugar, este dato fue muy superior a los cálculos por Aguilar (4) quien detectó apenas un 48,3% de satisfacción. Así mismo, Acosta (5) quien reportó existencia moderada de satisfacción (promedio = 155,1 en escala de 40 a 200); esta investigadora en su estudio consideró la dimensión "entorno" (la única con la que se pueden hacer aquí comparaciones) y encontrando satisfacción, lo que concordó con lo presentado previamente en este documento. Además, Se encontró desacuerdo con el estudio de Paiva y colaboradores (6) en la medida en que sus resultados indican que los cuidados de enfermería que reciben las púerperas brasileñas son relativamente deficientes, pues la asistencia al puerperio se consideró limitada, necesitando de mayor atención y compromiso de este personal.

Conclusión:

Las púerperas tienen una buena percepción y satisfacción de los cuidados que reciben de los enfermeros; destacando aspectos como; la explicación proporcionada respecto a procedimientos realizados, cuidados que debieron tener en casa y la presentación general de la enfermera, en términos de limpieza y pulcritud. Sin embargo, es importante resaltar que el cuidado del profesional debe estar siempre permeado por la humanización en busca de salvaguardar la ética y la deontología sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA

1. González L, Gómez R, Vélez G, Agudelo S, Gómez J, Wylie J. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2014; 35(1): 15-22.
2. Briñez K. Narrativa de enfermería: visión y patrones de conocimiento. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2014; 9(9): 142-148.
3. Mimón I, Pérez E, Ros R, López V. Cuidados de enfermería durante el puerperio. *Enfermería Integral*. 2011; (93): 31-33.
4. Aguilar M, Sáez I, Menor M, Mur N, Expósito M, Hervás A. Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutr Hosp*. 2013; 28(3): 920-926.
5. Acosta N. Satisfacción materna con la atención hospitalaria proporcionada en una institución pública. Universidad Autónoma de San Luis de Potosí; 2015.
6. Paiva D, Dodou H, Nery P, Souza N. Cuidados al binomio madre-hijo en el puerperio inmediato: estudio descriptivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2014; 13(2): 227-238

AUTORES/AUTHORS:

María Aurora Montañez Frausto, Marlene Juárez Salgado, Esveidi Aide Aguiñaga Fiscal, J. Merced Rizo Carmona, Alejandro Ortega Mereles, Ma. Elvira Moreno Pulido

TÍTULO/TITLE:

FACTORES PREDISONENTES QUE DESENCADENAN PREECLAMPSIA EN PACIENTES DE UN HOSPITAL PUBLICO DEL ESTADO DE GUANAJUATO

La preeclampsia es una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo, se considera una importante causa de morbimortalidad materna y fetal en el mundo. La preeclampsia es un enfermedad de origen desconocido y multifactorial cuyo tratamiento definitivo es el parto; además de ser causal de múltiples repercusiones sobre la madre y el recién nacido, es motivo de hospitalizaciones prolongadas y repercusiones económicas para la familia.

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo biológicos y sociodemográficos predisponentes que desencadenan preeclampsia en un hospital público del estado de Guanajuato.

MÉTODOS: El tipo de estudio es de corte cuantitativo, descriptivo y retrospectivo. Describe las características de una sola población, según las características sociodemográficas, obstétricas y de antecedentes y es retrospectivo porque los datos de la muestra fueron recolectados de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia. La población de estudio está constituida por 150 gestantes diagnosticadas con preeclampsia. La muestra estuvo constituida por 49 pacientes y el muestreo fue aleatorio simple.

RESULTADOS: La edad de los participantes osciló entre los 15 a 44 años de edad. respecto al estado civil el 49% (f=24) es casada seguida de un 40.8% (f=20) vive en unión libre, el 8.2% (f=4) es soltera y sólo un 2% (f=1) manifestó ser divorciada. Dentro de las características gineco-obstétricas se describe lo siguiente: el número de gestas el 46.9% (f=23) son primigestas, seguida de un 24.5% (f=12) con gesta dos, el 16.3% (f=8) es de cuarta gesta, un 10.2% (f=5) de gesta tres y tan sólo un 2% (f=1) presento más de cinco gestas. Además el 67.3% (f=23) fueron primigestas y no tenían antecedentes de un parto. Para identificar las características clínicas asociadas a preeclampsia en mujeres en edad fértil se valoraron PAS, PAD, presencia de edema, presencia de proteinuria, talla y peso materno, IMC y edad gestacional al momento del diagnóstico. Respecto a las cifras más altas del PAS el 46.9% (f=23) fue de 160 a 178 mmHg y las más altas del PAD el 40.8% (f=20) fue de 100 a 109 mmHg. Respecto a la edad gestacional al momento del diagnóstico el 51% (f=25) fue de 36 a 38 SDG, seguida de un 24.5% (f=12) fue de 39 a 41 SDG, el 14.3% (f=7) fue de 33 a 35 SDG. El peso fue otro factor predisponente con un 38.8% (f=19) tuvo sobrepeso de acuerdo a la edad gestacional que cursaba.

DISCUSIÓN: La incidencia de la preeclampsia es mayor en el grupo de gestantes jóvenes al encontrar un 38.8% de casos en comparación con las gestantes de mayor edad con un 8.1%. Se mostró que el 46.9% de las gestantes que cursaron preeclampsia fueron primigestas. En cuanto a las consecuencias de ésta enfermedad del embarazo se tiene que el 71.4% de casos, terminaron en cesárea, siendo gestantes jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Wendy Guzmán-Juárez, Marina Ávila-Esparza, Rosa Emma Contreras-Solís, Margarita Levario-Carrillo. Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia. Ginecol Obstet Mex 2012; 80(7):461-466.

Jorge Antonio Gutiérrez Ramírez, Juan Carlos Díaz Montiel, Acela Marlen Santamaría Benhumea, Paloma Adriana Sil Jaimes, Hugo Mendieta Zerón, Javier Edmundo Herrera Villalobos. Asociación de factores de riesgo de preeclampsia en mujeres mexiquenses. Rev Nac (Itauguá) 2016; 8(1):33-42

Brig. M.C. Manuel Quirarte-Medina, Tte. Cor. M.C. Antonio Carvajal-Gómez, Gerardo Martínez-Vara. Morbimortalidad por preeclampsia en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología. Rev Sanid Milit Mex 2013; 67(6) Nov-Dic: 233-238.

AUTORES/AUTHORS:

Juan Serrano Martos, Laura Rodríguez Olalla, Ana Pérez Velasco, Belén López Ruiz

TÍTULO/TITLE:

OBESIDAD PREGESTACIONAL, INTERVENCIÓN ENFERMERA, RESULTADOS OBSTÉTRICOS

OBJETIVOS

Analizar el impacto de la intervención enfermera basada en un programa de dieta y ejercicio en gestantes con IMC (índice de masa corporal) ≥ 35 Kg/m² en relación a la edad, IMC pregestacional, ganancia ponderal, nivel educativo y tipo de parto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Cuantificar la ganancia ponderal tras la intervención.
2. Determinar si la edad y el nivel educativo de la gestante se relaciona con unos mejores resultados obstétricos (tipo de parto y ganancia ponderal).
3. Evaluar si un IMC ≥ 35 condiciona el tipo de parto.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo observacional cuya población de referencia son todas las gestantes obesas (74) con IMC ≥ 35 que durante el año 2015 han acudido al aula de Obesidad del Complejo Hospitalario de Jaén.

Aplicando los criterios de exclusión, no asistencia al menos a 3 sesiones, debut de diabetes gestacional, aborto, traslado a otro centro, dificultad idiomática, la muestra a estudiar es de 34 mujeres.

Las variables analizadas son:

- 1) EDAD MATERNA (en años)
- 2) IMC (previo a la gestación)
- 3) GANANCIA PONDERAL (durante el embarazo, en Kg.)
- 4) NIVEL EDUCATIVO (ESO, FP, Bachiller, Universitaria)
- 5) TIPO DE PARTO (vaginal vs cesárea)

Los datos han sido recogidos del registro enfermero de historia clínica (papel) y digital (DIRAYA) se han registrado en una base de datos anonimizada, construida para tal fin y procesadas estadísticamente mediante el programa estadístico SPSS v21.

RESULTADOS

La media de edad es de 32 años

El 68% de las gestantes eran obesas tipo II, el 29% tipo III y solo el 3% tipo IV (mórbida)

La ganancia ponderal media es de 5,42 Kg.

El mayor porcentaje de mujeres se corresponde con estudios de ESO 52,9% seguidos de universitarias 29,4%

No existe relación estadísticamente significativa entre las variables IMC previo, edad y ganancia ponderal en ningún caso el p_valor de los coeficientes es inferior a 0,05

No existe relación entre el tipo de parto y las variables nivel educativo, IMC previo y ganancia ponderal

No existen diferencias significativas entre la media de edad, los valores del IMC y la ganancia ponderal entre los diferentes niveles de estudios

El parto por cesárea fue del 29% en nuestra serie

DISCUSION (IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA CLINICA)

Existen riesgos bien documentados asociados a la obesidad durante el embarazo habiéndose estudiado en distintas poblaciones del mundo (1). En España, la población obesa en edad reproductiva ha ido aumentando a lo largo de los años situándose actualmente en el 13,6% (2).

La ganancia ponderal media en nuestra serie es de 5,4 kg por tanto se ajusta a las recomendaciones actuales que consideran optimo un incremento 5 y 9,1 Kg. en obesas (3) desalentando la pérdida de peso durante la gestación.

Esta recomendación ha sido avalada por Cedergrem (4) en Suecia con más de 240 000 mujeres estudiadas siendo confirmado por Muktabhant B. Cochrane 2015 Issue 6. Art .No.,: CD007145. (5) que resaltan los beneficios de la dieta más ejercicio en obesas gestantes para reducir el aumento excesivo de peso en el embarazo.

karin Haby k. et al (6) o Poston L. et al (7) reflejan que una intervención de dieta y ejercicio similar la que se ha llevado a cabo en las pacientes de nuestro estudio es positiva para controlar la ganancia de peso gestacional.

No encontramos relación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y/o edad y el tipo de parto (vaginal o cesárea) De la Calle M.et Al, (8) y Arenas B (9) corroboran que el riesgo de cesárea está asociado a la obesidad y no al factor edad.

Tampoco encontramos relación entre la ganancia ponderal durante la gestación y el nivel educativo y la edad.

Nuestra tasa de cesáreas es del 29% superior a las gestantes normopeso en nuestro medio que se sitúa en el 19 %, aunque inferior a otros estudios similares, Arenas B. et Al; (9) la sitúan en el 36,76%. Weiss en el 47% (10)

Coincidimos en nuestro estudio con JJ Fdez. Alba F. et Al. (11) en el hecho que el sobrepeso y la obesidad incrementan el riesgo de cesárea independientemente a la edad, la paridad y nivel de estudios (según nosotros) siendo la ganancia ponderal moderada un factor protector, para ello por tanto el seguimiento de un programa nutricional y de ejercicio físico resulta favorable para disminuir la tasa de parto abdominal (5-12).

Entendiendo como ideal la reducción de peso preconcepcional (dieta, ejercicio, cirugía bariátrica) la intervención enfermera en pacientes obesas pregestacionales como la desarrollada en el Complejo hospitalario de Jaén, en base a un programa de asesoramiento dietético-nutricional y de ejercicio, implementando cambios en el estilo de vida, condiciona buenos resultados en cuanto a ganancia ponderal y una reducción en la tasa de cesáreas.

Los resultados obtenidos deben interpretarse con cautela debido al pequeño tamaño de la muestra, así como a los distintos criterios de selección de pacientes en los estudios comparados.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Alavi N, Haley S, K Clow, McDonald SD. La comparación de las pautas de aumento de peso gestacionales nacionales y las recomendaciones de ingesta de energía. *Obes Rev* 2013; 16:68.
2. Rodriguez R. E, Lopez P, Lopez S. A, Ortega RM. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. *Nut. Hosp.* 2011; 26:353-63.
3. Rasmussen KM, Yaktine AL, Institute of Medicine, Institute of Medicine. *Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines.* Washington DC; 2009.

4. Cedergren MI. Efectos del aumento de peso gestacional y el índice de masa corporal sobre los resultados obstétricos en Suecia. *Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia*. 2006; 93: 269-274. doi: 10.1016 / j.ijgo.2006.03.002.
5. Muktabhant B, Lawrie TA, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jun 15 ;(6):CD007145. doi: 10.1002/14651858.CD007145.pub3
6. Haby K, Glantz A, Hanas R, Premberg Å. Mighty Mums—An antenatal health care intervention can reduce gestational weight gain in women with obesity. *Midwifery* 2015; 31(7):685-692.
7. Poston L, Briley AL, Barr S, Bell R, Croker H, Coxon K, et al. Developing a complex intervention for diet and activity behaviour change in obese. *BMC pregnancy and childbirth* 2013; 13(1):148.
8. De la Calle F, Armijo O, Martín E, Sancha M, Magdaleno F, Omeñaca F, et al. Sobrepeso y obesidad pregestacional como factor de riesgo de cesárea y complicaciones perinatales. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2009;74(4):233-238
9. Farrona BA, Vilches VG, Jiménez AL, de la Torre González, Antonio Jesús, Berral JEA. Influencia de la obesidad en la evolución del parto. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 2015;58(4):171-176
10. Weis JL, Malone FD, Emig D. Obesity Obstetric complications and caesarean delivery rate a population based screening study, *Am J obstetric Gynecol* 2005; 190:1091
11. Alba F, Jesús J. et al. Sobrepeso y obesidad maternos como factores de riesgo independientes para que el parto finalice en cesárea. *Nutrición Hospitalaria* 2016;33(6):1324-1329.
12. Joan MG, Crane MD. The effect of gestational weight gain by body mass index on maternal and neonatal outcomes. *J. Obstet Gynaecol Can*. 2009; 31: 28-55

AUTORES/AUTHORS:

Ernestina Silva, Maria Silva

TÍTULO/TITLE:

Cuidados paliativos pediátricos: experiencias y necesidades de los profesionales de salud de una unidad de neonatología

Introducción: Los cuidados paliativos pediátricos engloban el período neonatal y presuponen un enfoque multiprofesional en el alivio del sufrimiento psicológico, fisiológico, social, emocional y espiritual tanto del recién nacido (RN) con enfermedad limitante o amenazadora de vida y su familia. Prevén una intervención planificada, por profesionales formados y entrenados, que apoyan al recién nacido tanto en vida como en el proceso de muerte, así como a la familia con empatía y respeto culturalmente sensible.

Objetivos: Explorar las experiencias y necesidades de los profesionales de la salud sobre los cuidados paliativos al recién nacido en el final de su vida y su familia.

Metodología: Estudio cualitativo fenomenológico sobre una muestra de probabilidad no accidental que consta de 15 profesionales de la salud de un cuidado intensivo neonatal, en el norte de Portugal. Las entrevistas fueron audio grabadas y transcritas textualmente. Se realizó análisis de contenido según Bardin (2016) en la búsqueda del sentido de los datos.

Resultados: Destacamos que, a pesar de la falta de formación específica en cuidados paliativos, estos profesionales de salud revelaron preocupación por la dignidad, calidad de vida y confort del recién nacido y familia. Expresaron dificultades emocionales, relacionales y de comunicación en el acompañamiento de las trayectorias de enfermedad grave y muerte y en el nivel de decisión ética por los dilemas que se prenden con el no iniciar cuidados o limitar los cuidados.

Conclusión: A pesar de que los profesionales de la salud reconocen poca formación para cuidar de RN con condiciones limitantes de vida y familia, revelan conocimiento de las dimensiones sobre el dolor y sufrimiento y interceden miradas dedicadas y comprometidas en el cuidado de estos RN y familia. Se mostraron disponibles para abrazar los desafíos actuales y que pasan por la constitución de equipos de cuidados paliativos pediátricos y el alcanzar de una cultura organizacional que progresa para la implementación de esos cuidados.

Palabras clave: Cuidados paliativos pediátricos; recién nacido; unidades de terapia intensiva neonatal; muerte

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. (4ª ed.). Lisboa: Edições 70, Lda.

Catlin, A., Brandon, D., Wool, C. & Mendes, J. (2015). Palliative and End-of-life Care for Newborns and Infants – from the National Association of Neonatal Nurses. *Advances in Neonatal Care*. 14 (4). 239-240.

European Association for Palliative Care. (2007). IMPACCT: Normas para a Prática de Cuidados Paliativos Pediátricos na Europa. *European Journal of Palliative Care*, 14 (3), 109-114.

Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação* (5ªed). Lusociência.

Lacerda, A. F. (Coord.). (2014). *Cuidados Paliativos Pediátricos – Relatório do Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde* (Despachos 8286-A/2014 e 8956/2014). *Cuidando Juntos*.

Mendes, J., Silva, L., & Santos, M.(2012). Cuidados Paliativos neonatais e pediátricos para Portugal: um desafio para o século XXI. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43 (5), 218-222.

World Health Organization. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End-of-Life*. Wpca – Worldwide Palliative Care Alliance.

AUTORES/AUTHORS:

Ángela Rodríguez-García, Dolores Merino-Navarro, Rafaela Camacho-Bejarano

TÍTULO/TITLE:

Análisis de la implementación de los Cuidados Centrados en el Desarrollo en la Unidad de Prematuros

Se conoce como cuidados centrados en el desarrollo (CCD) a un modelo de atención que tienen por objeto favorecer el desarrollo neuro-sensorial y emocional del recién nacido (RN), reduciendo el estrés y llevando a cabo intervenciones que apoyen al RN y reconociendo a la familia como referencia permanente en la vida de este (1). Asimismo, el RN se considera un ser capaz de sentir, relacionarse, e intervenir en su desarrollo, y los padres su pilar fundamental (2).

OBJETIVO: Explorar el nivel de implementación de los CCD en niños prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

MÉTODO: Se ha realizado un estudio descriptivo cualitativo mediante 6 entrevistas a informantes clave y observación participante en la UCIN del Hospital General de Huelva. Para el análisis de los datos se ha seguido el procedimiento DOFA cuya finalidad es brindar datos de salida para conocer la situación actual en la que se encuentra la unidad, así como el riesgo y las oportunidades en las que se encuentra y que afectan o pueden afectar al funcionamiento del mismo (3). Con esta técnica vamos a analizar y resolver los problemas e identificar y analizar las Fortalezas y Debilidades, y Oportunidades y Amenazas (4).

En este estudio se ha tenido en cuenta la confidencialidad de los datos y el anonimato de las personas participantes en las entrevistas realizadas. Se ha pedido permiso para participar de forma voluntaria y las aportaciones que ellos hacen serán tratadas con la máxima privacidad.

RESULTADOS: Aspectos positivos. Estos son tanto las fortalezas como las oportunidades. Las fortalezas que presenta esta unidad son la visión integral del RN; la reducción de la estancia hospitalaria; previene los efectos secundarios de la hospitalización; mejora los aspectos fisiológicos del bebé; existencia de medidas para reducir el ruido en las UCIN; instrumentos para el control de la luz y temperatura; alivio del dolor del RN; disminución de manipulaciones; uso de nidos; ayuda por parte de la familia; profesionales altamente cualificados; satisfacción de la población; apertura de las UCI, intervención y formación a los padres y método canguro (MC). Asimismo, las oportunidades son la estandarización de los cuidados de enfermería; apoyo institucional; protocolos actualizados desde hace dos años; apertura de la UCI pediátrica unida a una actualización de los planes formativos.

Aspectos negativos. Por otra parte, los aspectos negativos son las debilidades y las amenazas. Las debilidades de esta unidad son la falta de zonas de confort para los padres y así poder estar con sus hijos las 24 horas del día; la utilización no adecuada de la sacarina y de los instrumentos de medida del ruido; falta de trabajo multidisciplinar; no generalización de los cuidados y estandarización de las formas; no unificación de la práctica; limitaciones técnicas como la compra de más audímetros; falta de registro de control postural y signos de estrés; escasa formación de competencias para los padres al alta.

Igualmente, las amenazas son la falta de equipo directivo que va a producir una falta de coordinación entre la dirección de la unidad por parte de enfermería y por parte facultativa; la estructura de las UCIN y Unidades de intermedios, impiden que la familia forme parte de los cuidados las 24 horas; la cantidad de profesionales que están presentes en las unidades hace que reducir el ruido sea difícil; falta de voluntad para innovar; condiciones laborales que dificulta mucho que tengan voluntad en mejorar en el trabajo; centrarse en lo urgente y dejar lo importante para otro momento que parece que es menos urgente cuando lo realmente importante es cuidar y una práctica diaria que no permite realizar estos cuidados de manera tranquila y ordenada.

DISCUSION E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA: Actualmente, se conoce la importancia que presentan los CCD, sin embargo, hay mucho que mejorar hoy en día. Se están implantando en la mayoría de los hospitales pero no se realizan ni de forma homogénea ni estandarizada (5). En España, la instauración de los CCD ha mejorado pero todavía quedan cosas por implantar (6). En esta unidad, destacan las medidas de control del bienestar del RN, el control del dolor, la integración de la familia, el MC, etc. Sin

embargo, teniendo en cuenta este análisis, creemos necesario abordar algunas debilidades que ayudarían a considerar el modelo en su conjunto e incluir la evaluación de las medidas a corto y largo plazo con instrumentos validados.

El avance en el cuidado y manejo del RN ha contribuido a un aumento de la supervivencia de neonatos sometidos a procedimientos dolorosos pero aún sigue siendo necesario investigaciones futuras sobre un manejo del dolor neonatal de forma segura y eficaz (7). Podemos establecer este trabajo como punto de partida para después diseñar un plan que nos permita llevar a cabo estrategias de mejora de la práctica de los CCD, con equipos multidisciplinares bien formados que, junto a la familia, aumenten la calidad, la seguridad, la confianza y la implicación de todos los participantes. Esto es de vital importancia para la implantación del Modelo y lograr evaluar, a largo plazo, el impacto que provoca en el desarrollo de los prematuros y en la calidad de vida de las familias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. López M, Melgar A, de la Cruz J, Perapoch J, Mosqueda R, Pallás C. Developmental centered care. Situation in spanish neonatal units. *An Pediatr* [Internet]. 2014 [citado el 11 de septiembre de 2018]; 81(4): 232-240. Disponible en: file:///F:/tfg/S2341287914000763_S300_en.pdf
2. Ginovart G. Cuidados centrados en el desarrollo: Un proyecto común. *Revista De Psicología*. 2010; 26: 15-27.
3. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Análisis DAFO. VIII ed. Asturias: Área Sanitaria; 2017.
4. Alcalá I G. Técnica FODA. Objeto de estudio 4: Instrumentos fundamentales para la investigación jurídica. [Internet]. 2014 [citado el 11 septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.fd.uach.mx/maestros/2016/11/24/Tecnica%20FODA.pdf>
5. Fuente P. El profesional de la enfermería en las unidades neonatales y los cuidados centrados en el desarrollo. *Metas Enferm*. 2016; 19(7): 58-64.
6. López M, Melgar A, de la Cruz J, Perapoch J, Mosqueda R, Pallás C. Developmental centered care. Situation in spanish neonatal units [Internet]. *An Pediatr*. 2014[citado el 11 de septiembre de 2018]; 81(4): 232-240. Disponible en: file:///F:/tfg/S2341287914000763_S300_en.pdf
7. González C M, Fernández IM. Revisión bibliográfica en el manejo del dolor neonatal. *Revista De Enfermería*. 2012; 6(3).

AUTORES/AUTHORS:

Matilde Fernández y Fernández-Arroyo, Ana Pedraza Anguera, Mercedes Gómez del Pulgar, María Teresa Alcolea Cosín, Cristina Oter Quintana

TÍTULO/TITLE:

Conocimiento y satisfacción de los padres con la enseñanza sanitaria del baño del recién nacido.

INTRODUCCIÓN: El baño es un cuidado esencial y básico para mantener la salud del recién nacido. **OBJETIVOS:** Determinar el conocimiento y la satisfacción de los padres/madres con el aprendizaje del baño del recién nacido recibido en atención primaria y especializada. **MÉTODO:** Ámbito: Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Diseño: Estudio descriptivo transversal. Sujetos participantes: Púerperas y Parejas que asisten a las consultas de atención primaria de matrona que cumplieran criterios de inclusión (ingreso hospitalario postparto superior a las 48 horas, tener buena comprensión del castellano y aceptar participar en el estudio). El tamaño de la muestra se determinó por estudio piloto en el que para la variable principal se estimó una variabilidad de 0,83 por lo que se eligió un tamaño de muestra de 200 participantes más un 10% de pérdidas, lo que da una muestra de N=220. El Índice de Confianza del 95% para un promedio, tendría una amplitud de +/- 0,087 puntos. Periodo de estudio: octubre 2017 a abril 2018. Instrumento: cuestionario de elaboración propia previamente validado de 27 variables agrupadas en 4 dimensiones: elementos de contexto, conocimiento teórico, conocimiento práctico, opinión y satisfacción. La aplicación se realizó en la consulta de la matrona de atención primaria en la primera semana de postparto. Análisis de datos: descriptivo y de técnicas de contraste para evaluar la asociación de las variables según los distintos niveles de medición (Coeficiente de correlación de Pearson, χ^2 , t de Student y U de Mann-Whitney). Paquete estadístico SPSS v.20. Nivel de significación estadística $p < 0.05$. Consideraciones éticas: Se contemplan las directrices de la legislación vigente. **RESULTADOS.** De las 280 púerperas atendidas se ha aplicado el cuestionario a 220 púerperas y sus parejas que cumplen criterios de inclusión. De los elementos de contexto la edad media de los participantes fue de 36 años (D.S 5). Todos los participantes (madres/padres), tenían estudios (100%). La situación laboral fue de trabajo en el 86%. Para el 58% era su primer hijo. Conocimiento teórico: El conocimiento del baño del recién nacido de los padres se adquiere en un 84% a través del programa de Educación para la Maternidad/Paternidad y por experiencia previa en un 63%. Conocimiento práctico: Los recursos básicos que las madres/parejas precisan para el baño son: jabón y toalla (73%) y un 15% añade la esponja. Opinión: Las madres/parejas opinan que el primer baño lo deben realizar los padres en el hospital supervisados por un profesional (54%). Satisfacción: la satisfacción de las madres/parejas con el conocimiento del baño del recién nacido en una escala de 0 a 10 es superior a 8 en el 68% de los casos. **DISCUSIÓN.** Este trabajo se encuadra en la recomendación internacional de empoderar a los padres en los cuidados del recién nacido para disminuir la morbimortalidad infantil que promueve la Organización de la Salud en sus objetivos 2020. Los resultados del trabajo están en línea con los resultados del estudio de López (2014) en cuanto a conocimiento teórico, práctico y satisfacción. Con respecto a este estudio, la formación por la educación prenatal se ha incrementado significativamente de 49% a 84% ($p < 0.05$), frente a la formación hospitalaria que ha disminuido de 38% a 36%. Una de las limitaciones del estudio es la circunscripción de la muestra a un área de salud de una Comunidad, lo que es muy útil para los profesionales del distrito sanitario y para diseñar estrategias de mejora, pero los resultados no son extrapolables a toda la población. Se coincide con la recomendación internacional de seguir trabajando por el cuidado de la piel del recién nacido. **IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.** El estudio permite determinar el conocimiento y la satisfacción de las madres/parejas con el aprendizaje de un cuidado básico y esencial del recién nacido: el baño. Ello permite, en primer lugar, generar un espacio de reflexión profesional sobre una actividad profesional de cuidado básico en un momento de máxima vulnerabilidad, el recién nacido. En segundo lugar, permite diseñar estrategias de mejora de la enseñanza del cuidado del baño tanto a nivel de atención primaria como de especializada con lo que dará lugar a intervenciones enfermeras más eficaces y basadas en la experiencia clínica. En tercer lugar, fundamenta la mejora de la enseñanza profesional. Ello redundará en la mejora de la práctica asistencial de cuidados al recién nacido y en el

empoderamiento de los padres en este cuidado.

PALABRAS CLAVE: Newborn infant, baths, skin care, Health Education

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Blume-Peytavi, U., Lavender, T., Jenerowicz, D., Ryumina, I., Stalder, JF., Torrelo, A., & Cork, MJ. Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care. *Pediatr Dermatol.* 2016.33: 311–321. doi:10.1111/pde.12819
- 2- Didry, P., & Didry, E. Giving a Newborn a Bath in her Parents' Presence. *Rev Infirm.* 2015. Nov;215:47-8. doi: 10.1016/j.revinf.2015.09.014.
- 3- Butler, M.M., Sheehy, L., Kington, M.M., Walsh, M.C., Brosnan, M.C., Murphy, M., Naughton, C., Drennan, J. & Barry, T. Evaluating midwife-led antenatal care: Choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. *Midwifery.* 2015. Apr;31(4):418-25. doi: 10.1016/j.midw.2014.12.002.
- 4- Abraham E, Hendler T, Shapira-Lichter I, Kanat-Maymon Y, Zagoory-Sharon O, Feldman R *Proc Natl Acad Sci U S A.* Father's brain is sensitive to childcare experiences. 2014 Jul 8;111(27):9792-7. doi: 10.1073/pnas.1402569111. Epub 2014 May 27.
- 5- Nair M., Yoshida S., Lambrechts T., Boschi-Pinto C., Bose K, Mason EM., Mathai M. Facilitators and barriers to quality of care in maternal, newborn and child health: a global situational analysis through metareview. *BMJ Open.* 2014; 4(5): e004749. Published online 2014 May 22. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004749
- 6- Blume-Peytavi U, Hauser M, Stamatias GN, Pathirana D, Garcia Bartels N. Skin care practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices. *PediatrDermatol.* (2012); 9(1):1-14.
- 7- Souza, D., Monteiro, F., Rodrigues da Silva, MA., & Munhoz, MA. Lisboa SR. Vivencias y significados del primer baño dado por la púérpera a su hijo recién nacido. *Enferm. glob.* 2010. Jun; (19).
- 8- Jomeen, J., & Martin, CR. (2008). The impact of choice of maternity care on psychological health outcomes for women during pregnancy and the postnatal period. *J Eval Clin Pract.* Jun,14(3), 391-8. doi: 10.1111/j.1365-2753.2007.00878.x
- 9- Organización Mundial de la Salud (OMS). Objetivos 2020. ODM 4: reducir la mortalidad infantil. http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/
- 10- López O, Martín RA, Fernández M. El primer baño del bebé mucho más que higiene. *News matronas.* SFERA Media GRUP. 2015.12:6. ISSN 2341-3999. D.L. B 11.818-2014

AUTORES/AUTHORS:

Henar García Pascual, Isolina Riaño Galán, Rocío García Pascual

TÍTULO/TITLE:

Calidad de Vida Familiar: Sobrecarga en el rol del cuidador principal de niños con Trastorno del Espectro Autista.

La convivencia y adaptación en el hogar con un hijo con un TEA y/o algún tipo de discapacidad física o psíquica grave, suele ser muy compleja. Una dinámica familiar con un clima emocional cálido y una buena funcionalidad se puede ver alterada cuando se convive con un hijo con autismo ya que altera las interrelaciones de cada uno de los miembros, fundamentalmente de los padres y/o cuidadores principales, que constituyen el núcleo familiar (Polaino-Lorente, 1997). Las familias se ven sometidas desde el principio a modificaciones extremas de su régimen de vida habitual, viéndose severamente limitada su independencia, desarrollando a medio-largo plazo situaciones de estrés crónico (Martínez y Bilbao, 2008) y afectando, por tanto, la calidad de vida familiar. Zuna et al (2009) realizan una definición sobre calidad de vida familiar: "Calidad de vida familiar es un estado dinámico de bienestar de la familia, definido de forma colectiva y subjetiva y valorado por sus miembros, en el que interactúan las necesidades a nivel individual y familiar". El paradigma de las investigaciones familiares en este campo apuestan por un modelo centrado en la persona y en el paciente y no tanto en el de los profesionales (Verdugo, 2006). Los estudios que analizan la evolución del estrés familiar a medida que avanza la edad de la persona con TEA informan de datos contradictorios. Hay estudios (Bristol, 1979, Konstantareas y Homatidis, 1989; Konstantareas, 1991) que señalan que a medida que el hijo con TEA va haciéndose mayor, aumenta también la afectación familiar. Sin embargo, otros refieren que los padres viven mucho más tranquilos cuando su familiar con TEA llega a la edad adulta, puesto que la familia ha ido aprendiendo a enfrentarse a las situaciones de la vida cotidiana (Maan, 1996). Además, la propia persona con TEA, al recibir un tratamiento especializado, ha adquirido pautas de afrontamiento, que van a repercutir significativamente en la evolución positiva de la dinámica familiar (Martínez y Cuesta, 2012). El objetivo es determinar los niveles de sobrecarga del cuidador principal de niños con TEA en dos momentos temporales. Método: Criterios de inclusión: cuidadoras principales de niños de 0-21 años con diagnóstico de Trastorno generalizado del desarrollo (CIE-10) que hayan acudido al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ), de enero de 2010 a diciembre de 2014. Se aplica consentimiento informado al cuidador principal/tutores legales del niño. Se garantiza la confidencialidad y se notifica al Comité de Ética e Investigación del Principado de Asturias y a la Fiscalía de Menores. Se realiza un estudio descriptivo observacional transversal realizado en el Centro de Salud Mental Infanto Juvenil (CSMIJ) de Puerta La Villa de Gijón. La administración individualizada del cuestionario en grupos de 3-4 madres en una sala del CSMIJ, en dos fases, para valorar si existen diferencias en las puntuaciones de dicha escala un año después. La Fase 1 se realiza durante el año 2015-16 y se administra el cuestionario a toda la muestra. La Fase 2 se realiza durante el año (2016-17) y se administra a 31 personas de la muestra inicial. Instrumentos: Estudio descriptivo, observacional de las puntuaciones del cuestionario de Zarit (Martín et. al, 1996). Consta de 22 preguntas basadas en la relación cuidador-persona dependiente, con 5 puntuaciones según escala likert: Nunca =1, Raras Veces=2, Algunas Veces =3, Bastantes Veces = 4 y Casi Siempre=5. Punto de corte entre 46-56 puntos: <46=Sin Sobrecarga(SS), 46-56=Sobrecarga Leve (SL) y >56= Sobrecarga Intensa (SI). Para el análisis de datos se utiliza la estadística descriptiva. Resultados: Se obtiene una muestra final de 78 cuidadoras: 96,16% corresponde a madres de niños/as con TEA (n=75), el 2,56% a padres (n=2) y una abuela materna. Fase 1: el 74,35% (n=58) presenta sobrecarga [(SI= 46,15% (n=36) y SL=28,20% (n=22)] y el 25,65% (n=20) no presenta sobrecarga. Fase 2: el 74,19% presenta sobrecarga [(SI=48,38% (n=15) y SL=25,81% (n=8)] y el 25,81% (n=8) no presenta sobrecarga. En la muestra de la Fase 2 y analizando las preguntas que han sido más veces contestadas en base al criterio "Bastantes Veces" y "Casi Siempre" se obtiene que: el 70,96% corresponde a la pregunta 7 [Sentir miedo por el futuro de su familiar (hijo)], el 67,74% a la 8 [Sentimiento de que su familiar (hijo) depende de ella], el 45,16% a la 3 [Sentirse agobiada por compatibilizar el cuidado de su familia (hijo) con otras responsabilidades] y el 38,70% a la 22 [Sentimiento de grado de sobrecarga por el cuidado de su familia (hijo)]. Discusión: Los

resultados concuerdan con otros estudios. En Pozo et al (2006) un 87% de las madres presentaban un nivel de estrés clínicamente significativo. En Seguí et al (2008), el 72,5% de las cuidadoras presentaban un nivel de sobrecarga intensa. En la comparación de ambas fases no hay cambios significativos en los grados de sobrecarga, manteniéndose alta. Se concluye la necesidad de focalizar la intervención en el cuidador principal de hijos con TEA, pues la mejora en la calidad de vida familiar beneficiará a la persona con discapacidad o TEA. Se precisan estudios cualitativos que hagan análisis en profundidad de la sobrecarga del cuidador principal y del núcleo familiar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Bristol, M. (1979). Maternal coping with autistic children: the effects of child characteristics and interpersonal support. Doctoral dissertation. North Carolina: University of Chapel Hill.
- Konstantareas, M. (1991). Effects of developmental disorder on parents: theoretical and applied considerations. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(1), 183-198.

- Konstantareas, M. y Homatidis, S. (1989). Assessing child symptom severity and stress in parents of autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 459-470.

- Martínez Martín M.A., Bilbao León, M.C. Acercamiento a la realidad de las personas con autismo. *Psychosocial Intervention*, 17 (2); 2008.

- Polaino-Lorente, A., Doménech, E., Cuxart, F. El impacto del niño autista en la familia. Instituto de Ciencias para la Familia, Universidad de Navarra. *Revista Complutense de Educación*, 1998, 9(1): 227-232. [Consultado el 01 de febrero de 2016]. Disponible en:
<http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED9898120227A>.

- Seguí, J. D., Ortiz-Tallo, M., & De Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de Psicología*, 2008; 24: 100-105. [Consultado el 01 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v24/v24_1/12-24_1.pdf.

- Verdugo Alonso MA. Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual. Instrumentos y estrategias de evaluación. Salamanca: Amarú, 2006.

- Zarit, S.H., Reever, K.E. y Bach-Peterson, J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of feelings and Burden. *The Gerontologist*, 1980 (6); 20: 649-655.
http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/Carpeta%20Instrumentos%20CA M/Carpeta%20Instrumentos/6.%20Carga%20y%20estres%20familiar/ZARIT/ZARIT_F.pdf.

- Zuna, N.I., Summers J.A., Tumbull A.P., Hu X. y Xu, (2009). Theorizing about family quality of life. En R. Kober (Eds.). *Enhancing the quality of life of people with intellectual disability: From theory to practice* (pp. 241-276). Nueva York: Springer. doi: 10.1007/978-90-481-9650-0.

AUTORES/AUTHORS:

PATRICIA DIAZ BURGUILLO, MARIA JUEZ DE DOMINGO, ELENA GARCÍA AYUSO, LOURDES GONZALEZ CASTAÑEDA, BEATRIZ SANZ HOYA

TÍTULO/TITLE:

Calidad de vida percibida en pacientes sometidos a una amputación mayor de origen isquémico.

Introducción:

La calidad de vida percibida (CVP) es la variable de resultado de salud cuya medición es cada vez más relevante en las últimas décadas. Estudia la salud de la población y analiza la eficacia y efectividad de las intervenciones sanitarias.^{1,2,3}

Evalúa la influencia subjetiva del estado de salud (ES) del individuo, los cuidados sanitarios y las actividades de promoción y prevención de la salud. Las esferas fundamentales valoradas son la física, psicológica-cognitiva y social.¹

Bajo el término Enfermedad Arterial Periférica (EAP) se incluyen todas las patologías relacionadas con la enfermedad arterioesclerótica que causa obstrucción del flujo sanguíneo arterial sistémico, excluyendo las arterias coronarias y las arterias cerebrales. En la práctica habitual, es la obstrucción de las arterias que irrigan las extremidades inferiores. Según los diferentes estudios publicados en España, la prevalencia de la EAP en la población española varía entre 4,5-8,5%.^{4,5,6}

La mitad de los pacientes diagnosticados de isquemia crítica serán sometidos a revascularización ya sea quirúrgica o endovascular. Un cuarto de los pacientes serán tratados farmacológicamente. El resto requerirán una amputación, las tasas varían entre el 5-20%. Un año después de un diagnóstico de isquemia crítica, la tasa de amputación mayor alcanza el 2-25% de estos pacientes.^{7,8}

Objetivo:

Evaluar los posibles cambios que se pueden producir en la CVP por pacientes con enfermedad arterial periférica sometidos a una amputación mayor, tras la misma.

Método:

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal prospectivo en pacientes con EAP sometidos a amputación mayor en la unidad de cirugía cardiovascular de un hospital de tercer nivel. Muestreo no probabilístico y de conveniencia, incluyendo cohorte de pacientes consecutivos sometidos a amputación mayor durante un año.

Para determinar la evolución de la CVP se utilizó la versión española del cuestionario Euroqol 5D (EQ5D). El EQ-5D es un instrumento de medición de la CVP que puede utilizarse tanto en individuos sanos como en pacientes con patología.^{2,3} Mide el ES en dimensiones físicas, psicológicas y sociales, y es útil en la asignación de recursos sanitarios.³ Consta de 2 partes, en la primera el propio individuo valora su ES, en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y luego en una escala visual analógica milimetrada de evaluación más general (termómetro).

Mediante el termómetro el sujeto debe puntuar en la escala su ES personal, teniendo en los extremos de la escala el peor ES (0) y el mejor ES (100).^{2,3,9}

Se evaluó la CVP al ingreso y a los 6 meses tras el alta, utilizando el termómetro del EQ5D. Se recogieron además variables sociodemográficas y clínicas. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de las variables a estudio con el paquete estadístico SPSS v 20.0 (test T de Student y ANOVA de un factor).

Resultados:

Se incluyeron en el estudio 32 pacientes: ingresaron 41 pacientes, se perdieron 9 pacientes por éxitus (n=7) y abandono (n=2). Las características de los pacientes incluidos fueron: 28,1% mujeres y 71,9% hombres; edad media 76,25 años. Los factores de riesgo cardiovascular que se encontraron fueron: 12,5% eran fumadores y 56,3% exfumadores de más de 1 año de evolución; 12,5% eran bebedores y 21,9% ex-bebedores de más de 1 año de evolución; 40,6% presentaban diabetes mellitus (DM) insulino dependiente, 12,5% DM no insulino dependiente; 96,9% padecían hipertensión arterial y 78,1% dislipemia. En cuanto al régimen de convivencia de los sujetos estudiados, 6,3% vivían solos, 81,3% en pareja/familia y 12,5% estaban institucionalizados.

La puntuación media del termómetro del EQ5D al ingreso fue de 48,39±24,26 puntos frente a una puntuación a los 6 meses de 59,03±17,38 puntos (p=0,067). La diferencia media entre ambas puntuaciones fue de 6,12±3,10 (rango entre 0 y 10 puntos). Los pacientes diabéticos no insulino dependientes presentaron mayor incremento en la CVP (8,25 puntos) frente a los insulino dependientes (4,61 puntos) y los no diabéticos (6,92 puntos) (p=0,047). No hubo diferencias significativas respecto a otras características del paciente.

Discusión:

Se objetivó un aumento en la puntuación del termómetro EQ5D a los 6 meses del alta de unos 10 puntos, que indica una mejor percepción de la CVP, que aunque no fué estadísticamente significativa, sí que es clínicamente relevante. Los diabéticos insulino dependientes presentaron un menor aumento en la percepción de la CVP, probablemente relacionado con una mayor comorbilidad en este grupo.

La amputación mayor en pacientes con EAP aumenta la CVP a medio plazo.

Como implicación en la práctica clínica, la valoración de la CVP en sus dimensiones física, psicológica y social es útil para mejorar la comunicación entre el paciente y el equipo multidisciplinar, identificar y priorizar problemas y así facilitar la toma de decisiones, mejorando la calidad de la atención sanitaria.³

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1-Lizán Tudela L. La calidad de vida relacionada con la salud. Aten Primaria. 2009; 41(7):411-416.

2-Muñoz Manzaneda, J.M, Serrano Navío, M.F. Percepción del estado de salud de los usuarios de la consulta de fisioterapia de un centro de atención primaria. Rev Paraninfo Digital. 2014; 20. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n20/305.php>> Consultado el 06 de Agosto del 2018.

3-Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQuol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Aten Primaria. 2001; 28(6):425-429.

4-European Stroke Organisation, Tendera M, Aboyans V, Bartelink ML, Baumgartner I, Clément D, Collet JP et al. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases: Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries: the Task Force on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Artery Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2011; 32(22):2851-906.

5-Perez Ortiz R, Obaya Prieto C. Actualización de la medición del índice tobillo-brazo mediante doppler para el diagnóstico de arteriopatía periférica. Revista SEAPA. [revista en Internet] 2011 Otoño. [Consultado el 26 de Octubre de 2014]; 8-11. Disponible en: http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/otono_2011/actualizacion_doppler.pdf

6- Suárez C, Lozano FS, coordinadores. Bellmunt S, Camafort M, Díaz S, Mancera J, Carrasco E, Lobos JM. Documento de consenso multidisciplinar en torno a la enfermedad arterial periférica. 1º ed. Madrid: Luzán 5 ,SA ; 2012.

- 7- Miñano-Pérez A, Jiménez-Gil R, Ortiz-De Saracho M, Villanueva V, Bernabeu-Pascual F, González-Gutiérrez MA, et al. Realidad social de los pacientes con isquemia crítica de miembros inferiores. *Angiología*. 2008; 60(4): 241-5.
- 8-Becker F, Robert-Ebadi H, Ricco JB, Setacci C, Cao P, De Donato G, et al. Chapter I: definitions, epidemiology, clinical presentation and prognosis. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2011; 42:S4-S12.
- 9-Tuesca R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Rev Salud Uninorte*. 2005;21:76-86.

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Lozano Hernandez, Juan Antonio López Rodríguez, Mariel Morey Montalvo, Jaime Barrio Cortes, Milagros Rico Blazquez, Antonio Gimeno Miguel, Juan Daniel Prados Torres, María Isabel Del Cura González

TÍTULO/TITLE:

APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON MULTIMORBILIDAD Y POLIMEDICACIÓN.

Objetivos: Analizar la relación existente entre los diferentes tipos de apoyo social percibido con la calidad de vida y las características sociodemográficas en el anciano joven con multimorbilidad y polimedición.

Método: Estudio observacional, descriptivo, transversal, multicéntrico con enfoque analítico.

Se incluyeron pacientes de 65-74 años que presentaban multimorbilidad (≥ 3 enfermedades crónicas) y polimedición (≥ 5 fármacos prescritos durante al menos los 3 meses previos a su inclusión en el estudio) que habían acudido a la consulta de su médico de familia al menos una vez en el último año en alguno de los 38 CS de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Aragón y Madrid y que participaban en el estudio MULTIPAP(1) tras haber firmado el consentimiento informado.. Se excluyeron aquellos pacientes cuya expectativa de vida era inferior a 12 meses.

La variable de resultado principal fue la calidad de Vida medida con EQoL 5D-5L (EVA y utilidades) (2). La variable independiente principal fue el apoyo social (escala de Duke-Unk-11 adaptada) medido a través de 11 ítems, referidos al Apoyo Social Funcional Percibido y sus dos dimensiones: Apoyo Confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y Apoyo Afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía)(3). Como variables sociodemográficas se recogieron la edad, sexo, nacionalidad, estado civil, nivel socioeconómico (medido con un cartón de pago con múltiplos del salario mínimo interprofesional), indicadores de vivienda (ruido molesto, malos olores, agua de consumo de mala calidad, limpieza en calles, contaminación del aire por industria o por otras causas, zonas verdes, animales molestos y delincuencia), y clase social (CNO-11 clasificada en 6 categorías) (4).

Variables clínicas y de tratamiento como patologías crónicas (Código CIAP), número de patologías crónicas, principio y número de fármacos consumidos y el grado de adherencia terapéutica, medido con Morisky-Green (5)

Cada profesional (cluster) incluía 5 pacientes. La recogida de datos se realizó mediante entrevista realizada en el centro de salud y fue registrada en un cuaderno de recogida de datos electrónico elaborado ad hoc, alojado en la web del proyecto www.multipap.es. Se realizó un análisis descriptivo, bivariado y un análisis multivariante con modelos GEE.

Resultados: De los 593 pacientes incluidos en el estudio la edad media fue de $69,7 \pm 2,7$, el 56,3% eran mujeres. El 60,6% pertenecían a la clase social V y VI; el 90,7% estaban jubilados, el 18% vivían solos y 49 % tenían ingresos menores de 1.301 euros/mes. Presentaron una mediana de enfermedades crónicas de 6 (RIQ 4-7) y un consumo de fármacos 7 (RIQ 6-9). El 59,2% de los pacientes tenían buena adherencia al tratamiento y el 86% refería un buen apoyo social funcional. La media de calidad de vida EVA fue de 65,53 (20.53) y utilidades 0,77 (0,19), siendo ambas menores en las mujeres que en hombres EVA (62.47 vs 67.02) y utilidades (0.73 vs 0.81). Presentaban un bajo apoyo social confidencial el 3,2% y afectivo el 46%. Las puntuaciones del apoyo social afectivo fueron estadísticamente significativas por sexo siendo menores en mujeres (48,2%) frente a hombres (43,24%). Las diferencias de medias en la Calidad de Vida EQ-5D-5L según apoyo normal/bajo para cada tipo de apoyo social fue de 9,6(IC 95% 4,9-14,3) para el apoyo confidencial, de 7 (IC 95% -2,4-16,4) para el apoyo afectivo y de 3,8 (IC 95% 0,5-7,1) para el apoyo funcional total. En el modelo disminuye la EVA de calidad de vida 6,02 puntos ser mujer, 6.52 un apoyo afectivo bajo, 1.62 cada nuevo fármaco que toma el paciente y 0.75 cada nueva enfermedad. Disminuye las utilidades 0.07 ser mujer, 0.06 clase social VI, 0.17 bajo apoyo confidencial, 0.01 cada nuevo fármaco y cada nueva enfermedad.

Discusión/Conclusiones: En los pacientes ancianos jóvenes con multimorbilidad y polimedición la calidad de vida percibida medida por EVA y utilidades es inferior a la de la población general en ese rango de edad. El apoyo social confidencial se asocia a una disminución importante de la calidad de vida percibida fundamentalmente en las utilidades y en las dimensiones mientras el afectivo

modifica más la calidad de vida medida por la EVA. En ambos casos esta disminución es mayor en las mujeres, cuando se toman mayor número de fármacos y se presenta más enfermedades.

Implicaciones para la práctica: la calidad de vida, junto con la medida del nivel de salud, se han reconocido como el objetivo central de la asistencia sanitaria, formando parte de lo que se denominan «medidas centradas en el paciente». El incremento de las patologías crónicas ha hecho que el esfuerzo terapéutico deba centrarse en lograr una mejoría en la sensación de bienestar por el paciente, no sólo «estar bien» sino «sentirse bien». Todo ello resulta de especial relevancia en la atención primaria de salud, donde tenemos la oportunidad de orientar la práctica clínica con un enfoque biopsicosocial.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Prados-Torres A, del Cura-González I, Prados-Torres D, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, Calderón-Larrañaga A, et al. Effectiveness of an intervention for improving drug prescription in primary care patients with multimorbidity and polypharmacy: study protocol of a cluster randomized clinical trial (Multi-PAP project). *Implement Sci* [Internet]. 2017 Dec 27;12(1):54. Available from: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-017-0584-x>
2. Study MO, Group ER. Cuestionario de Salud EQ-5D-5L. 2012;4:3–6. Available from: <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>
3. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. [Validity and reliability of the Duke-UNC-11 questionnaire of functional social support]. *Aten primaria* [Internet]. 1996 Sep 15;18(4):153–6, 158–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8962994>
4. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit*. 2013;27(3):263–72.
5. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67–74.

AUTORES/AUTHORS:

MARIA JOSEFA LOPEZ NAVARRO, MARIA JOSEFA RODRIGUEZ ALVAREZ

TÍTULO/TITLE:

Diagnóstico precoz de DM tipo 2 en pacientes diagnosticados de HTA que frecuentan la consulta programada enfermería A.P.

AUTORES

López- Navarro MJ , Rodriguez-Alvarez MJ .

INTRODUCCION

Un problema de salud mundial es la Diabetes Mellitus (DM) debido a su alta prevalencia, muertes prematuras, elevado coste socioeconómico debido a las complicaciones, y una elevada carga asistencial para los niveles secundarios y terciarios de los servicios públicos de salud [1]. Una prioridad mundial es la prevención de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

La DM tipo 2 (DM2) “es una enfermedad crónica y debilitante caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre por resistencia a la insulina, deterioro relativo de la secreción de insulina y aumento de la producción de glucosa hepática”[2].

El cambio de estilo de vida tradicional a moderna junto con el crecimiento, envejecimiento de la población, obesidad y falta de ejercicio físico provoca un aumento de usuarios diabéticos [1]. La Federación Internacional de Diabéticos en el año 2011 indica que la prevalencia general de DM es de 366 millones y se estima que en el año 2030 sea de 552 millones [3].

La declaración de San Vicent en Europa dice que se deben de actualizar conocimientos epidemiológicos de la diabetes y poder determinar las estrategias de prevención y tratamiento de sus complicaciones. Los estudios en España nos dicen que es necesario conocer la realidad de este problema de salud e intentar cuantificar cual será su comportamiento en un futuro [1].

La literatura nos indica que sería efectivo desde atención primaria el desarrollo e implantación de un programa en condiciones rutinarias para el cribado de la DM tipo 2 en pacientes de alto riesgo [4] y personas asintomáticas con el objetivo de obtener una identificación y tratamiento temprano [5]. La modificación del estilo de vida mediante el cambio en la dieta y el hábito de ejercicio son actividades que previenen o retrasan la aparición de esta enfermedad [6]. Hay estudios de prevención en personas de alto riesgo con resultados contundentes de que la diabetes tipo 2 puede prevenirse o retrasarse con modificaciones en el estilo de vida, como aumento de la actividad física [6,7] dieta saludable, y pérdida de peso [7]. Hemos de tener presente que estudios de atención primaria nos indican que hay grandes lagunas en el seguimiento realizado para el control y prevención de las complicaciones en la DM [8].

OBJETIVO

Determinar el riesgo de padecer DM2 en los pacientes diagnosticados HTA que acuden a la consulta programada de enfermería .

METODO

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. La población seleccionada son personas diagnosticados de HTA que frecuentan la consulta programada de enfermería para control de su enfermedad crónica en el Centro de Salud de Caravaca de la Cruz (Area IV de Salud) Región de Murcia.

Las variables recogidas fueron sexo, edad, y utilizamos como instrumento de medida que determina el riesgo de diagnóstico precoz de DM2 en los siguientes 10 años el test de Frindisk [9].

Los datos fueron recogidos por las profesionales de enfermería mediante encuesta al paciente en la consulta y recogida de datos de la historia clínica en el periodo de tiempo comprendido entre enero-abril 2018.

RESULTADOS

Tamaño de la muestra 76 de los cuales son hombres 39.47% y mujeres 60.52%, media de edad superior a 64 años repartida menos de 45 años 3.9%, entre 45-54 11.8%, entre 55-64 19.7% y mayores de 64 años 64.47%.

Del total de la muestra presenta el siguiente riesgo de padecer DM2; riesgo bajo (RB) 3.94%, riesgo aumentado (RA) 22.36%, riesgo moderado (RM) 26.31% , riesgo alto (RA) 43.42% y riesgo muy aumentado (MUA) 3.94%.

La población a estudio presenta un índice de masa corporal (IMC) < 25 el 3.9%, entre 25-30 el 36.84% y > 30 el 56.57%; presentan actividad física en el trabajo y/o tiempo libre < 30' el 43.42% y > 30' el 56.57%; comen con frecuencia verdura el 84.21% y no comen 15.72%; han presentado valores altos de glucemia en alguna ocasión 10.52% y no 89.47%; presentan familiares diagnosticados de diabetes tipo 1 o 2 (padres, hermanos o hijos) 32.89% , (abuelos, tíos , primos hermanos) 9.21% y no presentan familiares diagnosticados de diabetes tipo 1 o 2 57.89%.

Según sexo el perímetro de la cintura (PC) queda en mujeres < 80 cm 0%, 80-88 cm 10.86% y > 88 cm 89.13%; PC en hombres < 94 cm % , 94-102 cm % y > 102 cm %.

CONCLUSIONES

El riesgo de padecer DM2 en los siguientes 10 años para los pacientes que presentan diagnóstico de HTA es elevado. Aparece la población con elevado Índice de Masa Corporal o sea obesidad y actividad física diaria no elevada factores que favorecen el riesgo de desarrollar DM2 y que podemos modificar desde Atención Primaria. Se desprende de estudio que tener familiares con diagnóstico DM es un factor importante para su posterior desarrollo, por lo tanto es interesante realizar un seguimiento de esta población. Las actividades de enfermería en un futuro deben de estar centradas no sólo en el control y seguimiento de los pacientes con DM si no en el diagnóstico precoz de aquellos que puedan desarrollarla, con el objetivo de ofrecer una mayor calidad de vida a la población.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Hernández M, Batlle MA, Martínez B, San-Cristóbal R, Pérez-Díez S, Navas-Carretero S, Martínez JA. Cambios alimentarios y de estilo de vida como estrategia en la prevención del síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2: hitos y perspectivas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2016 Ago; 39 (2):269 - 289.
- Davies MJ, Gray LJ, Ahrabian D, Carey M, Farooqi A, Gray A, et al. A community-based primary prevention programme for type 2 diabetes mellitus integrating identification and lifestyle intervention for prevention: a cluster randomised controlled trial. *Programme Grants Appl Res* 2017;5(2).
- Asghar O, Azmi S, Malik RA. General aspects of diabetes mellitus. *Handb Clin Neurol*. 2014;126:211-22.
- Sánchez A, Silvestre C, Cortazar A, Bellido V, Ezkurra P, Rotaecche del Campo R, Grandes G.. Prevención de la diabetes mellitus tipo 2 en Atención Primaria de Salud mediante estilos de vida saludables: cuidados e intervención clínica recomendada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. 2016. Informe Osteba D-16-04.
- Selph S, Dana T, Blazina I, Bougatsos C, Patel H, Chou R. Screening for type 2 diabetes mellitus: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2015 2 de junio; 162 (11): 765-76.
- Walker KZ , O'Dea K, Gomez M, Girgis S, Colagiuri R. Diet and exercise in the prevention of dia-betes. *J Hum Nutr Diet*. 2010 Aug; 23 (4): 344-52. PMID: 20337844
- Dimova ED, Mohan ARM, Swanson V, Evans JMM. Interventions for prevention of type 2 diabetes in relatives: A systematic review. *Prim Care Diabetes*. 2017 Aug;11(4):313-326. doi: 10.1016/j.pcd.2017.04.003. Epub 2017 May 13.
- Salci MA, Meirelles B, Silva DM. Prevention of chronic complications of diabetes mellitus according to complexity. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2017 Oct [cited 2017 Nov 22] ; 70(5): 996-1003. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000500996&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0080>.
- Escala diagnóstico precoz DM tipo 2 citado [01-05-2018]. <https://www.astrazeneca.es/content/dam/AstraZeneca%20Spain/fundacion/pacientes/si%20pierdes%20ganar/EscalaFindRisc.pdf>

AUTORES/AUTHORS:

Marina Remesal Oliva, Marta Sahagún Olea, Rosa María Cárdbaga García, Eva Muñoz Conejero

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

Objetivos: determinar la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de enfermedad de Crohn durante el año 2017 en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Metodología:

- Ámbito: Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.
- Diseño: estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.
- Población: pacientes diagnosticados de enfermedad de Crohn en el año 2017 en la consulta de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Universitario Río Hortega.
- Variables: sexo, edad, hábito tabáquico, nivel de actividad de la enfermedad y calidad de vida.
- Instrumento utilizado para la obtención de datos: encuesta sociodemográfica y cuestionario reducido de Calidad de vida en la enfermedad inflamatoria intestinal ("CCVEII-9"), en versión modificada para este estudio, con respuesta formato Linkert desde 1 (siempre) a 7 (nunca), y una pregunta con 5 opciones sobre el tratamiento utilizado para la enfermedad de Crohn.
- Análisis de datos: los datos se analizaron mediante la aplicación Excel incluida dentro del programa Microsoft 2007. Las variables cualitativas se resumieron mediante porcentajes, y las cuantitativas fueron analizadas mediante media y desviación estándar.

Resultados: se registró un índice de participación de un 71.4%, con una calidad de vida moderadamente alta con un valor del $62.076\% \pm 4.18$. En cuanto a la relación calidad de vida en función del sexo se aprecia una mayor calidad de vida en los hombres con un índice del 64% con respecto a las mujeres que presentan un 54%. En relación al resto de ítems se puede observar según el índice de Harvey-Bradshaw, que un 60% de la muestra se encontraba en un momento de remisión, un 36% moderadamente activo y un 4% marcadamente activo. Respecto a la calidad de vida en función del fármaco no se aprecian diferencias significativas a la hora de tomar un fármaco u otro.

Discusión: las evidencias científicas demuestran un mayor desarrollo de la enfermedad de Crohn en personas jóvenes, siendo mayor la incidencia de los primeros brotes en la adolescencia o inicio de la edad adulta. A lo largo de este estudio se ha comprobado que la muestra presenta una media de edad al diagnóstico de 44 años. Por otro lado, a diferencia de otros estudios la calidad de vida de los fumadores es ligeramente superior a la de los no fumadores u exfumadores, esto puede deberse a que al ser un estudio realizado a pacientes recién diagnosticados, muchos de ellos no han presentado todavía ninguna exacerbación. Para comprobar el nivel de actividad de la enfermedad de Crohn se ha utilizado el índice de Harvey-Bradshaw, donde se refleja que un 60% de la muestra se encuentra en remisión, un 36% brote leve, y un 4% un brote activo. Estos resultados pueden haber influido en la calidad de vida que presenta la población en el momento de la encuesta y en también en el tratamiento, por lo que sería importante realizar futuras investigaciones estudiando a una mayor población y a lo largo del tiempo para poder analizar la calidad de vida a largo plazo (1-4).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Medina, E. Fuentes D. Suárez, L. Prieto, G. Enfermedad inflamatoria intestinal. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. AEP. Hospital 12 de Octubre. Madrid. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid.

2. Rodríguez G. Enfermedad inflamatoria intestinal: epidemiología y patogénesis. Artículo de revisión. 2001; 8 (3).

3. Casellas F. Oltra L. Enfermedad inflamatoria intestinal para la enfermería. Unidad de Atención Crohn-Colitis. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona España. Enfermería. Servicio de Gastroenterología, Hospital de Manises, Valencia, España. Elsevier. Abbie.

4. López, B. Moreno-Jiménez, J. Devesa J.M. Rodríguez A. Relación entre variables sociodemográficas y clínicas y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Esp Enferm Dig 2005; 97(12): 887-898.

AUTORES/AUTHORS:

BEATRIZ SANZ HOYA, LOURDES GONZÁLEZ CASTAÑEDA, MARÍA JUEZ DE DOMINGO, ELENA GARCÍA AYUSO, PATRICIA DÍAZ BURGUILLO

TÍTULO/TITLE:

Evolución del dolor en pacientes con arteriopatía a los que se les ha realizado una amputación de extremidad inferior

Introducción:

Podemos definir la enfermedad arterial periférica como cualquier proceso patológico que cause obstrucción del flujo arterial sistémico, excluyendo las arterias coronarias y las cerebrales, siendo esta disminución de flujo de sangre oxigenada la causante del dolor en los miembros inferiores. El riesgo de pérdida de extremidad en un paciente con claudicación intermitente es de un 2% a los 5 años¹.

La amputación mayor en el servicio de cirugía cardiovascular es una constante en sus quirófanos ya que la enfermedad arterial periférica tiene una alta prevalencia en una población cada vez más envejecida y con múltiples factores de riesgo cardiovascular².

Tras la cirugía, el dolor que presentan estos pacientes puede deberse al dolor local en el muñón o a la aparición de miembro fantasma doloroso. El dolor preoperatorio intenso y mantenido puede favorecer la presencia de este dolor².

Las manifestaciones de percepción de un miembro, o parte de él (miembro fantasma), que ha sido amputado son un hecho extraordinariamente frecuente que puede alcanzar a casi la totalidad de los pacientes que sufren esta circunstancia².

Objetivo:

Cuantificar los cambios respecto al dolor, en pacientes con enfermedad arterial periférica sometidos a amputación mayor de extremidad inferior, desde la etapa preoperatoria a la etapa postoperatoria tardía.

Método:

Estudio descriptivo transversal en la unidad de cardiovascular de un hospital de tercer nivel en pacientes a los que se les ha realizado una amputación mayor de miembro inferior con diagnóstico de enfermedad arterial periférica previo. Muestreo no probabilístico y de conveniencia, incluyendo cohorte de pacientes consecutivos sometidos a amputación mayor durante el período comprendido del 25 de Noviembre de 2015 al 25 de Noviembre de 2016. Como instrumentos de medida se usaron la escala EVA y escala PAINAD³ (en pacientes con deterioro mental severo, evaluado mediante test de Pfeiffer con 8-10 errores); en ambas escalas el paciente indicaba su grado de dolor de 0 (sin dolor) a 10 (dolor máximo). El dolor se evaluó al ingreso, al alta y a los 6 meses. También se recogieron variables sociodemográficas y clínicas. A partir de los datos recogidos se realizó un análisis descriptivo e inferencial (test T de Student y ANOVA de un factor) con el paquete estadístico SPSS v 20.0.

Resultados:

Durante el periodo de estudio se incluyeron un total de 50 amputaciones mayores en 48 pacientes ya que 2 de ellos tuvieron que ser reamputados por la progresión de la isquemia periférica. Finalizaron el estudio 34 pacientes (4 no dieron su consentimiento a participar en el estudio y 10 fallecieron desde la cirugía hasta los 6 meses tras el alta hospitalaria). El deterioro general que estos enfermos presentan es el responsable de los fallecimientos ocurridos tras la amputación⁴.

El 32,4% de la muestra eran mujeres y la edad media 76,76 años. Un 5,8% de los sujetos a estudio presentaban un Pfeiffer con 8-10 errores que indicaba un deterioro mental severo a los que se les aplicó la escala PAINAD para valorar el dolor. En un primer momento nos planteamos excluir a los pacientes con un Pfeiffer que determinara un deterioro mental severo pero nos lo replanteamos para aumentar el número de participantes en nuestro estudio⁴ y aplicamos dicha escala.

Respecto al tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la arteriopatía a la amputación mayor de miembro inferior un 23,5% fue menor de 6 meses, un 2,9% de 6 meses a 1 año, un 29,4% de 1 a 3 años y 44,1% mayor de 3 años.

Previo a la intervención se obtuvo un valor medio de EVA/PAINAD de $7,26 \pm 2,39$ puntos frente a la obtenida al alta que fue de $3,09 \pm 3,078$ puntos ($p < 0,01$) y a los 6 meses $1,03 \pm 2,316$ ($p < 0,01$).

Al ingreso presentaban más dolor las mujeres 8,64 puntos frente a los hombres 6,61 puntos ($p = 0,018$). No hubo diferencias estadísticamente significativas respecto al nivel de dolor en el resto de medidas con respecto al sexo, tiempo entre el diagnóstico de la enfermedad arterial periférica y la amputación mayor de miembro inferior o presencia de complicaciones; excepto para la necrosis y el nivel de dolor a los 6 meses (necrosis 2,67 vs no necrosis 0,87 puntos; $p = 0,021$, IC 95% -4.61-1,02).

Discusión:

Se observó que el dolor disminuyó notablemente a los 6 meses del alta respecto al referido por estos pacientes antes de la intervención y al alta, existiendo diferencias significativas. Respecto al género de los pacientes, las mujeres presentaban más dolor que los hombres al ingreso y en cuanto a las complicaciones, los pacientes con necrosis también tenían un aumento del dolor respecto a los otros. No en todos los estudios se observan diferencias significativas en cuanto al sexo, aunque sí cuando la amputación era bilateral⁵.

Los pacientes con una expectativa alta de dolor resaltan una mayor satisfacción en la mejora de esta dolencia, por lo que es importante fomentar expectativas realistas⁶.

En definitiva, el dolor tras la intervención de amputación mayor de miembro inferior evoluciona favorablemente en el postoperatorio tardío.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Romero JM. Enfermedad arterial periférica. 2010 Medical Dosplus, S.L.
2. Álamo Tomillero F, Rodríguez de la Torre R, Caba Barrientos F, Hachero Torrejón A, Echevarría Moreno M, García García A et al . Estudio prospectivo de la prevalencia y factores de riesgo de miembro fantasma doloroso en el postoperatorio inmediato de pacientes sometidos a amputación por isquemia arterial crónica. Rev Esp Anesthesiol Reanim 2002; 49: 295-301.
3. García-Soler Á, Sánchez-Iglesias I, Buiza C, Alaba J, Navarro AB, Arriola E et al. Adaptación y validación de la versión española de la escala de evaluación de dolor en personas con demencia avanzada: PAINAD-Sp. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2014;49(1):10-4.
4. Williams RM, Turner AP, Green M, Norvell DC, Henderson AW, Hakimi KN et al. Relationship between cognition and functional outcomes after dysvascular lower extremity amputation: a prospective study. Am J Phys Med Rehabil. 2015;94(9):707-17.
5. Vogel TR, Petroski GF, Kruse RL. Impact of amputation level and comorbidities on functional status of nursing home residents after lower extremity amputation. J Vasc Surg. 2014;59(5):1323-30.
6. Williams RM, Turner AP, Norvell DC, Henderson AW, Hakimi KN, Czerniecki JM. The role of expectations in pain after dysvascular lower extremity amputation. Rehabil Psychol. 2014;59(4):459-63.

AUTORES/AUTHORS:

MARÍA DE LOS ÁNGELES SEIJAS RAMOS, YOLANDA SANESTEBAN HERMIDA, SUSANA GÓMEZ OCEJO, MARÍA LUZ REGUEIRA MORANDEIRA, DAVINA NICOLA ESMORIS VETTER, MARÍA TERESA SEOANE PILLADO

TÍTULO/TITLE:

Abordaje del dolor en el paciente con traumatismo torácico en la unidad de cuidados intensivos.

Introducción: En unidad de cuidados intensivos (UCI) pacientes con un traumatismo torácico (TT) pueden presentar dolor. Su mal control causa estrés y puede desencadenar daño multisistémico. Las terapias utilizadas incluyen manejo óptimo del dolor, sistema de oxigenación y estabilización hemodinámica. Se evalúa el dolor con la escala visual analógica (EVA), con el fin de evitar o disminuir tiempo de ventilación mecánica (VM) y acortar estancia en UCI reduciendo recursos.

Objetivo: Describir características clínicas de pacientes con TT ingresados en UCI, determinar el nivel de dolor y evaluar el control del mismo para atenuar consecuencias psicofisiológicas.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo (septiembre 2016-2017). Seleccionados para la muestra 73 pacientes (52 hombres y 21 mujeres) en UCI, Hospital A Coruña, diagnosticados de TT. Este tamaño muestral permite estimar un porcentaje del 50% de pacientes con dolor (escala EVA >4), asumiendo un nivel de confianza del 95% y una precisión del $\pm 12\%$. Para la evaluación de la analgesia y grado de dolor se utilizó el registro de enfermería (programa de UCI: ICIP versión ICCA.G.00.01). Se estudió el dolor con la escala EVA y el nivel de conciencia se valoró con la Glasgow. Usándose la Escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde en el escalón 1º (dolor leve) se utilizan no opioides, en el 2º (dolor moderado) opioides débiles y en el 3º (dolor severo) opioides fuertes.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, comprobándose la posible asociación entre cualitativas o categóricas mediante el estadístico Chi-cuadrado o exacto de Fisher. Para la comparación de medias se utilizó el test t de Student o el test U de Mann-Whitney, investigando previamente la distribución de las variables.

Consideraciones éticas: Se garantiza la confidencialidad de la información (Reglamento UE 2016-679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Normativa Española (Ley 41/2002)) y el cumplimiento de las normas de buena práctica clínica (Declaración de Helsinki).

Resultados: El 100% de los pacientes presentaron traumatismos cerrados. El 50% tenían una edad ≤ 58 años, siendo la mínima 21 y máxima 85. La estancia media hospitalaria fue de $4,76 \pm 3,18$ días. Al ingreso el 79,3% manifestaban dolor moderado-fuerte, siendo la mediana de la escala EVA de 4 pts (rango: 0-10 pts). Incluyéndose como múltiples causas de dolor: la patología de base, el traumatismo, el empleo de dispositivos invasivos y/o los cuidados de enfermería.

El 71,2% de los pacientes presentaban un Glasgow leve, la puntuación media de esta escala fue de $11,4 \pm 4,4$ pts (mediana=14; rango=3-15). Si relacionamos el nivel de conciencia (Escala Glasgow) con el dolor que refiere el paciente, se objetiva que el 84,6% de los pacientes en estado leve manifiestan dolor moderado o fuerte en el momento del ingreso.

De la muestra analizada, un 28,8% presentan hemotórax, un 27,8% enfisema y un 71,2% son politraumatizados. Los pacientes con enfisema presentan puntuaciones más altas en la escala EVA frente a los pacientes sin enfisema, aunque la diferencia no es significativa ($5,2 \pm 2,5$ vs. $4,5 \pm 3,5$; $p=0,573$). Resultados similares se objetivan en pacientes con politraumatismo ($5,2 \pm 3,2$ vs. $4,0 \pm 3,1$; $p=0,317$).

En lo relativo a los requerimientos de fármacos el 23,3% sólo necesitó en algún momento sedoanalgesia. De los 56 pacientes a los que se les administró analgesia, 55,4% necesitaron analgésicos, AINES y opioides; 16,1% analgésicos y AINES; 10,7% analgésicos y opioides; 8,9% analgésicos; 5,4% opioides y 3,6% AINES. El 45% a los que se administró analgesia de tercer escalón necesitaron soporte de VM invasiva frente al 68,8% con analgesia de primer escalón ($p=0,108$). Requirieron, en algún momento del ingreso, oxigenoterapia de bajo flujo con gafas nasales (GN) un porcentaje significativamente más alto en los pacientes con analgesia de

tercer escalón frente a los de primer escalón (94,4% vs 56,3%; $p=0,002$) Si se relacionan tipos de traumatismos y lesiones pleuropulmonares destaca que el 94,1% de los pacientes con hemotórax requieren analgesia de tercer escalón frente al 61,5% sin esta complicación ($p=0,013$). Asimismo, es significativamente más alto el porcentaje de sujetos con enfisema que requieren opioides frente a los que no (88,9% vs 63,2%; $p=0,047$).

Se objetiva, sin embargo, que 64,3% de pacientes politraumatizados necesitaron analgesia de tercer escalón frente al 92,9% no politraumatizados, siendo esta asociación significativa ($p=0,047$).

Conclusión: La escala EVA es la herramienta usada para el control del dolor en pacientes con TT, vinculados o no a otro tipo de traumatismo, siendo los analgésicos de tercer escalón los más utilizados, requiriéndose adicionalmente de un soporte de oxigenación con GN en algún momento del ingreso, lo que propicia una evolución favorable en su pronóstico. De los 73 pacientes de la muestra: 3 (4,11%) no necesitaron analgesia ni sedoanalgesia, 14 (19,18%) necesitaron sedoanalgesia, 16 (21,92%) analgesia de 1° escalón y 40 (54,79%) analgesia de 3° escalón; es decir, el 76,71% necesitaron analgésicos únicamente. Además de utilizar las citadas herramientas, es importante la correcta atención postural del paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo.

AUTORES/AUTHORS:

CESAR RODRIGUEZ NUÑEZ, MIKEL GARCIA CORRES, DAVID MUÑOZ MARTIN, JANIRE IRIGOIEN AGUIRRE, MARTA MARTIN MARTINEZ, BLANCA GARCIA FLOREZ, MAITE ALBALADEJO PEREA, JANIRE ASPURU PEREZ, JAVIER PERTIÑEZ MORENO

TÍTULO/TITLE:

DOLOR EN EL PACIENTE CRÍTICO: ¿VALORAMOS Y REGISTRAMOS LO SUFICIENTE?

Introducción

El dolor al ingreso es una de las mayores preocupaciones de los pacientes de UCI, pudiendo producir un inadecuado descanso o estrés. Procedimientos habituales en UCI han sido referidos como muy dolorosos. El dolor agudo desencadena respuestas inflamatorias al estrés que puede afectar a la evolución del paciente. El dolor puede y debe ser monitorizado para evaluar el efecto de los fármacos administrados y conseguir la ausencia de dolor con la dosis apropiada de analgésicos.

Objetivos:

Determinar la valoración del dolor y su intensidad al ingreso en UCI.
Conocer la existencia de analgesia y tipo prescrita disponible al ingreso.

Metodología

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de corte transversal que se desarrolló a todos los pacientes que ingresaban en la UCI del Hospital Universitario Araba-Txagorritxu durante las primeras 24 horas al ingreso durante Enero 2016. Variables: valoración dolor(EVN,BPS), analgesia disponible(bolo y perfusión) y tipo, administración analgesia. Se recogieron y analizaron las variables descritas en el registro enfermero ex professo y posteriormente se procedió al análisis estadístico descriptivo mediante el SPSS 23.0. Aprobación Comité ética.

Resultados

El número de pacientes analizados fue de 143. En un 46,9% no hubo registro de presenciaausencia de dolor y en un 30,8% hubo registro presencia de dolor. Las enfermeras en un 52,3% no tenían disponible analgesia prescrita para su administración y los fármacos más usados fueron paracetamol(56,75%) y asociaciones de varios(33,78%). Se administró analgesia cuando el paciente refería dolor en un 38,5%. El 21,7% se le administraba analgesia en perfusión continua siendo las más frecuentes las de fentanilo(48,3%) y morfina(25,8%). En un 12,6% se registró el grado de dolor.

Conclusiones-Discusion-Implicaciones

Existe un déficit de registro enfermero del dolor y sus factores relacionados.
Se han implementado registros de la valoración del dolor automatizados obligatorios en la historia clínica digital.
Debemos fomentar la prescripción de analgesia disponible para una mayor autonomía enfermera.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

C. PARDO, T. MUÑOZ, C. CHAMORRO Y GRUPO DE TRABAJO DE ANALGESIA Y SEDACIÓN

DE LA SEMICYUC. Monitorización del dolor.Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC.

AUTORES/AUTHORS:

Alba María Romero López, Silvia Portero De la Cruz, Manuel Vaquero Abellán

TÍTULO/TITLE:

Consumo de tabaco y factores relacionados en estudiantes universitarios.

Objetivos:

Conocer el consumo de tabaco de los estudiantes universitarios matriculados en la Universidad de Córdoba (UCO) durante el curso académico 2017/18, describir las características sociodemográficas y académicas de aquellos estudiantes con hábito tabáquico instaurado, conocer la dependencia a la nicotina y determinar la posible relación entre las características sociodemográficas y académicas y el nivel de dependencia a la nicotina.

Métodos:

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, de carácter transversal desde marzo hasta mayo de 2018, en el Campus Universitario de Rabanales y en el de Ciencias de la Educación, de la Universidad de Córdoba. Los sujetos de estudio fueron estudiantes universitarios matriculados en cualquiera de las titulaciones ofertadas en ambos campus. Se realizó un muestreo por conveniencia. Se utilizó un cuestionario original y específico para recoger datos de carácter sociodemográfico y académico y el cuestionario Fagerström(1) para medir la dependencia a la nicotina. Se usó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados:

Se recogieron un total de 138 cuestionarios. El 51.45% de los estudiantes fumaban. De estos, un 42.25% eran mujeres. La edad media fue de 20.89 (2.43) años. El 38.03% de los estudiantes cursaban segundo curso. Los factores intrínsecos de la persona como el placer, liberar estrés o curiosidad fueron los motivos predominantes para comenzar a fumar (69.01%). El 91.55% de los estudiantes tenían una dependencia baja a la nicotina y el 8.45% dependencia moderada. No se encontró relación entre la edad y el nivel de dependencia a la nicotina ($r=0.10$; $p=0.42$). Tampoco se encontró relación entre el sexo y el nivel de dependencia a la nicotina [hombres= 1.78 (1.78) puntos vs. Mujeres= 1.27 (1.48) puntos; $p=0.20$].

Discusión:

El tabaquismo es considerado por la Organización Mundial de la Salud como una epidemia que constituye uno de los principales problemas de salud pública debido a la gran cantidad de enfermedades a las que se asocia(2,3). Conocer los datos acerca de la población universitaria fumadora permite indagar sobre qué estrategias son las más adecuadas para lograr su deshabituación tabáquica. Además, por un lado, se precisa un aporte educativo adicional sobre tabaquismo en este grupo de población(4), así como medidas que deben ser iniciadas antes de que los estudiantes universitarios instauren el consumo. Por otro lado, es necesario identificar aquellas motivaciones que los llevan a experimentar el consumo de tabaco con objeto de establecer medidas o campañas preventivas específicas.

Conclusiones:

Algo más de la mitad de los estudiantes consumen tabaco. La mayoría son hombres, con una edad media de 20.89 años y matriculados en segundo curso. Además, los motivos predominantes para comenzar a fumar están relacionados con características intrínsecas de los individuos. La mayor parte de estudiantes tienen un nivel de dependencia a la nicotina bajo. Las variables sociodemográficas y académicas consideradas no guardan relación con el nivel de dependencia a la nicotina.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Becoña E., Vázquez F.L. The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish Sample. 1998. Psychol Rep, 83, 1455- 1458.
2. Organización Mundial de la Salud. Tabaco. Nota descriptiva, 2017.
3. Día Mundial Sin Tabaco 2017. El tabaco es una amenaza para todos: protejamos la salud, reduzcamos la pobreza y promovamos el desarrollo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017.
4. Junta de Andalucía. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2005. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_tabaquismo/Plan_Integral_Tabaco.pdf

AUTORES/AUTHORS:

Sílvia Reverté-Villarroya, Maria Pilar Montesó-Curto , Núria Albarca-Riboo , Encarna Bonfill-Accensi, Flor Saez-Vay

TÍTULO/TITLE:

FORUM VIRTUAL Y DOCENCIA: ESTUDIO CUALITATIVO DE PERCEPCIÓN EN ALUMNOS DE PRÁCTICAS GERIÁTRICAS

Antecedentes:

Uno de los retos docentes universitarios a los que se enfrentan los profesores es la mediación tecnológica del conocimiento, y su importancia en el aprendizaje ya no se cuestiona (1). La modalidad e-learning se ha convertido en uno de los métodos más utilizados en el entorno académico (2).

Los alumnos de grado pertenecen a la generación tecnológica e integrar su uso forma parte de su actividad cotidiana, por lo que esta modalidad resulta propicia para su aprendizaje. Por consiguiente, es necesario que el docente adquiera competencias para integrar las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en su práctica y apostar por un modelo pedagógico de formación on-line centrado en e-learning (3).

La modalidad e-learning incorpora los foros virtuales, donde el profesor integra diferentes roles y puede dinamizar las intervenciones de los alumnos con finalidades motivadoras, moderadoras, reflexivas y potenciadoras del aprendizaje. Las retroacciones del profesor en los foros virtuales recaen cada vez más en una necesidad, ya que además de lo anterior, también permiten triangular conceptos (4-5).

En la actualidad, el plan de estudios del grado de enfermería está en proceso de cambio. Uno de los ejes fundamentales de su aprendizaje se construye en el entorno de las prácticas clínicas. Las prácticas clínicas ocupan un lugar preponderado dentro del currículum académico del alumno, ya que constituye el lugar donde intrínsecamente se produce la transferencia de conocimientos teóricos y metodológicos de los estudios de enfermería. Los alumnos manifiestan un elevado grado de estrés durante las prácticas (6-7) y por lo tanto disponer de un entorno virtual, como el foro virtual dinamizado, de fácil acceso, sin restricción horaria, permitiría compartir experiencias y problemas durante las prácticas clínicas, así como exponer sus situaciones a debate. Todo ello moderado por un profesor referente en ese ámbito.

Objetivos:

Conocer las experiencias previas de los alumnos con relación a los cuidados crónicos complejos. Valorar sus experiencias, problemas e identificar las posibles soluciones en las prácticas de geriatría.

Métodos:

Investigación cualitativa con la técnica de grupo focal, mediante un fórum virtual dinamizado y moderado por dos profesores expertos en el manejo de ese entorno. La población diana fueron alumnos de 4º en enfermería de la Universidad Rovira i Virgili, Campus Terres de l'Ebre, que cursaron la asignatura de prácticas clínicas en geriatría des de enero a mayo del 2018, distribuidos en 4 periodos de 4 semanas de duración y una media de 10 alumnos/periodo. Se estableció una guía de 3 preguntas para dar respuesta a los objetivos, a discutir en el fórum virtual durante el periodo práctico. El procesamiento de datos se realizó con el paradigma interpretativo e análisis de categorías (C) y subcategorías (SC), y sometido a análisis de contenido, según claridad y representatividad.

Resultados:

Tema1: ¿Tienes experiencia previa en el ámbito de cuidar a personas mayores y bajo qué rol? C1: Cuidados como alumno. SC1.1: Prácticas en Residencia Geriátrica, SC1.2: Auxiliar de Enfermería. C2: Cuidados como familiar u otros. SC2.1: Abuelos, SC2.2: Voluntariado. Tema2: ¿A raíz de tu experiencia, has encontrado aspectos y/o problemas que deberían mejorarse o rectificarse? C1: Déficit relacional alumno-equipo sanitario-paciente. SC1.1: Barrera idiomática, SC1.2: Dificultad para expresar las malas noticias, SC1.3: Periodo de adaptación e integración a la dinámica del equipo entre alumno/equipo, paciente/entorno. C2: Soledad del

paciente, SC2.1: Problemática familiar, SC2.2: Poco personal. C3: Cuidando lo invisible, SC3.1: Paciente frágil que necesita múltiples cuidados físicos y emocionales, SC3.2: Falta de privacidad a la hora de vivir y de morir. C4: Baja ratio enfermera-paciente, SC4.1: Sobrecarga de personal, SC4.2: Ulceras por decúbito (UPP). Tema 3: ¿Cómo los solucionarías? C1: Aumentar tiempo y personal. C2: Humanización de los cuidados. C3: Unificar protocolos de cuidado, sobre todo en UPP.

Discusión:

Los alumnos expresan poca experiencia previa en cuidados geriátricos, pues la mayoría la obtiene de las prácticas curriculares. Son conscientes del periodo de adaptación entre equipo y entorno, así como la dificultad de comunicar malas noticias a los pacientes o experimentar su pérdida. Ponen en relieve la soledad de los pacientes, la poca presencia familiar y el escaso personal. Se destaca, cuidar lo invisible y humanizar, en especial, el respeto de la privacidad y aspectos intangibles en los cuidados y la muerte. La falta de personal se refleja en la sobrecarga y en el número de UPP. Así pues, aumentar el personal, homogeneizar protocolos, aumentar la formación en comunicar malas noticias, tanto en alumnos como en profesionales, y la humanización de los cuidados, podría mejorar la práctica clínica asistencial.

Palabras clave: Estudiantes Grado de Enfermería, fórum virtual, cuidar, geriatría, humanizar, integración.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Teaching in Nursing: A Guide for Faculty, Fifth ed. Elsevier Saunders, St Louis, MO. Billings, D., Halstead, J., 2015.
2. Wihlborg M, Friberg EE, Rose KM, Eastham L. Facilitating learning through an international virtual collaborative practice: A case study. *Nurse Educ Today*. 2018 Feb;61:3-8. doi: 10.1016/j.nedt.2017.10.007. Epub 2017 Nov 4. PubMed PMID:29136513.
3. Button D, Harrington A, Belan I. E-learning & information communication technology (ICT) in nursing education: A review of the literature. *Nurse Educ Today*. 2014 Oct;34(10):1311-23. doi: 10.1016/j.nedt.2013.05.002. Epub 2013 Jun 18. Review. PubMed PMID: 23786869.
4. Joshi AS, Ganjiwale JD, Varma J, Singh P, Modi JN, Singh T. Qualitative Assessment of Learning Strategies among Medical Students Using Focus Group Discussions and In-depth Interviews. *Int J Appl Basic Med Res*. 2017 Dec;7(Suppl1):S33-S37. doi: 10.4103/ijabmr.IJABMR_144_17. PubMed PMID: 29344455; PubMed Central PMCID: PMC5769167.
5. Silva, J. Un modelo pedagógico virtual centrado en las e-actividades. *RED. Revista de Educación a Distancia*. 2017 Mar 53. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/red/53/10>.
6. Admi H, Moshe-Eilon Y, Sharon D, Mann M. Nursing students' stress and satisfaction in clinical practice along different stages: A cross-sectional study. *Nurse Educ Today*. 2018 Jun 5;68:86-92. doi: 10.1016/j.nedt.2018.05.027. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 29894915.

AUTORES/AUTHORS:

Carlos López Alfonso

TÍTULO/TITLE:

COMPARACIÓN DEL APRENDIZAJE GENERADO POR LA METODOLOGÍA FLIPPED CLASSROOM VERSUS LA CLASE MAGISTRAL

Objetivos: Analizar las diferencias en el aprendizaje entre la flipped classroom y la metodología tradicional. Identificar las opiniones hacia ambas metodologías.

Metodología: Se condujo un estudio cuasi-experimental en el que una de las clases de un 2º curso del grado de enfermería, se empleó como grupo a estudio y otra como grupo control. La investigación consistió en aplicar la metodología flipped classroom al grupo a estudio y la clase magistral (considerada como la ausencia de intervención por ser la metodología usual) al grupo control, todo ello en el contexto de la enseñanza del proceso del parto vaginal eutócico. En la metodología flipped classroom los alumnos son expuestos al temario fuera del aula generalmente por medio de materiales multimedia, en lugar de que sea el profesor el que se lo explique, después en el aula el docente actúa de guía en la realización de diversas actividades cuyo fin es reforzar el aprendizaje de los contenidos que han visualizado.

Para llevar a cabo la intervención tipo flipped classroom se creó un temario y, en base a este, unas videoclases, los alumnos tuvieron 3 días para visualizar las videoclases y después se desarrolló una sección presencial en clase en la que se desarrollaron actividades dinámicas como un repaso del temario mediante diálogo y preguntas, gamificación, etc. Al grupo control se les impartieron los mismos contenidos de los videos, pero de la forma expositiva tradicional. Para la recogida de datos se emplearon un pre-test y un post-test, ambos con cuestiones tipo Likert, y un examen de conocimientos (con una calificación posible de 0 a 10 puntos) idéntico para el pre-test y post-test.

La muestra varió en los diferentes momentos de la investigación, debido a la no adherencia de los sujetos a la investigación o a la incorporación de nuevos sujetos posteriormente al inicio de la intervención, por lo que no todos los individuos se pudieron emplear para analizar los cambios, y algunos solo se pudieron emplear para hacer un análisis descriptivo de un momento concreto de la intervención. Los individuos con pre-test y post-test: [grupo intervención N= 16]; [grupo control N=25]. Individuos solo con post-test: [grupo intervención N= 30; grupo control N=27].

Resultados: El aumento de conocimientos fue $[3.55 \pm 1.71]$ para la flipped classroom y $[1.78 \pm 2.13]$ para la clase magistral, $[p=0.008]$ (0.486, 3.048)]. Dentro de cada grupo las variaciones entre sexos fueron: Grupo intervención, mujeres $[3.65 \pm 1.72]$; hombres $[2.00 \pm 0.00]$; $[p=0.369]$. Grupo control, mujeres $[1.93 \pm 2.02]$; hombres $[1.29 \pm 2.57]$; $[p=0.530]$. Un 76.67% de individuos estuvieron satisfechos con la metodología flipped classroom y un 66.67% lo estuvieron con la clase magistral. La relación entre la pertenencia a un grupo u otro y las respuestas de la cuestión tipo Likert que analizaba la satisfacción fue $[X^2=7.43]$; $[p=0.115]$. Un 73.33% de individuos consideraron que la metodología flipped classroom no implicaba un esfuerzo excesivo. En el ANOVA de un factor entre la cuestión que analizaba la satisfacción y el aumento de conocimientos se obtuvo para la flipped classroom $[p=0.716]$; $[poder=11.7\%]$, y para la clase magistral $[p=0.046]$; $[poder=64.7\%]$.

Discusión: La metodología flipped classroom se mostró superior a la hora de generar aprendizaje. La satisfacción fue alta y similar en ambos métodos. No se puede afirmar que existan diferencias en el aprendizaje en función de la satisfacción. Tampoco se observaron variaciones en el aumento de los conocimientos en función de ningún otro factor que no fuera la aplicación de uno u otro método docente. Todo esto se asemeja a lo obtenido por algunas de las investigaciones que existen respecto al tema, y ayuda a

aportar luz a la evidencia previa, que es contradictoria, ya que algunas investigaciones no han sido capaces de demostrar la efectividad de la flipped classroom y otras han encontrado insatisfacción hacia dicho método. La importancia de la investigación radica en que, como apuntan muchos autores, es vital formar a las enfermeras en un nivel de excelencia, para lograr un óptimo de desarrollo del cuidado profesional. En este contexto, la metodología flipped classroom se presenta como un método de aprendizaje activo que mejoraría dicha formación. Además la metodología flipped classroom no solo sería de interés por su superioridad a la hora de generar aprendizaje, sino por la especial capacidad de estos métodos de aprendizaje activo de mejorar las competencias prácticas, desarrollar capacidades de pensamiento y reflexión y habilidades como el juicio clínico, lo cual en una profesión como la enfermería, es de especial relevancia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

M.Billings D. 'Flipping' the Classroom. American Journal of Nursing. 2016 Septiembre; 116(9). Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27560340>.

Bernard JS. The Flipped Classroom: Fertile Ground for Nursing Education Research. Int. J. Nurs. Educ. Scholarsh. 2015; 12.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26167983>.

Martínez-Olvera W, Esquivel-Gómez I, Martínez Castillo J. Aula Invertida o Modelo Invertido de Aprendizaje: Origen, Sustento e Implicaciones. Educación Médica Superior. 2014 Diciembre; 30(3) Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412016000300020.

Hessler KL. Nursing education: Flipping the classroom. The Nurse Practitioner. 2016 Febrero. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26795837>.

Rui Z, Lian-rui X, Rong-zheng Y, Jing Z, Xue-hong W, Chuan Z. Friend or Foe? Flipped Classroom for Undergraduate

Electrocardiogram Learning: a Randomized Controlled Study. BMC Medical Education. 2017 Diciembre. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28270204>.

Njie-Carr V, Ludeman E, Lee MC, Dordunoo D, Trocky NM, Jenkins LS. An Integrative Review of Flipped Classroom Teaching Models in Nursing Education. Journal of professional nursing: official journal of the American Association of Colleges of Nursing. 2016 Julio; 33(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28363388>.

Betihavas V, Bridgman H, Kornhaber R, Cross M. The evidence for 'flipping out'. A systematic review of the flipped classroom in nursing education. Nurse education today. 2016 Marzo; 38. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26804940>.

AUTORES/AUTHORS:

MANUELA SALAS LARIO, ROCÍO JÓDAR SALAS, MARÍA DOLORES JÓDAR SALAS, ÁNGEL BENÍTEZ NAVARRO, MARÍA DEL CARMEN IBAÑEZ AZNAR, ANTONIO GRIS PEÑAS

TÍTULO/TITLE:

Cribado de trastornos de alimentación en atención primaria

Justificación:

Los trastornos del comportamiento alimentario son problemas graves que producen grandes complicaciones médicas y psicosociales que pueden llegar a la muerte.

La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria ha aumentado en los últimos años y la edad de inicio se ha hecho más temprana.

Objetivo:

Conocer y describir la prevalencia de posibles trastornos de alimentación así como los hábitos de alimentación ,en alumnos de tercer y cuarto curso , de un instituto de Lorca, Región de Murcia.

Metodología:

Diseño: estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal

Ámbito de estudio : Educativo. Sujetos: Estudiantes de tercero y cuarto curso de la ESO de un instituto de la región de Murcia, n=85.

Recogida de datos: Se aplicó el cuestionario autoadministrado validado SCOFF para cribado de trastornos de alimentación en población adolescente con 5 ítems,(punto corte 2 respuestas afirmativas) además de un cuestionario sociodemográfico.

Periodo de recogida de datos: Enero y marzo de 2018.

Análisis estadístico: Para el análisis descriptivo de los datos se usó el programa SPSS versión 21.0, realizando medias en variables cuantitativas y distribución de frecuencias y porcentajes en variables cualitativas.

Aspectos éticos:

Consentimiento informado

No existen conflictos de intereses

Voluntario y anónimo

Resultados:

La muestra estuvo comprendida por un total de n=85 estudiantes de tercer y cuarto curso de un instituto de Lorca , de los cuales el 48,2% (n=41) eran mujeres y el resto hombres.

La edad media fue de 15 años (rango 14-17).

El 31,8% (n=27) presentaba factor de riesgo positivo para trastornos de la conducta alimentaria dando positivo en el cuestionario SCOFF , de los cuales 46,3%(n=19) eran mujeres y el 18,2% (n=8) hombres.(mujeres mayor riesgo).

El 45,9%(n= 39) no respondieron ningún ítems de forma afirmativa, mientras que el 22,4%(n= 19) respondieron una pregunta afirmativa, 22,4%(n= 19) dos afirmativas, 5,9%(n=5) tres afirmativas , 3,5%(n=3) cuatro afirmativas y no hubo ningún alumno con las cinco respuestas afirmativas.

El ítems más contestado afirmativamente fue ¿Se siente preocupado porque siente que tiene que controlar todo lo que come? 29,4%(n=25).

El ítems menos contestado afirmativamente fue ¿Ha perdido recientemente más de 6 kilos en un periodo de tres meses? 90,6%(n=77).

Implicaciones para la práctica clínica:

En la muestra, más de un tercio está en riesgo de padecer un TCA.

El diagnóstico precoz de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) es determinante para evitar complicaciones graves a lo largo de la vida.

Los adolescentes y más concretamente las mujeres tienen mayor riesgo de padecer un TCA.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ángel LA, Vásquez R, Chavarro K, Martínez LM, García J. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia. Acta Med Colomb 1997;22:111-9.
2. Gil MI, Candela JP, Rodríguez MC. Atención primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos. Aten Primaria 2003;31:178-80.
3. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV TR). Barcelona: Masson, 2000.
4. Ayerbe-García L, González E, López L, Ezguerra J. El test SCOFF: una posible herramienta de cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en atención primaria. Aten Primaria 2003;32:315
5. Austin SB. Prevention research in Ealing disorders: theory and new directions. Psychol Med. 2000;30(6):1249-62

Sesión de Comunicaciones Orales Breves IX

Session of Oral Brief Presentations IX

AUTORES/AUTHORS:

Isabel Quevedo Tabuena, Elena Olea Fraile, Eva Muñoz Conejero

TÍTULO/TITLE:

Adherencia al tratamiento inmunosupresor en pacientes trasplantados hepáticos

Introducción: el trasplante de órganos es un procedimiento que se remonta a civilizaciones muy antiguas. Con el paso del tiempo las técnicas han ido evolucionando, pero para que el órgano perdure en el tiempo y no exista un rechazo del injerto es importante y necesario que los pacientes sigan de por vida un estricto tratamiento con fármacos específicos, los inmunosupresores.

Objetivo: determinar la adherencia al tratamiento inmunosupresor de los pacientes trasplantados de hígado en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid durante el año 2017.

Metodología: estudio observacional descriptivo transversal prospectivo.

Resultados: la participación en el estudio fue de un 71,4% siendo el 70% de los participantes hombres y el 30% mujeres con una media de edad de 57,06 años. El 70% refirió estar casado. La mayoría de los pacientes tenían como tratamiento inmunosupresor prescrito tacrolimus (36,6%) y tacrolimus en combinación con micofenolato (40%). Tras el análisis de los datos, se obtuvo un valor para la adherencia al tratamiento del 76,6%. Cabe destacar que dicha adherencia al tratamiento no depende del tipo de inmunosupresor pautado ni de las variables sociodemográficas estudiadas, ya que en todos los casos se obtuvo un valor de $p > 0.05$.

Discusión: El estudio llevado a cabo ha determinado la adherencia al tratamiento inmunosupresor de los pacientes trasplantados hepáticos en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid durante el año 2017. Comparando los resultados obtenidos con un estudio de características similares para trasplante renal, se concluye que el porcentaje de hombres y mujeres es aproximado, siendo 61,8% hombres y 38,2% mujeres en el trasplante renal, mientras que en este estudio la mayoría de pacientes trasplantados han sido hombres (70%) y un 30% mujeres. A su vez, al igual que los trasplantados renales indicaban vivir en pareja, (71%), el 70% de los trasplantados hepáticos del estudio están casados.

En relación a los inmunosupresores coinciden los resultados obtenidos en este estudio con los de otros estudios, siendo la combinación de varios inmunosupresores, concretamente micofenolato y tacrolimus la más prescrita a los pacientes trasplantados.

Sería conveniente llevar a cabo el estudio con estos mismos pacientes a los tres y cinco años del trasplante, para determinar si los buenos resultados obtenidos de adherencia al tratamiento se mantienen a lo largo del tiempo. También sería interesante incluir en el estudio si los efectos secundarios de los inmunosupresores afectan en la adherencia, puesto que pueden ser una de las causas por las que los pacientes no realicen correctamente el tratamiento y por consiguiente tengan peor adherencia.

Para terminar, indicar que los profesionales de enfermería deben comprobar e insistir en la correcta adherencia al tratamiento de los pacientes trasplantados e intentar reconducir conductas negativas de los pacientes informándoles de las graves consecuencias de la no adherencia al tratamiento inmunosupresor.

Para ello hay que implicar a los pacientes en sus cuidados, enseñarles a afrontar su enfermedad y que lleven a cabo el tratamiento de manera correcta para conseguir una mayor calidad de vida y supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Historia de los trasplantes [Internet]. La Coruña: Trasplantes.net; [consulta 3 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.trasplantes.net/index.php/men-sobrelos-trasplantes/historia-de-los-trasplantes>
2. Ont.es. (2018). Trasplante de hígado. [Internet] [consulta 19 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.ont.es/home/Paginas/Trasplantedehigado.aspx>
3. Sáenz J, Asuero MS, Correa C, Cuevas B, Gómez V, Linares AI, et al. Modelos experimentales para la investigación y el

entrenamiento en trasplante renal. Actas Urol Esp. 2008;32(1):83-90

4. Trasplante de hígado: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medlineplus.gov. 2018 [Consulta 19 de enero de 2018].

Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003006.htm>

5. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Gabinete de prensa.[Internet]. [Consulta 10 de mayo de 2018] Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4209>.

6. Díaz C. Mecanismos de acción de los fármacos inmunosupresores. Revista Chilena de Reumatología 2008; 24(2):73-88

7. Santos O, Marín J, Muñoz O, Mena A, Guzmán C, Hoyos S, et al. Trasplante hepático en adultos: Estado del arte. Revista Colombiana gastroenterología. 2012; 27 (1)

8. Castro A, Barrero JI, García FJ, Cruz E, Soto J, Alvarez J, et al. III Foro diálogos Pfizer-pacientes “La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida”. 2009.

9. Ortega F.J., Sánchez J., Pérez M.A., Pereira P., Muñoz M.A., Lorenzo D. Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con tacrolimus. Nefrología 2011;31(6):690-96

10. Ferres M^a T, Bravo L, Ortega E M^a. Papel de la enfermera en la adherencia al tratamiento. Revista Médica Electrónica. [Internet]. [Consulta el 25 de enero de 2018]. Disponible en :

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revistamedica/enfermera-adherencia-al-tratamiento/>

11. Rodríguez M.A, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez A, Faus M.J. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizado en la práctica clínica. Atención Primaria. 2008;40(8):413-7

AUTORES/AUTHORS:

CESAR RODRIGUEZ NUÑEZ, MARTA MARTIN MARTINEZ, ALBA IGLESIAS RODRIGUEZ, JANIRE IRIGOIEN AGUIRRE, MIKEL GARCIA CORRES, LEIRE NAFARRATE RUIZ , ITSASO MANSILLA ROSADO, LEIRE PASCUAL SANCHEZ, MARCOS RUBIO PEREZ

TÍTULO/TITLE:

INCIDENCIAS DE SEGURIDAD DECLARADAS POR LOS PROFESIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Introducción

Los sistemas de registro de incidentes y eventos adversos son una herramienta de notificación y cuantificación de los errores que se producen en UCI a favor de la seguridad y calidad asistencial. Su objetivo es que todo el personal aprenda de estos errores a través su difusión y se puedan elaborar medidas de prevención a través de su análisis.

Objetivo:

Describir los incidentes declarados por los profesionales de UCI en relación con la asistencia sanitaria .

Conocer las medidas implementadas tras su análisis.

Metodología

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en la UCI del Hospital Universitario Araba-Txagorritxu durante el 2017. Variables: profesional que notifica, tipo de incidente, evitabilidad, medidas correctoras y mes, . Se recogieron y analizaron las variables mediante un sistema de registro electrónico, de acceso restringido y autogestionado por el propio servicio(voluntario, anónimo, confidencial y no punitivo). En su gestión intervienen los responsables de la UCI, que ejercerían el liderazgo del sistema y su revisión; y todos los profesionales de UCI, que se encargarían de elaborar los registros conforme suceden los incidentes. Se procedió al análisis estadístico descriptivo mediante el SPSS 23.0

Resultados

Se declararon 141 incidentes, de los cuales 10 se descartaron por no proceder. Los incidentes fueron relacionados con: un 10.7%dispositivos, recursos humanos y otros; protocolos(31.3%); formación(14.5%); Fármacos(13.7%); Comunicación equipo(4.6%); emergencias(3.1%); Ambiente(0.8%). En un 96.9% fueron evitables y en un 42.7% llegaron al paciente los incidentes, sin causar daño en un 99.2%. En función de la gravedad: Leve (53.4%), Moderado(31.3%),y Grave(15.3%). Las acciones emprendidas en los factores predisponentes para los incidente fueron eliminados(6.1%), aceptados(3.1%), y controlados(90.8%). La época de mayor declaración fue en 4º trimestre(44, 2%) en un 67.2% por enfermeras.

Conclusiones-Discusion-Implicaciones para las prácticas clínicas

Somos un colectivo implicado en la declaración de incidentes para mejorar la seguridad del paciente.

Protocolos, recursos humanos, formación y fármacos son los eventos más declarados.

Es de vital importancia continuar con la implicación de los profesionales en la declaracion de incidencias para mejorar en la cultura de seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Pérez Blanco V, Rubio Gómez I, Alarcón Gascueña P, Mateos Rubio J, Herradón Cano M, Delgado García A.
Implementación de un formulario para la notificación de eventos adversos: resultados del primer año. Rev Calidad Asistencial.
2009;24:3-10.

AUTORES/AUTHORS:

Ana Lavedán Santamaría, Elena Paraiso Pueyo, Eva Salafranca Mendoza, M^a Àngels Marsellés Vidal, María Llovera Ocaña, Violeta Tapia Palacio

TÍTULO/TITLE:

Necesidades psicosociales de los padres y/o madres de RN ingresados en UCIN desde la perspectiva del equipo neonatal

Objetivo:

Describir las necesidades psicosociales de los padres de neonatos ingresados en UCIN, desde el punto de vista del profesional sanitario, e identificar los mecanismos de soporte a la familia disponibles.

Métodos:

Diseño del estudio: Estudio descriptivo cualitativo desde la perspectiva fenomenológica.

Ámbito de estudio: El estudio se ha llevado a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.

Población: Profesionales sanitarios de la unidad (Enfermeras, Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería y Neonatólogos).

- Criterios de inclusión: Aquellos con experiencia en la unidad igual o superior a 6 meses de práctica asistencial.

- Criterios de exclusión: Aquellos que no expresen su consentimiento informado para participar en el estudio.

Medida de la muestra y tipo de muestreo: 17 Enfermeras (7 estatutario fijo, 6 estatutario interino, 4 estatutario temporal eventual); 7 TCAE (3 estatutario fijo, 2 estatutario interino, 2 estatutario temporal eventual); 1 MIR Pediatría y áreas específicas; 3 Neonatólogos (estatutario fijo), seleccionados por medio de un muestreo opinático, intencionado y razonado.

Técnicas de recogida de datos: Diseño de un cuestionario "Ad Hoc", que incluye datos generales de registro y un guion semiestructurado para proceder a las entrevistas individuales en profundidad.

Análisis de datos discursivos: Los discursos obtenidos se han analizado desde el enfoque fenomenológico de los datos narrativos, utilizando el programa ATLAS.ti que se concluye con la clasificación por ejes temáticos y categorías, triangulando los resultados con la bibliografía.

Consideraciones éticas: Informe favorable del Comité Ético de Investigación Clínica del HUAUV (acta 12/2017).

Resultados:

El equipo neonatal asume su responsabilidad como referente en el proceso de adaptación que implica un ingreso en UCIN.

Reconocen las necesidades psicosociales que expresan y sienten los padres y/o madres, y se implementan determinadas estrategias para su atención. No obstante, los mecanismos de soporte a la familia resultan insuficientes.

Ejes temáticos (ET) y categorías extraídas (C):

ET1: Necesidades de las familias (C1: Entorno; C2: Información; C3: Ayuda psicológica; C4: Implicación padres en cuidados; C5: Educación sanitaria; C6: Grupo de padres; C7: Atención individualizada; C8: Acompañamiento duelo perinatal).

ET2: Necesidades atendidas en UCIN (C1: Comodidad; C2: Apoyo emocional parcial; C3: Escucha activa; C4: Soporte LM).

ET3: Mecanismos de soporte implementados (C1: Soporte LM; C2: Información enfermería; Participación padres cuidados básicos; C3: Puertas abiertas; C4: HODO)

ET3: Mecanismos de soporte a la familia insuficientes (C1: Acogida; C2: Atención individualizada; C3: Soporte psicológico; C4: Información alta; C5: Grupos de apoyo; C6: Educación sanitaria en cuidados)

Discusión:

Investigaciones previas demuestran la falta de apoyo emocional y asesoramiento a las familias de neonatos ingresados en UCIN. Asimismo, se ha podido constatar que el equipo sanitario, siendo consciente de las necesidades de los padres, no siempre puede dedicar el tiempo necesario a su atención, sobre todo en lo relativo a aspectos de apoyo psicológico.

Resulta prioritaria la implementación de intervenciones específicas, de carácter multidisciplinar, que atiendan a las necesidades de la familia, con el fin de construir un puente que ayude a los padres a aceptar la nueva realidad, contribuyendo al afrontamiento, adaptación y al confort durante todo el proceso de hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Gail M. Family-Centered Rounds in the Neonatal Intensive Care Unit. *Nurs Womens Health*. 2014;18–26.
- Cuesta MJ, Espinosa AB, Gómez S. Enfermería neonatal: cuidados centrados en la familia. *Enfermeria Integral*. 2012;98:36-40.
- Discenza D. Why NICU Nurses mean so much to parents. *Neonatal Network*. 2014; 166-88.
- Provenzi L, Santoro E. The lived experience of fathers of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit: A systematic review of qualitative studies. *J Clin Nurs*. 2015;1784–94.
- Stacey S, Osborn M, Salkovskis P. Life is a rollercoaster...What helps parents cope with the Neonatal Intensive Care Unit (NICU)? *J Neonatal Nurs*. 2015;21(4):136–41.

AUTORES/AUTHORS:

Eva de Mingo Fernández, Maria Jimenez Herrera, Mònica Baldrich Mora

TÍTULO/TITLE:

Opiniones de familiares y pacientes en la Presencia Familiar durante Procedimientos Invasivos y reanimación

1. Objetivo: Conocer la opinión de familiares y pacientes sobre la Presencia Familiar durante Procedimientos Invasivos y Reanimación Cardiopulmonar (PFDI) en el Consorci Sanitari del Garraf (CSG), Barcelona.
2. Método: Entrevista semi-estructurada a familiares y pacientes en el CSG que han tenido experiencia en UCI/Urgencias, presenciada o no, sobre procedimientos invasivos y reanimación (PI) y su posterior transcripción, codificación y categorización manual de los datos.
3. Resultados: Se realizan 19 entrevistas. Se encuentran varias categorías: conocimientos, respeto por los derechos del paciente y confianza. Entre las subcategorías aparecen: soporte emocional, profesionalidad, entereza y empoderamiento. La voluntad de permanecer al lado del ser querido (90%) es inversamente proporcional al grado de invasividad de las técnicas a aplicar, relacionándolo con el valor y la entereza. La PFDI se percibe como positivo para la relación entre pacientes, sanitarios y familiares y como un derecho.
4. Discusión: La Presencia Familiar, puede estar relacionada con una respuesta más favorable, proporcionando menores niveles de estrés para la familia, ya que se percibe como positiva, como un derecho y facilitaría el soporte emocional tanto para la familia como para el paciente, aspectos que se corroboran en la literatura revisada tanto nacional como internacionalmente. Un requisito deseable para la PFDI, sería tener un miembro del equipo explicando los procedimientos para una correcta comprensión de las técnicas, así como también provocaría un menor estrés, tanto a los familiares como a los sanitarios.
5. Implicaciones para la práctica clínica: La PFDI implica un plus en la calidad de atención al paciente, permitiendo una atención holística al mismo y una mayor satisfacción de los usuarios, posibilitando un soporte emocional, ayudando a la toma de decisiones importantes, y al proceso de duelo de los familiares reduciendo la ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Paplanus LM, Salmond SW, Jadotte YT, Viera DL. A systematic review of family witnessed resuscitation and family witnessed invasive procedures in adults in hospital settings internationally - Part I: Perspectives of patients and families. *JBI Database Syst Rev Implement Reports*. 2012;10(32):1883–2017
2. Paplanus LM, Salmond SW, Jadotte YT. A Systematic Review of Family Witnessed Resuscitation and Family Witnessed Invasive Procedures in Adults in Hospital Settings Internationally – Part II: Perspectives of Healthcare Providers. *JBI Database Syst Rev Implement Reports*. 2018;10(33):2018–294
3. Sague-Bravo.S, Parra-Cotanda.C, Angel-Sola J, Trenchs-Sainz-de-la-Maza.V V, Luaces-Cubells.C. Presencia dels pares durant els procediments invasius als serveis d'urgències pediàtriques. Que passa a l'Estat espanyol? *Pediatr Catalana*. [Revista electrònica] 2015;75(1):7–11. (Consultado el 22-08-2018). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5096910>
- 4.- Kantrowitz-Gordon I, Bennett D, Wise Stauffer D, Champ-Gibson E, Fitzgerald C, Corbett C. Facilitated family presence at resuscitation: Effectiveness of a nursing student toolkit. *Nurse Educ Today*. 2013;33(10):1258–63.

5. Asencio-Gutiérrez JM, Reguera-Burgos I. La opinión de los profesionales sanitarios sobre la presencia de familiares durante las maniobras de resucitación cardiopulmonar. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2017;28(4):144–59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2017.01.002>
6. Hassankhani H, Zamanzadeh V, Rahmani A, Haririan H, Porter JE. Family Presence During Resuscitation: A Double-Edged Sword. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49(2):127–34.
7. Chapman R, Watkins R, Bushby A, Combs S. Assessing health professionals' perceptions of family presence during resuscitation: A replication study. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2013;21(1):17–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2011.10.003>
8. Bray I, Kenny G, Pontin D, Williams R, Albarran J. Family presence during resuscitation: Validation of the risk–benefit and self-confidence.
9. Morrison LJ, et al. Part 3: Ethics: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970905>
10. Silva Dall'Orso M, et al. Presencia Familiar durante la Reanimación Cardiopulmonar: La mirada de enfermeros y familiares. *Cienc y enfermería*. 2012. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300009>

AUTORES/AUTHORS:

Carmen Peña Peloché, Rocío Sánchez-Martínez, Carmen Carballo Villarejo, Cristina González Menchen, M^a Luisa Lorite Gutiérrez, Mercedes Díezma Godino, Leticia Galindo Berliches, María López Maestro

TÍTULO/TITLE:

Implicación Familiar en el cuidado de recién nacidos prematuros ingresados en una UVI

Objetivo:

Medir el grado de implicación de los padres en los cuidados de sus hijos, empoderándoles como cuidadores principales durante el ingreso de sus hijos en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con puertas abiertas 24h.

Método:

Estudio descriptivo prospectivo en una UCIN de nivel IIIc, llevado a cabo entre el 1 de enero y 20 de abril del 2018.

Sujetos incluidos recién nacidos menores de 32 semanas de gestación o < 1500g peso.

El equipo investigador diseñó unas carpetas de recogida de datos para los padres. A aquellos que tras ser informados, aceptaban el consentimiento informado, se les explicaba cuáles eran los cuidados y cómo debían rellenarlos en su carpeta. Las variables de implicación recogidas eran: horas de permanencia en la unidad, horas de cuidado canguro, cambios de pañal, cantidad de veces que las madres se extraían leche y la cantidad, alimentación con jeringa y/o al pecho y aseo.

Los miembros del equipo investigador eran los encargados del seguimiento de la cumplimentación de las carpetas y de transcribir estos datos en una base de datos creada a tal efecto en la plataforma Google Drive. A cada niño se le adjudicaba un número de caso, de manera que la recogida de los datos fuese anónima.

El análisis descriptivo se realizó mediante frecuencias y porcentajes, medianas (DS) o medianas [RIQ].

Resultados:

En nuestra Unidad trabajan 68 enfermeras, de estas un 86,7% (59) ha realizado algún tipo de formación relacionada con los Cuidados Centrados en el Desarrollo.

De los 35 niños elegibles en el periodo de estudio, 5 no firmaron el consentimiento informado, 2 ocasiones los padres a pesar de estar incluidos en el estudio no pudieron rellenar los datos y en otras 2 ocasiones el prematuro no sobrevivió, quedando un total de 26 niños reclutados.

Edad promedio 28,4 ± 1,9. Con un peso promedio de 1.180g ± 321g.

Resultados por variable:

- Estancia de los padres en la unidad: 4686,15 horas con una media por día de 7 horas (±3).
- Método Madre/Padre Canguro: 2374,15 horas con una media de 3,39h (±1).
- Extracciones en UCIN: Promedio: 2,29319, Mediana: 2,36364, DS: 0,748675, coeficiente de variación: 32,6478%.
- Extracciones Fuera UCIN: Promedio: 2,87094, Mediana: 3,23529, DS: 1,36019, coeficiente de variación 47,3778%.
- Volumen Leche en UCIN: Promedio: 119,332, Mediana: 110,672, DS: 59,8942, Coeficiente de variación: 50,1911%.
- Volumen Leche Fuera UCIN: Promedio: 162,53, Mediana: 118,613, DS: 125,239, Coeficiente de variación: 77,0557%.
- No diferencias significativas ni en extracciones (valor P= 0,1923) ni en volumen (valor P=0,2730)
- Alimentación al pecho: 41 veces con ayuda de profesionales (6%) y 122 veces ellas solas (16%), del total de oportunidades (722).
- Cambio de pañal: 40% (290) fue con ayuda de profesionales y 29,2% (211) fueron ellos solos, frente a un 30,6% (221) oportunidades en las que no cambiaron el pañal.
- Aseo: en un 20% (149) de las ocasiones lo realizaron con ayuda de profesionales.

Discusión:

Con los resultados expuestos se observa una alta implicación de los padres en los cuidados de sus hijos. El hecho de tener una política de puertas abiertas y un personal entrenado en CCD, favorece el empoderamiento de los padres y la humanización de la asistencia.

Implicaciones para la práctica clínica:

Cuanto más se impliquen los padres en los cuidados de sus hijos mayor apego mostrarán. Ellos como cuidadores principales en una unidad abierta 24 horas y con la debida formación, pueden ocuparse de cuidados básicos de sus hijos, respetando los periodos de sueño de estos y evitando alargar los cuidados para no agotarlos, de esta manera la enfermería podrá ocuparse de la formación, supervisión de los padres y de ofrecer cuidados más específicos y técnicos que requieren estos niños. Además, esta implicación de los padres en los cuidados reduce el número de manos que tocan a los prematuros y como efecto colateral se podrían reducir las posibles infecciones nosocomiales de estos pacientes.

Conflicto de intereses:

Los autores han indicado que no tienen conflictos de intereses potenciales para la realización del presente estudio.

Los investigadores obtuvieron el consentimiento informado de todos los participantes incluidos en el estudio. Los nombres de los participantes fueron sustituidos por un número de caso para garantizar la confidencialidad de los participantes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Dür M, Brückner V, Oberleitner-Leeb C, Fuiiko R, Matter B, Berger A. Clinical relevance of activities meaningful to parents of preterm infants with very low birth weight: A focus group study. PLoS One. 2018 Aug 28;13(8):e0202189. doi: 10.1371/journal.pone.0202189. eCollection 2018.
2. Vohr B, McGowan E, McKinley L, Tucker R, Keszler L, Alksnini B. Differential Effects of the Single-Family Room Neonatal Intensive Care Unit on 18- to 24-Month Bayley Scores of Preterm Infants. J Pediatr. 2017; 185: 42-48.
3. Aagaard H, Uhrenfeldt L, Spliid M, Fegran L. Parents' experiences of transition when their infants are discharged from the Neonatal Intensive Care Unit: a systematic review protocol. JBI database of systematic reviews and implementation reports. 2015;13(10):123–32. Epub 2015/11/17. pmid:26571288
4. Gibbs DP, Boshoff K, Stanley MJ. The acquisition of parenting occupations in neonatal intensive care: A preliminary perspective. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2016;83(2):91–102. Epub 2016/03/31. pmid:27026720.
5. Heinemann AB, Hellström-Westas L, HedbergNyqvist K. Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. Acta Paediatr. 2013; 102(7) :695-702.
6. Dowling DA, Blatz MA, Graham G. Mothers' experiences expressing breast milk for their preterm infants: does NICU design make a difference? Adv Neonatal Care. 2012; 12(6) :377-84.
7. Lester BM, Hawes K, Abar B, Sullivan M, Miller R, Bigsby R, et al. Single-family room care and neurobehavioral and medical outcomes in preterm infants. Pediatrics. 2014; 134(4): 754-60.
8. Lester BM, Salisbury AL, Hawes K, Dansereau LM, Bigsby R, Lupton A et al. T. 18-Month Follow-Up of Infants Cared for in a Single-Family Room Neonatal Intensive Care Unit. J Pediatr. 2016; 177: 84-89.
9. Pineda RG, Neil J, Dierker D, Smyser CD, Wallendorf M, Kidokoro H6, et al. Alterations in brain structure and neurodevelopmental outcome in preterm infants hospitalized in different neonatal intensive care unit environments. J Pediatr. 2014; 164(1): 52-60.

AUTORES/AUTHORS:

ISABEL PANEA PIZARRO, ALMUDENA MARTOS SÁNCHEZ, MARÍA DEL MAR MORA PALACIOS, MARÍA JOSÉ RUÍZ CÉSPEDES, ALBERTO LEÓN MARTÍN

TÍTULO/TITLE:

Estudio Piloto: Antipsicóticos de acción prolongada en pacientes ingresados en la Unidad de Larga

Objetivos Comparar los niveles de Prolactina y Ácido Fólico en sangre en los pacientes en tratamiento con los distintos fármacos antipsicóticos de acción prolongada por vía IM.

Métodos

Ámbito: El estudio se realizó en Ciudad Real.

Diseño: Estudio observacional, prospectivo de cohortes.

Sujetos: La muestra de voluntarios, se obtuvo en la Unidad de Larga Estancia del Hospital de la Diputación Provincial de Ciudad Real.

Variables: Antipsicótico administrado vía IM.

Procedimientos/Instrumentos para la obtención de los datos. La muestra del estudio es de 15 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide residual, que actualmente tienen pautado los antipsicóticos seleccionados de larga duración. Están hospitalizados durante su estudio. Escala de evolución HoNOS.

La adherencia al tratamiento se ha evaluado mediante el test de Morisky-Green.

Confidencialidad y consideraciones éticas: Todos los participantes fueron voluntarios y tanto ellos en caso de estar capacitados, como los familiares o asociaciones que de los pacientes del estudio se hacían cargo en caso de estar incapacitados legal y judicialmente, firmaron el Consentimiento Informado.; y se han respetado todos los postulados éticos, sobre confidencialidad y anonimización de los datos personales de los participantes (Ley de Protección de Datos Personales 15/1999).

Análisis de datos: Se ha realizado un análisis descriptivo. Las asociaciones entre variables categóricas han sido evaluadas mediante X² (aplicando la corrección de Fischer cuando ha sido necesario), mientras que la comparación de medias entre variables continuas se ha analizado mediante el test de la t de Student o U de Mann-Whitney para variables paramétricas y no paramétricas, respectivamente. Se han realizado estudios de análisis variante para conocer la correlación entre las diferentes variables. El análisis de los datos se ha llevado a cabo con el programa estadístico SPSS para Windows versión 24, con una significación estadística a del 0,05.

Resultados:

Datos antropométricos: Síndrome metabólico e IMC: En conclusión, únicamente los casos del zuclopentixol obtuvieron criterios compatibles con el Síndrome Metabólico. Los resultados de las pruebas de chi-cuadrado de Pearson, tuvo un valor de 6,240 y un 7,315 de razón de verosimilitud de los 13 casos válidos. Sin embargo, los datos relativos del IMC fueron similares entre los tres grupos farmacológicos

Discusión: Este trabajo aporta a la literatura científica la importancia del seguimiento de los pacientes en los valores analíticos de manera rutinaria y con controles antropométricos desde los profesionales de Enfermería, para detectar y prevenir, patologías orgánicas incapacitantes y la comorbilidad asociada que conllevan.

Conclusión e Implicaciones para la práctica clínica: Este estudio va en la línea marcada del primer consenso español sobre la hiperprolactinemia, que incide en la necesidad de los profesionales de psiquiatría que evalúen siempre y de manera rutinaria los niveles de prolactina, en los pacientes con estos tratamientos, incluso antes de iniciarlo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

World health organization, WHO. www.who.int [consultado día 01.10.2017]

López-Muñoz F, Molina Martín JD, Álamo González C. Terapéutica de la esquizofrenia y de otras formas de psicosis. En: Terapéutica farmacológica de los trastornos del sistema nervioso. Programa de Actualización en Farmacología y Farmacoterapia. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2012. pp. 241-262.

Robert A. Day. "Cómo escribir y publicar trabajos científicos" Publicación Científica No. 558, ISBN 92 75 31558 2, TheOryxPress.

Joseph Roca Antonio. "Cómo y para qué hacer un protocolo". Medicina Clínica vol. 106. Núm. 7. 1996

Robert H. Fletcher, Suzanne W. Fletcher, Edward H. Wagner. Epidemiología Clínica. Aspectos fundamentales. Masson- William & Wilkins. ISBN 84-8315-011-5

J.M. Alústiza Echeverría, E. Salvador Pardo, A. Castiella Eguzkiza. ¿Cómo establecer la hipótesis y los objetivos de un proyecto de investigación en Radiología? Radiología2012; 54:3-8

Macarena Celina Cáceres León. Farmacoepidemiología y farmacogenética de la esquizofrenia. Tesis Doctoral. Badajoz: Servicio Extremeño de Salud, Universidad de Extremadura; 2006.

López Castellano A., Villagrasa V., Moreno L. Manual de Farmacología: Guía para el uso racional del medicamento. 2ª ed. Elsevier España, 2011.

Clasificación de trastornos mentales CIE 10. Criterios de la OMS (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud). Disponible en: http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F20-F29.html

Janssen. www.janssen.es/salud/neurociencia/esquizofrenia [consultado día 01.10.2017]

Álamo C, Cuenca E, López-Muñoz, García-García p. Neurolépticos y antipsicóticos. Aspectos farmacológicos de la evolución del tratamiento de la esquizofrenia. En: Chinchilla A (ed.). Nuevas generaciones en neurociencias. Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos. Barcelona: Elsevier Masson; 2007. Pp. 343-401.

AUTORES/AUTHORS:

M MONTSERRAT BONET MARTÍ, M ESTHER ROQUER FANLO, MARIA BRIANSÓ FLORENCIO, ESTHER CABRERA TORES

TÍTULO/TITLE:

Prevalencia de Síntomas Conductuales y Psicológicos en ancianos con Demencia e impacto a sus cuidadores.

1.Objetivo: Conocer la prevalencia e identificar los Síntomas Conductuales y Psicológicos en ancianos con Demencia (SCPD). Identificar el perfil social, demográfico y de salud de las personas con demencia y de las personas cuidadoras; e identificar el impacto del cuidado a nivel físico, psicológico y económico.

2.Métodos: Estudio descriptivo transversal con 66 personas de más de 65 años con demencia y las personas cuidadoras que hacen seguimiento en la consulta ambulatoria de enfermería geriátrica del Hospital Universitario Sant Joan de Reus comarca del Baix Camp, Tarragona. La recogida de datos se realizó a través de una entrevista a las personas cuidadoras entre julio y diciembre del 2017. Se incluyeron personas con demencia (PcD), independientemente de los años de diagnóstico y con un grado evolutivo de demencia 4, 5 o 6 no institucionalizadas; y personas cuidadoras (PC) informales con un vínculo familiar y que convivían o no en el mismo domicilio de la persona con demencia. Se utilizaron cuestionarios de elaboración propia para describir los perfiles sociales, demográficos y de salud de las PcD i de las PC y cuestionarios validados como el: Neuropsychiatric Inventory (NPI), para evaluar los cambios psicoconductuales que presentan más frecuentemente las personas con demencia, el cual se compone de 12 dominios. Dominios: delirios, alucinaciones, agitación/agresividad, depresión/disforia, ansiedad, euforia/jubilo, apatía/indiferencia, desinhibición, irritabilidad/inestabilidad, conducta motriz anómala, alteración sueño, alteración alimentación. Se clasifican en relación a la frecuencia (0=no presente; 1=de vez en cuando, menos 1 vez semana; 2=a menudo, alrededor 1 vez semana; 3=con frecuencia, varias veces a la semana; 4=con mucha frecuencia, 1 o más veces al día) y la gravedad (1=leve, 2=moderada, 3=grave), puntuación máxima 144, multiplicando frecuencia X gravedad. Puntuación más alta más gravedad en los síntomas. También mide el distrés que provoca dicho síntoma a la persona cuidadora (0=nada en absoluto; 1=mínimamente; 2=levemente; 3=moderadamente; 4=severamente; 5=muy severamente), puntuación máxima 60 puntos.; el Caregiver Reaction Assessment (CRA), para evaluar las relaciones familiares y el impacto por el hecho de cuidar. Consta de 24 preguntas que evalúa 5 dimensiones: 1) Autoestima, 2) Soporte familiar, 3) Impacto económico, 4) Interferencias en la vida diaria y 5) Impacto en salud. Las respuestas están representadas por una escala Likert: 1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= indiferente, 4= de acuerdo i 5= totalmente de acuerdo.; el Barthel para valorar la dependencia en las actividades de la vida diaria y el Global Deterioration Scale (GDS) para medir la progresión de la enfermedad. Valora 7 estadios de la demencia y son consecutivos (1 al 7). Estadio: 1 adulto normal; estadio 2: Adulto normal de edad; estadio 3: Deterioro cognitivo leve; estadio 4: Enfermedad Alzheimer leve; estadio 5: Enfermedad Alzheimer moderada; estadio 6: Enfermedad Alzheimer moderda-grave; estadio 7: Enfermedad Alzheimer grave. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación con medicamentos (CEIm) y el Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili (IISPV).

3.Resultados: El 100% de les PcD presentan síntomas psicológicos y conductuales. La media es de 7 síntomas (4-11), siendo la apatía (87,9%) el síntoma más prevalente. Los síntomas conductuales como la irritabilidad y la agresividad son los que provocan más gravedad a la PcD (30-40%) y más distrés al cuidador (45%). Se observó una correlación entre los síntomas conductuales y el desgaste del cuidador en algunos síntomas. Las PcD son mujeres (68%) con una edad media de 85 años, y los cuidadores, mayoritariamente son mujeres (85%) con una edad media de 62 años. El 60% de los cuidadores expresan un impacto positivo del proceso de cuidar.

5.Discusión: Los síntomas conductuales y psicológicos son frecuentes en los enfermos con demencia y son causa de sobrecarga

para los cuidadores familiares. Las personas cuidadoras tienen necesidades relacionadas principalmente, con la falta de soporte familiar y de periodos de descanso, probablemente por el desgaste que supone cuidar de una PcD con síntomas conductuales; a pesar de esto se encuentra que están satisfechas de cuidar a su familiar con demencia, probablemente por el vínculo emocional que hay. Implicaciones para la práctica clínica: Desarrollar estrategias de intervención dirigidas a las personas cuidadoras y a las PcD donde se priorice la modificación de los síntomas conductuales, se adapte el entorno; se les brinde soporte y se definan acciones que ayuden a disminuir o minimizar la aparición o gravedad de los síntomas. Profundizar en los desencadenantes que intervienen en la aparición de los síntomas para poder desarrollar estrategias de prevención y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Acosta-Castillo I, Sosa AL, Orozco R, Borges G. (2012). Síntomas neuropsiquiátricos en adultos mayores con demencia y su relación con la severidad de la enfermedad. *Revista de Investigación Clínica*. Jul-Ago; 64(4): 354-363.
2. Alvira MC (2017), Conocer las reacciones de los cuidadores de pacientes con demencia en un contexto español y europeo. (Tesis doctoral). Universidad Jaume I Castellón, España.
3. Cabrera E, Sutcliffe C, Verbeek H, Saks K., Soto-Martin, M. Mey G, Leino-Kilpi H., Karlsson S., Zabalegui A On behalf of the RightTimePlaceCare Consortium. (2015). Non-pharmacological interventions as a best practice strategy in people with dementia living in nursing homes. A systematic review. *European Geriatric Medicine*. Jun;6(2):134-150.
4. García-Alberca JM, Lara Muñoz JP, Berthier Torres M. (2010). Neuropsychiatric and behavior symptomatology in Alzheimer disease. *Actas Españolas de Psiquiatría*. Jul-Aug;38(4):212-222.
5. Gitlin LN, Marx KA, Stanley IH, Hansen BR, Van Haitsma KS. (2014). Assessing neuropsychiatric symptoms in people with dementia: a systematic review of measures. *International Psychogeriatrics*. Nov;26(11):1805-1848.
6. Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Ciencia e Innovación. Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_alzheimer_demencias_pcsns_aiaqs_2011vc.pdf.
7. International Psychogeriatric Association (IPA). Better Mental Health for Older People. IPA_BPSPD_Nurses_Guide_Interior_Online_2012_Final.pdf.
8. Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2014). Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary Expert Panel. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(4), 762–769.
9. Olazarán-Rodríguez J, Agüera-Ortiz LF, Muñoz-Schwochert R. (2012). Psychological and behavioural symptoms of dementia: prevention, diagnosis and treatment. *Revista Neurología*. Nov 16;55(10):598-608.
10. Storti LB, Quintino DT, Silva NM, Kusumoto L, Marques S. (2016). Neuropsychiatric symptoms of the elderly with Alzheimer's disease and the family caregivers' distress. *Revista Latinoamericana de Enfermería*. Aug 15;24:e2751.
11. Toribio E. (2009). Análisis de los Síntomas Psicológicos y Conductuales en los pacientes remitidos a una Unidad de Demencias (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández de Alicante, España.

AUTORES/AUTHORS:

Claudia Bernabéu Álvarez, Marta Lima Serrano, Joaquín Salvador Lima Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

Los grupos de ayuda mutua de cuidadores familiares: sobreesfuerzo, apoyo social y consumo de ansiolíticos.

Objetivos:

Evaluar la influencia que la participación en grupos de ayuda mutua (GAM) tiene sobre el sobreesfuerzo, el apoyo social y el consumo de ansiolíticos en cuidadores familiares.

Los objetivos específicos son:

- Valorar el nivel de sobrecarga en personas cuidadoras tras participar en GAM, en comparación con aquellas que no participan en ellos.
- Comparar la evolución del consumo de ansiolíticos en cuidadores tras participar en GAM frente a los que no lo han hecho.
- Determinar el apoyo social percibido por éstos, tras participar en GAM, en comparación con los que no lo hacen.

Método:

Estudio cuasi-experimental. El ámbito en el que se desarrolla es atención primaria, emplazado en medio urbano y rural. La población de estudio incluye mujeres y hombres mayores de 18 años, que ocupan la mayor parte de su tiempo en cuidar a un familiar dependiente. Para el grupo intervención (GI), se incluyeron personas que durante el período de selección participan en GAM que se desarrollan en centros de salud y en asociaciones, permaneciendo en dichos grupos, al menos, durante seis meses. Se realizó un muestreo por cuotas. La captación para el estudio se hizo por medio de los responsables de cada grupo y en los domicilios de los cuidadores restantes, a través de las enfermeras de familia. La muestra es de 134 cuidadores, 70 del grupo control (GC) y 64 del GI. La variable independiente es la asistencia/ausencia del cuidador/a a GAM. Las variables dependientes son: la sobrecarga del cuidador/a (medida a través del Índice de Esfuerzo del Cuidador), el apoyo social percibido (medida a través del cuestionario MOS) y el consumo de ansiolíticos (variable cualitativa binaria con las opciones sí/no). El estudio se desarrolló en centros de salud y asociaciones en los que se reúnen los GAM (GI) y en los domicilios de los cuidadores que no participan en dichos grupos (GC). Inicialmente, se objetivó el consumo de ansiolíticos y se pasaron los cuestionarios. Transcurridos seis meses, se volvieron a pasar dichos cuestionarios a todos los cuidadores. Se realizó un análisis descriptivo de frecuencias, a través del sistema informático SPSS.

Resultados:

La edad media de la muestra es de 58,43 años. El 91,4% son mujeres en el caso del GC, y el 70,3% en el GI. El sobreesfuerzo por cuidar es del 91,4% en el GC y del 67,2% en el GI, en el pretest, y del 81,5% en el GC y el 44,2% en el GI en el postest. Cuentan con un buen apoyo social el 87,1% del GC y el 65,6% del GI en el pretest, y el 87% del GC y el 90,4% del GI en el postest. Sí consumen ansiolíticos el 41,4% GC y el 34,4% GI en el pretest, y el 46,3% GC y el 30,8% GI en el postest.

Discusión:

Los datos son positivos en el caso del GI, ya que hay un menor esfuerzo por cuidar y, además, en el postest éste disminuye de forma importante en comparación con el GC. El apoyo social permanece inalterable en el GC, pero aumenta considerablemente en el GI, en el postest. El consumo de ansiolíticos es menor en el GI y disminuye en el postest, en contra del GC. Esto tiene repercusiones para la práctica clínica, ya que parece que los GAM son una herramienta efectiva para mejorar la salud emocional de las personas cuidadoras. Este estudio forma parte de una tesis doctoral que se está desarrollando en la Universidad de Sevilla.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Caja, C.B. & Marcos, M.M. (2005). Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. *Nure Investigación*, 11.
- Consejería de Salud de Andalucía (2006). Los cuidados en el Servicio Andaluz de Salud. Anuario 2005.
- Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. BOJA núm. 52. Sevilla, 4 de mayo de 2002.
- Defensor del Pueblo Andaluz (2007). La atención a las personas mayores dependientes en Andalucía. Informe especial al Parlamento.
- Escuredo-Rodríguez, B. (2006). El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. *Index de Enfermería*, v.15 n.52-53.
- Field, A. & Babbie, E.R. (2011). *Discovering statistics using SPSS: (and sex and drugs and rock'n'roll)* (3º ed). London: SAGE.
- García, M.M., Mateo-Rodríguez, I.P. & Eguiguren, A. (2004). El sistema Informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl 1), 132-9.
- Lima, J.S., Lima, M., Saez, A. (2009). Intervenciones Enfermeras Orientadas a la Familia. En: *Enfermería clínica* (Ed. impresa). Vol. 19. Núm. 5. Pag. 280-283.
- Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M.A., Oliveros, M., Palacio, J., Aguirre, D., (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- López Alonso SR & Moral Serrano MS. (2005). Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm Común*, 1(1): 12-17.
- Ministerio de Salud Chile (1986). Carta de Otawa para el fomento de la salud. *Gerontología social*, 8-14.
- Moral Serrano MS, Juan Ortega J, López Matoses MJ & Pellicer Magraner P. (2003). Perfil de riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Atención Primaria*, 32(2): 77-85.

AUTORES/AUTHORS:

Manuel Rich Ruiz, José Hernandez Ascanio, Maria del Carmen Morales del Pozo, Javier Romero Perez, Silvia Luna Morales, Angeles Pastor López

TÍTULO/TITLE:

Abordar el aislamiento social y soledad en mayores desde atención primaria. Propuesta y condicionantes de sostenibilidad

Objetivo: El progresivo envejecimiento en España es una cuestión evidente. Para 2016, la población mayor de 65 años suponía un 18,7% de los cuales casi un tercio superaban los 80 años. Vinculados al envejecimiento están el aislamiento social y de soledad, los cuales son identificados por diferentes estudios como determinantes de salud, equiparables al tabaquismo o el consumo de alcohol y relacionados con ingresos hospitalarios de urgencia, reingresos múltiples, aumento de la sintomatología relacionada con la depresión, el deterioro cognitivo o la progresión de la demencia.

Gran parte de las posibles intervenciones identificadas mediante revisión sistemática se ven incluidas en un programa denominado CARELINK que deja entrever la importancia de la implicación de enfermería. El estudio propone una intervención psicosocial y multicomponente en la que se combinan las visitas domiciliarias y las llamadas telefónicas. Si bien están claros los efectos sobre la salud en estudios de investigación, no está tan clara su efectividad en programas de salud comunitaria de Atención primaria, así como no existen referencias acerca de la posibilidad de ser llevado a cabo de forma eficaz y sostenible dentro de la práctica habitual. Es por ello que este estudio pretende: 1) Identificar los elementos que influyen en la percepción de compatibilidad y sostenibilidad de una intervención sobre el aislamiento social y la soledad; y, a partir de ello 2) Desarrollar una adaptación del modelo de intervención Carelink al entorno sanitario comunitario español.

Método: **Ámbito:** Estudio desarrollado en catorce unidades de gestión clínica de los centros de Atención Primaria del distrito sanitario de Córdoba y Guadalquivir (Provincia de Córdoba); **Diseño:** estudio de investigación etnometodológico; **Participantes:** 30 profesionales sanitarios de diferentes grupos profesionales captados de forma intencional entre los participantes en un proyecto financiado sobre la temática; **Dimensiones:** Las categorías de partida fueron: formas de intervención previas, condicionantes organizativos del sistema formal, condicionantes profesionales /rol del sistema formal, condicionantes personales; **Recogida de información:** se realizaron entrevistas semiestructuradas, entrevistas dialógicas y grupos focales; **Análisis de los datos:** se utilizó el método de las comparaciones constantes.

Resultados: Como resultados encontramos que los principales condicionantes son a) Una cultura organizacional que restringe la disponibilidad de tiempo para el desarrollo de actividades fuera del centro de trabajo y que prima las intervenciones de carácter biomédico frente a otro tipo de intervenciones. b) Además, limitaciones de carácter logístico y estructural como son la dispersión geográfica (los desplazamientos al domicilio de las personas suponen una sobrecarga) y que el teléfono no es accesible para todos los profesionales (no obstante éste aparece como un posible sustituto de visitas para el abordaje a estos problemas). C) Junto a esto, está el hecho de que no esté definido como una intervención dentro de la cartera de servicios es identificado como un condicionante importante, ya que su inclusión haría compatible y sostenible la intervención. D) Así mismo, habría que tener en cuenta condicionantes relativos a la propia competencia (mediada por la formación y por la identidad profesional) de los diferentes profesionales. Se identifica al profesional enfermero como el más idóneo ya que posee mayor formación psicosocial, porque su práctica ofrece mayores oportunidades de identificar estas situaciones, por su accesibilidad y relación cercana al paciente y por identificarlo de forma más significativa con su rol. Así, parece que las enfermeras gestoras de casos disponen de mayores recursos necesarios tales como acceso a teléfono, flexibilidad de agenda, etc. Por último, otra cuestión importante es la motivación profesional (a nivel personal) y el entorno de trabajo (muy influyente en esta motivación).

Tenidos en cuenta estos elementos se acondicionó la intervención en cuanto a frecuencia y duración de la misma, aunque no en

contenido ya que no se identificaron condicionantes en este ámbito. Los resultados apuntan a los profesionales enfermeros como los principales agentes para la acción así como que el éxito de la intervención estará fuertemente condicionada por la motivación personal y del entorno.

Discusión: La ausencia de intervenciones sobre el aislamiento social y soledad en mayores no institucionalizados dentro de programas comunitarios parece justificarse por los resultados del estudio. Sus requerimientos en la localización del cuidado (domicilio de la persona), acceso telefónico y, sobre todo, tiempos, ha condicionado la reducción del programa y la necesidad de un apoyo programado a los profesionales participantes (para evitar la desmotivación).

Implicaciones para la práctica: Los resultados justifican la adaptación del Programa Carelink a nuestro entorno. Además, la comprobación de su eficacia, a la vez que su compatibilidad y sostenibilidad en nuestro sistema, ofrecería una oportunidad para su inclusión en programas de salud comunitarios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cloutier-Fisher D, Kobayashi K, Smith A. (2011). The subjective dimension of social isolation: a qualitative investigation of older adults' experiences in small social support networks. *J Aging Stud.* 25: 407 -414.
- De Jong Gierveld, J., T. van Tilburg y P. A. Dykstra. (2016). Loneliness and social isolation. Pp. 1-30 en *The Cambridge handbook of personal relationships* (2ª ed.), editado por Anita Vangelisti y Daniel Perlman. Cambridge: Cambridge University Press.
- Del Barrio, É., Castejón, P., Sancho-Castello, M., Tortosa, M. Á., Sundström, G. y Malmberg, B. (2010). La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 189-195.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.02.010>
- Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health.* 11:647.
- Findlay, R., & Cartwright, C. (2002). Social isolation & older people: A literature review. Ministerial Advisory Council on Older People.
- Frank, L. et al. (2016). Systematic review of interventions addressing social. *Qual Life Res.* 25:1395–1407. DOI 10.1007/s11136-015-1197
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med.* 7:e1000316.
- Masi CM, Chen HY, Hawkey LC, Cacioppo JT. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev.* 15:219-66.
- Nicholson NR. (2012). A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. *J Prim Prev.* 33:137-52.
- Nicholson NR Jr, y Shellman J. (2013). Decreasing social isolation in older adults: effects of an empowerment intervention offered through the CARELINK program. *Res Gerontol Nurs.* 6:89-97.
- Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation.* Cambridge: MIT Press.
- Wenger, G. C., Davies, R., Shahtahmasebi, S., & Scott, A. (1996). Social Isolation and Loneliness in Old Age: Review and Model Refinement. *Ageing & Society*, 16(3), 333-358. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00003457>

AUTORES/AUTHORS:

ESTHER RUBIO FERNANDEZ, ANA PALOMINO TORRES, M^a TERESA ALONSO TORRES, M^a GLORIA ALONSO DEL OLMO, MONTSERRAT MANGAS RODRIGUEZ, INMACULADA BORT TRAVER, ESTHER FRANQUET BARNILS

TÍTULO/TITLE:

Evaluar el grado de descompensación de los Pacientes Crónicos Complejos y Avanzados sometidos a una cirugía urológica

El progresivo envejecimiento poblacional, el aumento cronicidad compleja, el incremento de la dependencia y la utilización inadecuada de los servicios de salud son factores que están generando tensiones en nuestro Sistema Nacional de Salud (1). Entre 2011 y 2015 surge el Pla de Salut de Catalunya (Ley Orgánica de Salud en Catalunya) (2), que es actualizado en el 2016, dando prioridad a una línea dirigida a un sistema más orientado a los enfermos crónicos, ya que las patologías crónicas suponen actualmente el 80% de la mortalidad y consumen más del 50% de los recursos del sistema sanitario (2-3).

En el marco del programa de prevención y atención a la cronicidad el Departament de Salut de Catalunya, diseña una acción multidisciplinaria, con visión integral central en los pacientes con multimorbilidad, que ingresan frecuentemente, y con criterios de fragilidad, que los identifican como pacientes Paciente Crónico Complejo (PCC) y Modelo Atención Cronicidad Avanzada (MACA) (4-5). Actualmente es identificado un PCC como paciente con patologías crónicas complejas, plurimedicados, con un manejo multidisciplinar, con alto uso de servicios e ingresos, asociados a una fragilidad y con probable decadencia de su estado de manera aguda y/o situaciones psicosociales adversas. Y a un paciente MACA cuando presenta además un pronóstico de vida limitado (menor de 24 meses) y con necesidades paliativas (6).

La Fundación Puigvert, hospital de tercer nivel ubicado en Barcelona, ha perfeccionado las técnicas quirúrgicas en patologías urológicas, realizando intervenciones con procedimientos endoscópicos, laparoscópicos y robóticos. Al mismo tiempo, el servicio de anestesiología se ha adaptado al incremento de estas nuevas tecnologías, desarrollando sistemas de apoyo en anestesiología y reanimación; que han permitido ampliar el número de pacientes intervenidos con edad avanzada y con multipatologías (7-8). Los cuales pueden presentar cuadros clínicos de descompensación en el postoperatorio siendo detentado por el personal de enfermería (9).

Debido al incremento de PCC/MACA ingresados en la Fundación Puigvert, hemos creído relevante el estudio de las descompensaciones de dichos pacientes tras realizárseles una cirugía urológica, por la necesidad de dar respuesta a la demanda que genera la cronicidad en toda su dimensión, manifestando la necesidad de contar para ello con equipos multidisciplinarios, en los que la enfermera cobra cada vez más valor (10-11).

Objetivo principal: Evaluar el grado de descompensación de los PCC/MACA sometidos a una cirugía urológica en la Fundación Puigvert desde enero del 2016 hasta diciembre del 2017.

Métodos

Estudio descriptivo-observacional de tipo exploratorio, retrospectivo y transversal. Muestra formada por 200 pacientes captado en un hospital de tercer nivel, durante el periodo comprendido de enero 2016 a diciembre 2017. En donde se ha analizado la descompensación que presentan los pacientes PCC/MACA tras una cirugía urológica. Dicha variable ha sido medida con el registro de las patologías que presenta dichos pacientes al ingreso y la posterior descripción de las posibles descompensaciones como hemodinámicas, respiratorias, endocrinas, neurológicas, urológicas etc. asociadas a las patologías crónicas y complicaciones postoperatorias recogidas por enfermería en sus registros de enfermería tras la cirugía realizada y hasta el alta hospitalaria. Además otras variables de interés como antropométricas, sociodemográficas y clínicas. Se han utilizados Test validados como el Índice

Barthel, el Test Pfeiffer y la Escala Norton para identificar los perfiles de los pacientes PCC/MACA (12-16).

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.22.0.

Resultados

Registro de 200 pacientes: 93% PCC y 7% MACA. El 24% mujeres y 76% hombres, con una media 76,7 años (DE: 10,62). La media de días de ingreso 5,3 por cirugía y una media 8,4 nº fármacos que consumen diariamente. Siendo las patologías más predominantes las cardiovasculares con un 86% en enfermos pluripatológicos. En donde las cirugías urológicas más prevalente son las oncológicas con 53,5%. Y las patologías que se descompensan tras una cirugía urológica son las complicaciones urológicas con 16% y las endocrinas (factor de riesgo DM) con 10,5 %.

Discusión

Dirigir un plan de cuidados de enfermería para los pacientes PCC/MACA sometidos a una cirugía urológica tras posibles descompensaciones supone una oportunidad para la Enfermería estar allí donde se precisa de cuidados avanzados, realizados por profesionales con competencias clínicas avanzada y reconocidas, para llevar a cabo la gestión de casos, el seguimiento y control para los pacientes PCC/MACA. Siendo indicadores significativos como primera causa las patologías cardiovasculares para intervenciones preventivas en el plan de cuidados de enfermería, en donde las enfermeras desempeñen diversos roles (gestoras de casos, enfermeras de enlace, enfermeras de práctica avanzada etc.).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
2. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2012.
3. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2017.
4. Alba M. A. La atención domiciliaria ocupa el 65 % de la jornada diaria. Rev. Enferm. Facultativa. 2014; 179: 8-11.
5. Monterde D, Vela E, Clèries M. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2015.
6. Figuerola M, Isnard M, Ríos A, Ordorica Y, Urrutia A, de la Fuente J. Programad'atenció integral i gestió de cas per el pacient crònic complex i el pacient amb malaltia crònica Avançada. Vidre i mirall: selecció d'iniciatives presentades a al 3ª jornada del Pla de salut de Catalunya.
7. Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. Atención Primaria. 2012; 44 (2):107-13.
8. Cusano A, et al. Surgical complications associated with robotic urologic procedures in elderly patients. Can J Urol. 2015; 22(1):7607-13.
9. Mitropoulos D, et al. Notificación y clasificación de complicaciones después de procedimientos quirúrgicos urológicos: una evaluación y recomendaciones del panel de guías clínicas de la EAU. Actas Urol Esp. 2012.
10. Selph JP, et al. Metabolic syndrome as a predictor for postoperative complications after urologic surgery. Urology. 2014; 83(5):1051-9.
11. Gual N, et al. Perfil y evolución de pacientes crónicos complejos en unidades de subagudos. Atención Primaria. 2017; 49(9):510-17.
12. Romanos B, Casanova N. La escala Norton modificada por el INSALUD y sus diferencias en la práctica clínica. Scielo. 2017;

- 28(4).
13. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J.* 1965; 14: 61-5.
 14. Cid J, Damián J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Pública.* 1997; 71 (2).
 15. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23 (10):433-41.
 16. Martínez de la Iglesia J et al. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc).* 2001; 117 (4):129-34.

AUTORES/AUTHORS:

ESTHER RUBIO FERNANDEZ, ANTONIO TORRES QUINTANA, AURORA ROSINO BOSCH, M^a ROSA FAJAS ARMEGÍ, M^a ANTONIA MARTINEZ MOMBLAN

TÍTULO/TITLE:

Sobrecarga del cuidador no institucional del paciente crónico complejo y crónico avanzado (MACA) con el Test de Zarit

En los últimos años en España, ha habido un aumento de esperanza de vida, unas mejoras en salud pública y atención sanitaria, generando un patrón epidemiológico representado por las enfermedades crónicas. Dichas enfermedades son de larga duración y generalmente de progresión lenta, además conllevan una limitación en la calidad de vida de las personas afectadas y de las personas cuidadoras. Como consecuencia de estos cambios demográficos y epidemiológicos, el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha tenido que dar respuesta a una creciente demanda de servicios y a necesidades cada vez más diversificadas, con el consecuente incremento en la actividad sanitaria y en la utilización de recursos.

Este aumento de la dependencia y de las enfermedades crónicas, requiere un modelo de trabajo basado en equipos multidisciplinares, donde tenga más importancia el «cuidar» que el «curar». Los pacientes crónicos complejos (PCC) son, según la definición descrita en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, aquellos que presentan mayor complejidad en su manejo, al presentar necesidades cambiantes que obligan a revalorizaciones continuas y hacen necesaria la utilización ordenada de diversos niveles asistenciales y requieren cuidados continuados y continuidad en los cuidados. Y al paciente crónico avanzado (MACA) cuando además requiera cuidados paliativos.

Por tanto, consideramos que los cuidados no institucionales son fundamentales en la atención domiciliaria, siendo los profesionales los que tienen contacto directo y frecuente con las personas cuidadoras de los pacientes, que en su mayoría son mujeres. Estos son conocedores de la carga de trabajo que sufren y las repercusiones que sobre en su salud y sobre sus actividades laborales, económicas y sociales debido a la dedicación de los cuidados. Definiremos al cuidador principal como la persona, habitualmente un familiar directo, que convive y mantiene la responsabilidad de proveer atención y cuidados que un paciente necesita cuando la capacidad de cuidado del mismo está disminuida.

Objetivos

El objetivo principal fue determinar el grado de sobrecarga del cuidador principal de pacientes identificados como paciente crónico complejo (PCC) y modelo a la atención crónica avanzada (MACA), asistidos en dos Centro Urgencias Atención Primaria (CUAP). Los objetivos secundarios fueron enfocados a la consecución del objetivo principal y a aumentar el grado de conocimientos sobre el tema de estudio.

Métodos

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Muestra formada por 271 cuidadores no institucionales de pacientes PCC y MACA del CUAP de Cerdanyola /Ripollet y del CUAP de S. Fèlix de Sabadell del Vallès Occidental (Barcelona), durante el período comprendido de diciembre de 2015 a noviembre de 2016. En los que se ha analizado el grado de sobrecarga del cuidador no institucional, la dependencia en pacientes PCC/MACA y otras variables de interés como antropométricas, sociodemográficas y clínicas. Se han utilizado tests validados como el Test Zarit e Índice Barthel. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.22.0.

Resultados

Muestra formada por 271 cuidadores no instituciones de paciente PCC y MACA. Parentesco del cuidador: 36.5% pareja, 57.6%

hijos, 3% hermanos, 1.1% nietos, otros cuidadores (amigos, vecinos,...) 1.8%. Sexo del cuidador. 53% mujeres y un 47% hombres. Edad media del cuidador: <70a (19%), 71-85a (61,4%), >85 (19,6%). Edad media del paciente 81,8
Test Zarit que mide la sobrecarga del cuidador tiene: Media 54 [DE 40-65], presentando una sobrecarga intensa 43% en el cuidador principal.
Índice Barthel que mide la dependencia del paciente tiene: Media 85 [DE 65-100], presentando una dependencia severa 24,2% en los PCC/MACA.

Discusión

La implicación de la familia o del cuidador principal es esencial para el manejo del paciente PCC/MACA. Esta implicación se puede ver modificada por la sobrecarga del cuidador principal, por tanto es primordial evaluar la sobrecarga de este y poner en marcha un plan de cuidados dirigido al cuidador con el objetivo de disminuir esta sobrecarga consiguiendo así mejores cuidados para el paciente PCC/MACA.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Fernández Moyano A, Machín Lázaro JM, Martín Escalante MD, Aller Hernández MB, Vallejo Maroto I. Modelos de atención al paciente pluripatológico. Rev Clínica Esp. 2017; 217 (6): 351-8.
2. Sánchez-Martín I. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enferm. Clín. 2014; 24(1): 79-89.
3. Ministerio de Sanidad e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
4. Bengoa Rentería R. El reto de la cronicidad en España: mejor transformar que racionar. Gac Sanit .2015 ;29(5): 323-5.
5. Lapeña-Moñux YR, Palmar Santos AM, Martínez González O, Macià Soler ML, Orts Cortes MI, Pedraz Marcos A. La enfermera ante el reto de la gestión del paciente crónico complejo. Rev ROL Enferm. 2017; 40(2): 130-6.
6. Torres M, Fabrellas i Padrès N, Solà Pola M, Rubio Merchán A, Camañes García N, Berlanga-Fernández S. Un modelo de atención integral al paciente crónico complejo. Rev ROL Enferm. 2015; 38(3): 42-6.
7. Martínez Marcos M, De la Cuesta Benjumea C. La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. Aten Primaria. 2016; 48 (2):77-84.
8. Rodríguez-González AM et al. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. Aten Primaria. 2017; 49 (3):156-65.
9. Pérez-Cruz M, Muñoz-Martínez MA, Parra-Anguila L, Del-Pino-Casado R. Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. Aten Primaria. 2017; 49 (7): 381-8.
10. Crespo M, Rivas MT. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. Clínica y Salud I. 2015: 9-15.
11. Navarro-Abal Y, López-López MJ, Climent-Rodríguez JA, Gómez-Salgado J. Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. Gac Sanit. 2017; 1555: 1-4.
12. Arcos-García CM, Rubio-Hernández A, Nieto-Alcaraz R. La comunicación con el familiar del paciente dependiente. Actuación de enfermería. Rev Esp Comun Salud. 2016; 7(2): 324 -30.

AUTORES/AUTHORS:

HÉCTOR CUCALÓN IZQUIERDO, HILARIO HERNÁNDEZ OVEJERO, BEATRIZ RUBIO RUIZ, JOSÉ LUIS MELÉNDEZ EUGENIO, CARLA LORENZELLI RECUERO, ELENA CHAMORRO REBOLLO

TÍTULO/TITLE:

“SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA EN SERVICIOS DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID”

Introducción y objetivos: el estrés es una respuesta que genera el organismo ante situaciones en las que el individuo percibe no disponer de los recursos necesarios para su resolución. En su aparición inciden factores físicos y emocionales. Cuando se desarrolla en el medio laboral puede favorecer la irrupción del síndrome de burnout, que cursa con irritabilidad, ansiedad, cefaleas e insomnio. La actividad sanitaria puede generar burnout en los profesionales, existe mucha información sobre el burnout en el ámbito de la atención primaria y especializada, si bien no hay mucha información disponible en el ámbito de la emergencia prehospitalaria. El objetivo principal del trabajo fue cuantificar la presencia de burnout en los enfermeros de estos servicios, describir los grupos de estresores de enfermería más habituales en los profesionales de los sistemas de emergencias de la Comunidad de Madrid e identificar los servicios de emergencias que generan más estrés en estos profesionales.

Material y método: se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal de metodología cuantitativa. Se distribuyó un cuestionario mixto que incluía el formulario validado Maslach Burnout Inventory y una adaptación propia de los estresores laborales de enfermería en los servicios de emergencias prehospitalarias. El criterio de inclusión para la participación en el estudio fue ser profesional de enfermería en activo que prestaba sus servicios en un sistema de emergencias prehospitalarias en la Comunidad de Madrid.

Resultados y discusión: 91 profesionales participaron en el estudio. En las esferas del formulario MBI obtuvieron un 33% de puntuaciones altas en cansancio emocional y un 52,7% en despersonalización. Por otro lado, un 31,87% reflejaron puntuación baja en realización personal. El 15,4% de los profesionales presentaron una puntuación indicativa de burnout en la escala MBI, coincidente con su mayor puntuación en los estresores de enfermería. Algunos de los factores que pudieron influir en los resultados fue el turno de trabajo, siendo el turno de 17 horas aquel que presentaba menor burnout, así como el ámbito donde desarrollaban sus funciones, observando mayor estrés en las entidades privadas, seguido de SAMUR-PC y SUMMA 112, así como las condiciones inherentes al trabajo en el medio extrahospitalario, como son la incertidumbre en el lugar de actuación, el desconocimiento de los antecedentes personales de los pacientes, estrés generado al priorizar la atención en caso necesario, aumento del riesgo de accidente de tráfico en el desplazamiento, así como disponer de material limitado en la unidad.

Implicaciones para la práctica clínica: un porcentaje significativo de los profesionales de la muestra presentaron burnout, este síndrome debe ser también contemplado en los profesionales de la emergencia prehospitalaria. Se deberían implementar medidas de detección precoz de profesionales de la emergencia prehospitalaria afectados por el síndrome de burnout para su inclusión en programas de abordaje específico, así como diseñar estrategias de prevención. Además de ponderar la aplicación del turno de 17 horas como factor protector, incluso siendo el profesional quien elija el turno.

PALABRAS CLAVE: “burnout professional”, “enfermería”, “atención en emergencias”.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Más Pons R, Escribà Agüir V. La versión castellana de la escala "The nursing scale". Rev Esp Salud Pública [Internet].1998 [consultado 02 Nov 2017]; 72(6):529-538. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL72/72_6_529.pdf.
2. Gil-Monte P.R, Peiró. J.M. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones. 2000; 16 (2): 135-149.
3. Maslach C, Jackson S. Inventario Burnout de Maslach. Manual. Madrid: TEA Ediciones S.A; 1997.
4. Gil-Monte. P.R, Peiró. J.M. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. Psicothema. 1999; 11(3): 679-689.
5. Ríos Riesquez Mª I, Godoy Fernández C. Burnout y salud percibidos en una muestra de enfermería de Urgencias. Ciberrevista. 2007; Noviembre. Disponible en: http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2007/noviembre/burnout.pdf.
6. Sánchez A, Sierra Ortega P, Manuel V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. Enfermería Global. 2014; 13 (33): 252-266.
7. Fidalgo Vega M. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención. Disponible en : http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf
8. Recurso de Casación para la unificación de la doctrina número 6590/2003. Interpuesto por Don Luis M. Z contra la Sentencia de fecha 11/11/2003, del TSJ del País Vasco.
9. Sanjuan Estallo, Arrazola Alberdi L, García Moyano O, María L. Prevalencia del Síndrome del Burnout en el personal de enfermería del Servicio de Cardiología, Neumología y Neurología del Hospital San Jorge de Huesca. Enfermería Global. 2014; 13 (36): 253-264.
10. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6ª EWCS-España. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT); 2017. 272-17-019-4.
11. Caballero Martín M.A, Bermejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Atención Primaria. 2001; 27 (5): 313-317

AUTORES/AUTHORS:

Alberto Granero Lázaro, Lucía Baranda Areta, Joan Conesa Garrido, Núria Cuxart Ainaud, Montserrat Martínez Govern, Albert Tort Sisó, Sílvia Bardalet Viñals, Miquel Àngel Calderó Solé, Estrella Martínez Segura

TÍTULO/TITLE:

Estilos y hábitos de vida relacionados con la salud de las enfermeras de Cataluña.

1.- OBJETIVO/S

Analizar los hábitos y estilos de vida que tienen una repercusión directa en la salud de las enfermeras de Cataluña.

2.- MÉTODOS

El diseño del estudio fue descriptivo y transversal.

Los sujetos participantes fueron 2258 enfermeras colegiadas en Cataluña, siendo la población de 42391.

El instrumento utilizado para la recogida de datos fue la "Encuesta de salud, estilos de vida y condiciones de trabajo" autoadministrada on line. Los datos fueron obtenidos por el trabajo conjunto entre Fundación Galatea y el "Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya".

La participación fue voluntaria y anónima.

El muestreo fue consecutivo accidental.

Las variables analizadas fueron: hábitos alimentarios, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol y horas de sueño.

Se utilizó el programa SPSS versión 23 para el tratamiento estadístico de los datos. En las variables cuantitativas se calculó la media y en las cualitativas el porcentaje.

3.- RESULTADOS

Entre los estilos y hábitos de vida de las enfermeras destacamos:

• Hábitos alimentarios:

o La media de raciones de fruta y verduras diarias fue de 2,73. Un 45,7% tomaban 2 o menos raciones de fruta, un 25,9% tomaban 3, un 18,2% tomaban 4 y un 10,2% tomaban 5 o más.

o Las comidas realizadas fueron: desayuno a primera hora (72,6%), desayuno a media mañana (37,5%), comida (83,5%), merienda (20,3%) y cena (85,6%).

o Un 86,4% realizaban como mínimo 3 comidas diarias. Un 21,5% tomaban 5.

o Un 23,1% de las enfermeras valoraron que sus hábitos alimentarios eran nada o poco saludables.

o Un 47,7% consideraron que las condiciones de trabajo afectaban bastante o mucho a los hábitos alimentarios.

• Actividad física (AF): un 42,5% realizaba AF intensa, un 21,7% moderada, un 28,8% ligera y un 6,9% sedentaria.

• Consumo de tabaco:

o Un 49,6% no había fumado nunca, un 29% eran exfumadoras, un 6% eran fumadoras ocasionales y un 15,3% eran fumadoras diarias.

o Fumaban más los enfermeros (30,3%) que las enfermeras (20,4%).

o La prevalencia de fumadores decrecía con la edad, siendo en menores de 40 años un 25,1% y a partir de los 60 un 12,3%.

• Consumo de alcohol: Un 14,4% no eran bebedores, un 79,3% eran bebedores de bajo riesgo y un 6,3% eran bebedores de riesgo.

El consumo de riesgo aumentaba con la edad, siendo un 8,6% a partir de los 60 años.

• Horas de sueño: Un 37,2% dormían 6 horas o menos. La media de horas de sueño diario fue de 6,72.

4.- DISCUSIÓN

La recomendación de la OMS de comer 5 raciones de fruta o verdura diarias no es seguida por la mayoría de las enfermeras. La media de raciones diarias de las enfermeras (2,7) es inferior a la de la población catalana del mismo grupo social (3,2).

El consumo de tabaco de las enfermeras (21,3%) es inferior respecto al de la población catalana del mismo grupo social (31,3%), pero es superior respecto a los médicos (19,3%) y farmacéuticos (13,6%) catalanes.

La prevalencia de bebedores de riesgo es más elevada en las enfermeras (6,3%) que en la población general (3,7%), pero es inferior a la de los médicos (10%).

Los hábitos de AF entran dentro de los parámetros que la OMS considera como saludables y son similares a los de la población general del mismo grupo social.

La media de horas diarias de sueño de las enfermeras (6,72) es inferior a la población general del mismo grupo social (7,3). Una tercera parte de las enfermeras duermen por debajo del tiempo considerado como saludable.

Los hábitos de vida saludables en general son similares a los de la población general, pero tienen un amplio margen de mejora. Las condiciones de trabajo de las enfermeras parecen favorecer algunos de los hábitos y estilo de vida poco saludables.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.- Baranda L, Granero A, Cuxart N, Conesa J, Martínez M, Mitjans A et al. Estudio sobre la salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de las enfermeras y enfermeros de Cataluña. Fundación Galatea, 2017.

AUTORES/AUTHORS:

Alberto Granero Lázaro, Josep Maria Blanch Ribas, Juan Francisco Roldán Merino, Igor Merodio Ruiz, Alejandra Rubio García, Elena Canta López, Marta Olivares Obis, Judith Balaguer Sancho, David Fernández Otero

TÍTULO/TITLE:

Significado del trabajo para las enfermeras en relación con las Condiciones de trabajo.

1.- OBJETIVO/S

Analizar la relación entre la valoración cuantitativa que las enfermeras hicieron de sus condiciones de trabajo (CT) y los significados que dieron a su propia experiencia laboral.

2.- MÉTODOS

El diseño fue mixto (cuantitativo y cualitativo), descriptivo y transversal.

Las participantes fueron 1760 enfermeras de la provincia de Barcelona en situación o disposición activa de trabajo.

El instrumento utilizado fue el cuestionario de Condiciones de Trabajo (c-CT)¹ y la pregunta abierta escriba las palabras clave que le vengan a la mente cuando piensa en su trabajo, que valoraba el Significado del Trabajo (ST) mediante 5 palabras clave que definieran la propia experiencia laboral.

Las variables estudiadas fueron las Condiciones de Trabajo (CT) y el Significado de Trabajo (ST). En las variables cuantitativas se calculó la media y la desviación estándar (DE) y en las cualitativas el porcentaje. Se realizó un análisis descriptivo de las CT y un análisis textual del ST. Para determinar las relaciones entre el ST y las CT se realizó un análisis de correspondencias.

3.- RESULTADOS

Las CT fueron valoradas con una media de 5,8 DE 1,6 en un rango de 0 a 10.

El corpus de la variable ST estuvo formado por 8043 formas léxicas distribuidas en 31 categorías. Las formas léxicas de índole negativa fueron 3063 (38,1%) y las de índole positiva 4980 (61,9%).

El análisis de correspondencia mostró tres agrupaciones de formas léxicas que definieron el ST para los que tenían:

- CT óptimas que lo asociaron a términos como autonomía, realización y bienestar;
- CT buenas que lo asociaron a términos como satisfacción, oportunidades, compañerismo, vigor, eficacia, buenas condiciones socioeconómicas, compromiso, responsabilidad, competencias, ética, cuidar, reconocimiento económico y reconocimiento;
- CT malas que lo asociaron a términos como agotamiento, trabajo inapropiado, clima negativo, desorganización de tareas, sobrecarga, malas condiciones socioeconómicas, poco reconocimiento, malestar, injusticia, cinismo organizacional, insatisfacción, mala gestión, falta de recursos e ineficacia.

Las CT pésimas asociaron el ST a la despersonalización.

4.- DISCUSIÓN

El análisis de correspondencias evidenció una alta coherencia entre la valoración numérica de las CT y los significados de la experiencia laboral aportados por las enfermeras que participaron. Destaca que las enfermeras piensan en términos relativamente positivos, indicando aspectos a proteger y fortalecer, pero también identifican carencias, deficiencias y disfunciones en el diseño, la organización y la gestión del trabajo y de las condiciones del ejercicio profesional. La información obtenida plantea desafíos para la reflexión y señala caminos para la promoción de los aspectos positivos y la prevención de los aspectos negativos en las condiciones del trabajo de enfermería.

La valoración moderadamente positiva de las condiciones de realización de la propia experiencia laboral es concordante con lo

recogido por informes actuales sobre calidad de vida laboral en general², sobre la relativa al sector sanitario en particular³⁻⁶ y sobre la centrada específicamente en el ámbito de la enfermería⁷⁻⁹. También lo es la referida al lado oscuro de las características y tendencias contemporáneas en cuanto a las condiciones de trabajo en general como factores de riesgo psicosocial¹⁰⁻¹¹ y de malestar laboral en el trabajo asistencial de cuidado de la salud¹².

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Blanch JM, Sahagún M, Cervantes G. Estructura factorial de la Escala de Condiciones de Trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*. 2010; 26 (3):175-189.
2. Eurofound. Primeros resultados; Sexta Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo. [Internet]. Dublin: Eurwork; 2016 [citado 22 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/es/publications/resume/2015/working-conditions/first-findings-sixth-europe>.
3. Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, et al. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *Int J Qual Heal Care*. 2011;23(4):357-64.
4. Blanch JM. Calidad de vida laboral en hospitales y universidades mercantilizados. *Papeles del Psicólogo*. 2014;35(1):40-7.
5. Ochoa PJ. Significado del trabajo en la profesión médica. Un estudio iberoamericano. *Universitat Autònoma de Barcelona*; 2012.
6. Ochoa P, Blanch JM. Work, malaise, and well-being in Spanish and Latin-American doctors. *Rev Saude Publica*. 2016;50(21):1-14.
7. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012;344:e1717.
8. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van Den Heede K, Sermeus W, RN4CAST Consortium. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):143-53.
9. Cortese CG, Colombo L, Ghislieri C. Determinants of nurses' job satisfaction: the role of work-family conflict, job demand, emotional charge and social support. *J Nurs Manag*. 2010;18(1):35-43.
10. EU-OSHA. Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks [Internet]. *Www.Healthy-Workplaces.Eu*. 2014 [cited 2017 Mar 23]. Available from: <https://www.healthy-workplaces.eu/es/tools-and-resources/publications>
11. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Sixth European Working Conditions Survey. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016.
12. Faller MS, Gates MG, Georges JM, Connely CD. Work-related burnout, job satisfaction, intent to leave, and nurse-assessed quality of care among travel nurses. *J Nurs Adm*. 2011;41(2):71-7.

POSTER 6**AUTORES/AUTHORS:**

María Gil Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

Plan formativo específico para la mejora de la calidad de vida en pacientes ileostomizados

1. OBJETIVOS:**GENERAL:**

•Comparar la calidad de vida de los pacientes ileostomizados tras participar en un programa de seguimiento específico frente a aquellos que hacen el seguimiento habitual.

ESPECÍFICOS:

- Comparar la autonomía de los pacientes ileostomizados según el seguimiento recibido.
- Comparar el grado de adaptación y el manejo de la ileostomía según el seguimiento recibido.

2. MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizará un estudio experimental, en el que el grupo experimental seguirá un programa de seguimiento especializado para pacientes ileostomizados en su centro de salud, que incluye sesiones de educación para la salud impartidas por un equipo multidisciplinar formado por una enfermera experta en estomaterapia y su enfermera habitual del centro de salud. Por otro lado, el grupo control lo conformarán pacientes ileostomizados con el seguimiento postoperatorio habitual llevado a cabo por parte de una enfermera estomaterapeuta en su hospital de referencia.

Ámbito del estudio:

El estudio se llevará a cabo en el Centro de Salud Emigrantes, dependiente del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid) que, en 2013, atendió a 89 pacientes ileostomizados (Hospital Universitario Ramón y Cajal: Dirección de enfermería, investigación, docencia y calidad, 2014). Ubicado en el distrito de Hortaleza, el Centro de Salud Emigrantes acoge aproximadamente a una población total de 227.338 personas (mayoritariamente mujeres de entre 30 y 60 años de los distritos de Hortaleza y Barajas) (Ayuntamiento de Madrid, 2017).

Variables del estudio:**- Variables dependientes:**

La calidad de vida, la autonomía y la adaptación y manejo del estoma por parte del paciente, medidas a través de la escala EuroQoL-5D de calidad de vida relacionada con la salud, el índice de Barthel y la escala hospitalaria de ansiedad y depresión, respectivamente.

- Variables independientes:

Programa de seguimiento específico del paciente ileostomizado: variable cualitativa dicotómica

- Variables sociodemográficas:

Edad de los pacientes: 18- 100 años: variable cuantitativa continua

Sexo: hombres y mujeres: variable cualitativa dicotómica.

La población del estudio serán hombres y mujeres intervenidos con resultado de ileostomía en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, entre los meses de enero-junio de 2019.

Criterios de inclusión:

Intervención con resultado de ileostomía permanente.

Disponibles o con predisposición para que el seguimiento de la ileostomía pudiera hacerse en el Centro de Salud Emigrantes. Independientes, no institucionalizados.

Pacientes que han expresado por escrito su consentimiento de participación en el estudio.

Pacientes mayores de edad.

Criterios de exclusión:

Intervenciones de urgencia.

Personas que no siguen el programa completo del estudio.

Personas que ya han portado o siguen portando estomas como resultado de intervenciones previas.

Pacientes que no saben leer o escribir.

La muestra de partida del estudio serán 72 pacientes ileostomizados en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de los que habrá que determinar cuántos de ellos cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, y, posteriormente, se determinará de forma aleatoria si su seguimiento se realizará en la consulta de estomaterapia del hospital o según las sesiones programadas en el Centro de Salud Emigrantes.

Se prevé entre un 10% y un 20% de pérdidas.

La enfermera estomaterapeuta en el hospital informará a los pacientes del estudio acerca del proyecto en la consulta preoperatoria, les proporcionará el consentimiento informado. En el caso de que firmen su participación en el proyecto, los pacientes serán derivados para su seguimiento, tras la cirugía, de manera aleatoria, al centro de salud (grupo de intervención), o mantendrán su seguimiento habitual en la consulta de estomaterapia del hospital (grupo control). A los pacientes derivados para su seguimiento al centro de salud, les proporcionará un calendario con las sesiones formativas y una hoja explicativa con lo que se hará en cada sesión.

Recogida de datos:

Durante el proyecto, en la consulta de estomaterapia del hospital se llevará a cabo el procedimiento habitual de seguimiento del paciente ostomizado. Este consiste en un mínimo de cuatro consultas (pre-quirúrgica, 15 días después del alta, 1 mes, y 3 meses después del alta hospitalaria)(Pérez García & Ramos Mateos, 2014).

Los pacientes derivados aleatoriamente al centro de salud tras una primera visita en la consulta de estomaterapia del hospital preoperatoria, asistirán a unas sesiones formativas grupales e individuales impartidas de lunes a viernes en el centro de salud. Se administrarán los instrumentos de medida a los pacientes atendidos en el centro de salud, en las sesiones 1, 4 y 9, y, a los pacientes atendidos en el hospital, se les entregarán en la 2ª, 3ª y 4ª consulta. Los resultados serán posteriormente evaluados y comparados al finalizar el estudio.

Limitaciones:

Los pacientes podrían tener confianza con la estomaterapeuta del hospital y que opte porque su seguimiento se realice ahí. Es un proyecto largo, por lo que hay muchas probabilidades de abandono.

Beneficios:

Mejora de la atención a pacientes ileostomizados, aumentar su calidad de vida, autonomía y grado de adaptación, suponiendo un avance en su cuidado y atención.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alcaraz Castañeda, G.; Fernández Fernández, P.; Granados Pérez, M.; Pares Silva, C.; Casas Volta, N. & Iborra Obiols, M. I. (2016). Programa de educación terapéutica dirigido al paciente ostomizado. 23
- Alonso Basaguren, V. (2016). Cuidados enfermeros a pacientes portadores de colostomía. Universidad de La Rioja, Logroño.
- Arenas Villafranca, J. J. (2015). El alto débito por la ostomía: Implicaciones clínicas, detección y manejo. Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. Departamento de Farmacología, Granada.
- Andrés Martín, L. (2016). Impacto psicológico y social de una colostomía en el paciente desde el enfoque de enfermería. Trabajo de fin de grado. Universidad autónoma de Madrid. Grado de Enfermería, Madrid.
- Armentia Ávila, N. (2015). Atención integral al paciente portador de ileostomía. Trabajo de fin de grado. Universidad de La Rioja, Escuela Universitaria de Enfermería, Logroño.

- Ayuntamiento de Madrid. (2017). Distritos en cifras (información de barrios). Recuperado el 26/01/18 de <http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Estadistica/Distritos-en-cifras/Distritos-en-cifras-Informacion-de-Barrios-?vgnextfmt=default&vgnextoid=0e9bcc2419cdd410VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnextchannel=27002d05cb71b310VgnVCM1000000b205a0aRCRD>
- Bodega Urruticoechea, C., Marrero González, C. M., Muñíz Toyos, N., Pérez Pérez, A. J., Rojas González, A. A., & Vongsavath Rosales, S. (2013). Cuidados holísticos y atención domiciliaria al paciente ostomizado. *ENE Revista de Enfermería*, 7(3). Recuperado el 04/01/18 de <https://search?q=cache:QtJi7nZeRB0J:ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/download/262/pdf>
- Campillo Martínez, J. (2015). Estudio "Stoma life". Calidad de vida en los pacientes ostomizados un año después de la cirugía. *Metas Enfermería*, 18(8), 25-31. Recuperado el 05/12/17 de <https://medes.com/publication/104673>
- Cancio López, S., Coca, C., Fernández de Larrinoa, I., Serrano Gómez, R., & García Goñi, M. (2015). Estudio coste-efectividad de la atención especializada en ostomía. 4º Congreso Nacional de Enfermería en Cirugía: Humanización y Evidencia en los Cuidados. Alicante: Instituto Antae, Promotor: Hollister Ibérica, S.A. Obtenido de http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/EstudioOstomias.pdf el 12/11/17.

POSTER 10**AUTORES/AUTHORS:**

Andrea Roperó Sánchez

TÍTULO/TITLE:

ACOSO ESCOLAR. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Introducción: El acoso escolar, bullying o violencia entre iguales es un fenómeno extendido que afecta a miles de niños, niñas y adolescentes en todo el mundo. Aunque realmente no se trata de una problemática novedosa, en los últimos años ha adquirido gran relevancia mediática y social. Resulta evidente que el acoso escolar es un grave problema actual de gran impacto social.

Objetivos: GENERALES. Conocer el impacto que tiene el acoso escolar en la salud de los niños, niñas y adolescentes que lo sufren. Sensibilizar al profesional de enfermería para una detección e intervención precoz. ESPECÍFICOS. Reconocer signos y síntomas de acoso escolar en la víctima. Analizar el papel de los profesionales sanitarios, y en especial de enfermería. Definir líneas estratégicas de actuación frente al acoso escolar.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática en siete bases de datos: Pubmed, Dialnet, Trip Database, SciELO, Biblioteca Cochrane Plus, CUIDEN y LILACS. La pregunta PICO que orientó la investigación fue: ¿repercute el acoso escolar en la salud de los niños, niñas y adolescentes que lo sufren? Los criterios de inclusión fueron: población infantil y adolescente, publicación en los últimos 5 años (2013-2018) e idioma español, inglés o francés. Los criterios de exclusión fueron: no disponible texto completo y acceso de pago. Mediante las estrategias de búsqueda y los filtros disponibles, se localizaron 485 publicaciones, de las cuales 32 formaron parte del estudio. La calidad metodológica de los artículos seleccionados fue evaluada mediante la escala de Jadad para ensayos clínicos y otros criterios no estandarizados. El análisis de la información fue de tipo cualitativo y descriptivo.

Resultados: Sufrir acoso escolar se relacionó con manifestaciones clínicas de tipo físico (lesiones inexplicables, dolor, trastornos del sueño, mareos y desmayos, enuresis secundaria, cambios de peso y tendencia al sobrepeso y la obesidad, vómitos, náuseas, trastornos fisiológicos y otros), psicoemocional (ansiedad, depresión, emociones, trastornos alimenticios, trastornos mentales y psicológicos y nivel de salud, bienestar y calidad de vida subjetivamente menor) y conductual (conductas autolesivas, ideación, comportamiento o intento suicida y suicidio, consumo de sustancias, conductas antisociales, introversión social y aislamiento personal / social, conductas agresivas y violentas, problemas académicos, disfuncionalidad familiar, TDAH e inicio precoz y/o sin protección de relaciones sexuales).

El papel de los profesionales sanitarios, y en especial de enfermería, en el acoso escolar consiste fundamentalmente en prevenir, detectar, intervenir, evaluar, hacer seguimiento de los casos y, formarse y concienciarse, para así asesorar, informar y sensibilizar a la comunidad educativa.

Las principales estrategias de actuación son: conseguir un abordaje integral, coordinado, intersectorial, multidimensional y multidisciplinar, promover habilidades sociales, comunicativas y emocionales en los estudiantes, mejorar la calidad de las relaciones sociales establecidas por los estudiantes, sistematizar y estandarizar la asistencia enfermera y diseñar intervenciones, programas y protocolos de actuación fundamentados en la evidencia científica.

Conclusiones: El acoso escolar repercute inequívocamente en la salud, integridad y desarrollo biopsicosocial de los niños, niñas y adolescentes que lo sufren. Todos los ámbitos comprometidos (individual, familiar, educativo, sanitario, institucional, comunitario, etc.) deben asumir sus competencias al respecto y trabajar en equipo. Enfermería tiene la responsabilidad moral y profesional de proteger a las víctimas de bullying / cyberbullying y ofrecerles un ambiente escolar seguro y saludable. No hay duda, los enfermeros tienen un papel clave en la prevención, detección y futura erradicación de este fenómeno. Como implicación práctica, destaca la integración de la enfermera en el ámbito escolar.

Palabras clave: acoso escolar, ciberacoso escolar, salud, niño, adolescente, enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Córdoba 2018. - 22nd International Nursing Research Conference. Córdoba 2018.

- Gini G, Pozzoli P. Bullied Children and Psychosomatic Problems: A Meta-analysis. *Pediatrics* [Internet]. 2013; 132(4): 720-729. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24043275>. doi:10.1542/peds.2013-0614.
- Andrade Alves K, Candido de Oliveira Salvador P, Nunes Dantas C, Neves Dantas R. The systematization of nursing care for children who are victims of bullying. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2013; 5(5): 111-121. doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n5esp111
- Halpern J, Jutte D, Colby J, Boyce W. Social Dominance, School Bullying, and Child Health: What Are Our Ethical Obligations to the Very Young? *Pediatrics* [Internet]. 2014; 135(2): 24-30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25733722>. doi: 10.1542/peds.2014-3549C.
- Díaz Sotero V, Martínez Buendía O, Pérez Martínez FG. Repercusiones sobre la salud de la víctima de bullying o acoso escolar. En: Molero M, Pérez-Fuentes M, Gázquez J, Barragán A, Martos A, Simón M. *Intervención en contextos clínicos y de la salud* [Internet]. España: ASUNIVEP; 2016. p. 209-214. Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/42/publicaciones/documentos_11._repercusiones_sobre_la_salud_del_maltrato_entre_iguales.pdf.
- Iossi Silva MA, Leite Meirelles Monteiro EM, Falleiros Braga I, Bomfim de Carvalho Ferriani M, Pereira B, Abadio de Oliveira W. Intervenciones antibullying desarrolladas por enfermeros: revisión integradora de la literatura. *Revista Enfermería Global* [Internet]. 2017; 48(16): 532-547. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000400532. doi: 10.6018/eglobal.16.4.267971.
- Nocito Muñoz G. Investigaciones sobre el acoso escolar en España: implicaciones psicoeducativas. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía* [Internet]. 2017; 28(1): 104-118. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6075376>. doi: 10.5944/reop.vol.28.num.1.2017.19361.
- Chamorro Aguado V. La enfermera escolar: comunicación eficaz para la prevención y detención del acoso escolar. *Revista Española de Comunicación en Salud* [Internet]. 2017; 8(2): 247-253. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6220941>. doi: 10.20318/recs.2017.4005.

POSTER 16**AUTORES/AUTHORS:**

Elsa Pla Canalda, Mireia Benedicto Galiana, Cristina Prades Berenguer, Clara Esteve Sala, Denisa Nicoleta Dicu

TÍTULO/TITLE:

La Simulación como metodología en la adquisición y mejora de las competencias Enfermeras por la seguridad del paciente

Objetivo: Adquirir y mejorar las competencias Enfermeras mediante el uso de la simulación clínica.

Metodología: este proyecto se realizará en dos fases: La primera será un estudio descriptivo transversal realizado a los estudiantes de tercero del Grado de enfermería matriculados en la asignatura de críticos en la Universidad Rovira i Virgili (URV) del Campus Terres de l'Ebre (CTE) y los profesionales de nueva incorporación en el Hospital Tortosa Verge de la Cinta (HTVC) de menos de dos años para identificar su nivel competencial a través de un cuestionario con datos sociodemográficos y el test de competencias COM_VA © como método de recogida de datos.

En la fase 2 del proyecto, se plantea un diseño cuasi-experimental, pre-test y post-test, utilizando el test de conocimientos, el test de competencias, la observación y la grabación como método de recogida de datos antes y después de la intervención: la simulación clínica. El estudio no presenta conflicto de intereses.

APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

El sistema educativo ha reformado sus planes de estudios hacia un modelo por competencias con el propósito de integrar dentro el mundo laboral profesionales cada vez más competentes. Esto significa que no sólo han de integrar conocimientos, sino que también destrezas, habilidades y actitudes para poder ser capaces de afrontar situaciones reales y saber tomar las decisiones de manera correcta. De este modelo de aprendizaje basado por competencias también se ha hecho eco el ámbito sanitario definiendo las competencias de sus profesionales las que determinarán la calidad de sus servicios. Por lo tanto, se hace necesario determinar el nivel competencial de los profesionales a través de su evaluación. La simulación clínica es una metodología docente que permite tanto a los estudiantes de Grado como a los profesionales adquirir y / o mejorar sus competencias enfermeras respecto técnicas simples o más complejas adaptándose muy bien a una evaluación tanto formativa como sumativa donde el participante recibe un feedback detallado sobre el rendimiento. Además, la simulación clínica está muy estrechamente relacionada con la seguridad del paciente ya que permite realizar repetidamente una maniobra sin provocarle ningún daño como tampoco riesgo para su vida.

Con este proyecto se pretende, en una primera fase, describir el nivel competencial tanto de los estudiantes de cuarto del Grado de Enfermería matriculados en la asignatura de críticos del CTE como de los profesionales de enfermería de nueva incorporación al HTVC. En una segunda fase se pretende demostrar que la intervención diseñada, en este caso un caso clínico simulado con evaluación formativa, permite adquirir y mejorar las competencias enfermeras de los participantes.

El hecho de poder medir y ser conocedores del nivel competencial de nuestros alumnos de pre-grado como de nuestros profesionales noveles nos ayudaría a aportar datos sobre este hecho a la vez que nos podría permitir identificar posibles relaciones entre las variables sociodemográficas descritas en el proyecto.

Valorar la conveniencia de utilizar la simulación clínica con fines formativos para adquirir y / o mejorar las competencias enfermeras nos ayudaría a aportar datos sobre los efectos positivos que ésta tiene sobre los profesionales y / o estudiantes a nivel de mejora de sus competencias enfermeras repercutiendo, esta mejora, en la seguridad del paciente.

El uso de la simulación clínica nos ha de servir de puente entre la teoría y el contacto directo con el paciente. Es una herramienta útil no sólo para adquirir y mejorar habilidades técnicas, sino que también para adquirir y mejorar habilidades no técnicas que son también muy importantes. Por lo tanto, su implementación, tanto en el ámbito académico como en el sanitario, queda totalmente justificada ya que, tanto los profesionales como los estudiantes de Grado, necesitan entrenarse en un ambiente lo más cercano a la realidad de lo que es y será su día a día profesional, debiendo alcanzar un mínimo de competencia para no dañar al paciente. La calidad de los servicios sanitarios viene determinada por la competencia de sus profesionales.

Si los resultados de este estudio demuestran que la simulación clínica es una buena estrategia para la adquisición y mejora de las competencias enfermeras se podría valorar su uso con fines formativos en el ámbito de la Gerencia Territorial de las Tierras del Ebro.

En relación a los resultados se trataría de publicarlos en revistas de impacto así como también hacer difusión a través de comunicaciones orales o póster en congresos nacionales (SESSEP) e internacionales (SESAM) específicos sobre el tema. Así como también a congresos de enfermería como INVESTEN, CIE, etc.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gonzalez J, Wagenaar R. Tuning educational structures in Europe. Final report. Phase one. Bilbao: University of Deusto; 2003.
2. Arboix E, Bara J, Ferrer F, Font J, Forns M, Mateo J, et al. Marc general per a l'avaluació dels aprenentatges dels estudiants. Barcelona: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya; 2008.
3. Gonzalez J, Wagenaar R. Tuning educational structures in Europe. La contribucion de las universidades al proceso de Bolonia. Informe final. Fase 2. Universidades de Deusto y de Groningen. Madrid; 2006.
4. Termcat. Centre de terminologia [internet]. Barcelona: Termcat [consulta: 7 d'agost de 2017]. Disponible a: <http://www.termcat.cat>
5. Martinez JM. Los metodos de evaluacion de la competencia profesional: la evaluacion clinica objetiva estructurada (ECOE). Educ Med 2005;8(Supl 2):18-22.
6. Kane MT. The assessment of professional competence. Eval Health Profess 1992;15(2):163-82.
7. Cano E. Cómo mejorar las competencias de los docentes: guía para la autoevaluación y el desarrollo de las competencias del profesorado. Barcelona: GRAO; 2005.
8. Elias A, Esteve C, Esteve N, Pages J, Pera I, Peya M. Projecte de competencies de la professio d'infermeria del Consell Catala d'Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS). [internet]. 1999. [Consultat: 4 de març de 2017]. Disponible a: <http://grups.blanquerna.url.edu/inffis/CiènciesSalut/Infermeria/CompetenciesInfermeria.htm>
9. Pulpo AM, Sala M, Martinez JM, Gispert R. Evaluar la competencia clinica. Futuro inmediato para enfermeria. Rev ROL Enf. 1999; 22(6): 475-78.
10. Claude, L. Gestion de las competencias: como analizarlas, como evaluarlas, como desarrollarlas. España. Ed Gestión. 2000;161.
11. Juve ME, Farrero S, Matud C, Monterde D, Fierro G, Marsal R et al. Como definen los profesionales de enfermeria hospitalarios sus competencias asistenciales? Nursing -Ed esp-, 2007; 25(7): 50-61.
12. Sola M, Molins A, Martinez JM. Evaluacion de la competencia clinica en enfermeria: bases conceptuales y experiencias. Revista Rol de Enfermeria. 2005; 28(7-8):13-18.
13. Juve ME. Proyecto Com_Va. Definicion y evaluacion de competencias asistenciales de la enfermera en el ambito hospitalario. En III Jornadas de la Sociedad Científica Española de Licenciados de Enfermeria (SCELE) en la universidad de Alicante [internet]. 2006 [consultat 11 d'agost de 2017]. Disponible a: <http://www.scele.enfe.ua.es/webscele/archivos/Eulaliajuve.pdf>

POSTER 17**AUTORES/AUTHORS:**

LUANA BRENES-ARROYO, CARLOTA MEDINA-RODRIGUEZ, LUIS IGNACIO SOTO-BAGARIA

TÍTULO/TITLE:

Traducción y Validación española de la escala "Self-efficacy and their child's level of asthma control"

Objetivo: El asma infantil es una enfermedad crónica potencialmente grave, que requiere atención especial de los padres/tutores para la identificación de los factores intrínsecos propios de la patología. Esto suscita, la necesidad de disponer de herramientas a nivel clínico que permitan un mejor manejo del asma. Este estudio tiene como objetivo traducir y adaptar la escala "Self-Efficacy and Their Child's Level Asthma Control" al español y evaluar sus propiedades psicométricas.

Métodos: la traducción y adaptación de la escala "Self-efficacy and their child's level of asthma control", se inició con una traducción inicial al castellano por cuatro traductores de forma independiente. Una vez consensuadas las preguntas, se comprobó la validez de contenido por 12 especialistas, observándose la necesidad de realizar modificaciones para una mejor comprensión para la población escogida. Se traduce nuevamente al inglés y se compara con la original.

El estudio de validez se realizará con una muestra de conveniencia (n = 170) formada por padres/madres/tutores de niños con asma. Los participantes responderán a un cuestionario de 17 ítems correspondiente a la forma española de la escala, juntamente con la versión española de la escala Cuestionario de conocimientos acerca del asma para determinar la validez de constructo.

Resultados esperados: se espera que la versión española de la escala presente propiedades psicométricas aceptables que permitan su uso como instrumento válido y fiable para ser aplicado en la población de habla hispanica.

Discusión: la validación de esta escala pretende facilitar la práctica clínica diaria de las enfermeras, identificando los factores de auto percepción del asma en padres cuyos hijos padecen de esa enfermedad.

Conocer el nivel de autoeficacia de los padres en el manejo y control del asma es determinante para formular estrategias de promoción de la salud que mejoren la calidad de vida de estos pacientes.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. The Global Asthma Report 2014. 2014. Vol. 5: 14-16 p. Auckland, New Zealand: Global Asthma Network. Available from: www.globalasthmanetwork.org.
2. GINA. Pocket Guide for Asthma Management. Global Initiative for Asthma. 2018 Marzo . GINA Newsletter vol:1. Available from: www.ginasthma.org
3. Gomes ALA, Ximenes LB, Mendes ER da R, Teixeira OCM, Joventino ES, Javorski M, et al. Translation and cultural adaptation of the self-efficacy and their child's level of asthma control scale: brazilian version. Texto Context - Enferm [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 5];25(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300319&lng=en&tling=en
4. Lev EL. Bandura's theory of self-efficacy: applications to oncology. Sch Inq Nurs Pract [Internet]. 1997 [cited 2018 Jun 5];11(1):21-37; discussion 39-43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9188268>
5. Guerrin B. [Albert Bandura and his work]. Rech Soins Infirm [Internet]. 2012 Mar [cited 2018 Jun 5];(108):106-16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22616370>
6. Bandura A. Health Promotion by Social Cognitive Means. 2004 [cited 2018 Jun 5]; 31(2):143-64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15090118>
7. Wood MR, Price JH, Dake JA, Telljohann SK, Khuder SA. African American Parents'/Guardians' Health Literacy and Self-Efficacy and Their Child's Level of Asthma Control. J Pediatr Nurs [Internet]. 2010 Oct [cited 2018 Jun 5];25(5):418-27. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20816565>

8. Gomes ALA, Lima KF, Mendes ER da R, Joventino ES, Martins MC, Almeida PC de, et al. Association of self-efficacy of parents/caregivers with childhood asthma control parameters. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2018 Mar 15 [cited 2018 Jun 5];51(0):e03282. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29562048>
9. Walter H, Sadeque-Iqbal F, Ulysse R, Castillo D, Fitzpatrick A, Singleton J. The effectiveness of school-based family asthma educational programs on the quality of life and number of asthma exacerbations of children aged five to 18 years diagnosed with asthma: a systematic review protocol. *JBI Database Syst Rev Implement Reports* [Internet]. 2015 Oct [cited 2018 Jun 5];13(10):69–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26571284>
10. Jones B, Ingham T. He Māramatanga Huangō: Asthma health literacy for māori children in New Zealand. 2015. 1-92 p.

POSTER 19**AUTORES/AUTHORS:**

Albert Malaret Brunet, Maria Pilar Isla Pera

TÍTULO/TITLE:

Experiencia de cuidadores inmigrantes de personas mayores en el domicilio. Percepción de complicaciones y beneficios.

Actualmente, aunque el cuidador informal sigue teniendo una gran relevancia, progresivamente debido a diversos factores ha ido apareciendo la figura del cuidador formal, que la mayoría de veces son inmigrantes.

- **Objetivo:** Explorar la experiencia de los cuidadores/as inmigrantes que cuidan de personas mayores que viven en el domicilio.
- **Método:** Estudio fenomenológico interpretativo que tiene como referente a Van Manen. La población de estudio son cuidadores inmigrantes de personas mayores que viven en el domicilio del Área Metropolitana de Barcelona (AMB). Se realizó un muestreo opinático de forma acumulativa y secuencial. Los criterios de inclusión fueron: a) Cuidadores/as que llevan 6 o más meses trabajando; b) Que trabajen o hayan trabajado de manera continuada durante la semana un mínimo de 4 horas diarias; c) Participación voluntaria; d) Residentes en AMB, y los criterios de exclusión son: a) Barreras idiomáticas; b) Problemas senso-cognitivos graves. Para la recogida de información se utilizó la entrevista semiestructurada individual. El periodo de realización de las entrevistas comenzó en 2017 y finalizó en 2018. Se realizó un análisis de contenido temático de forma manual siguiendo las fases formuladas por Morse: Lecturas repetidas de los datos; Comprensión; Identificar los códigos, Segmentar y agrupar los códigos; Clasificación en categorías; Relacionar Categorías; Clasificación en meta-categorías. Para asegurar la validez del estudio se han seguido los criterios de rigor de Guba: Credibilidad, Transferibilidad, Dependencia, Confirmabilidad. También se analizaron las variables sociodemográficas, clínicas, culturales, económicas y el tipo de convivencia de los cuidadores.
- **Resultados:** La muestra final fue de 8 cuidadores/as. Se han identificado 3 meta-categorías: Inmigrar a un nuevo país; donde se hace referencia a las razones que condicionan la decisión de emigrar, el proceso de adaptación y las relaciones familiares y sociales que se mantienen o se crean en el nuevo entorno. Cuidar a una persona dependiente; donde se incluye las razones y actividades como cuidador, significado de cuidar, cualidades que debe tener un cuidador/a, problemas derivados del cuidar y beneficios. Expectativas de futuro; tanto a corto como a largo plazo. Destacar que hay diferentes motivos para inmigrar (económicos, inseguridad, familiares...) y que adaptarse a su nueva vida en la mayoría no fue fácil a causa de las diferencias culturales, emocionales... Su proceso de inmigración en algunos casos fue largo y su familia se endeuda para conseguir el dinero necesario para el peaje y los gastos. Además, crean nuevos vínculos con la persona que cuidan, sus familiares y su nuevo entorno social. Trabajan como cuidador porque o bien es su única alternativa o porque de las opciones que tienen es la que más les gusta. Por otro lado, hay diferencias entre los cuidadores inmigrantes legales y los cuidadores inmigrantes ilegales. Los inmigrantes legales realizan fundamentalmente tareas de cuidados y acompañamiento, en cambio, los inmigrantes en situación ilegal frecuentemente tienen que compaginar la atención a la persona cuidada con tareas de servicio doméstico y gestión del hogar. Hay diversas opiniones en relación al significado de cuidar, desde que solo es un trabajo hasta que ser cuidador le hace sentir mejor a las personas. Para ser cuidador de personas mayores en el domicilio hay que tener mucha paciencia y ser respetuoso, se debe tener vocación para cuidar, habilidades comunicativas, capacidad para adaptarse a cada persona mayor, tener conocimientos y habilidades para cuidar, ser observador, educado y sincero. Trabajar como cuidador les provoca problemas laborales, de salud y sociales, aunque que por otro lado les aporta beneficios más allá de lo económico. La mayoría en el futuro quiere dejar de hacer de cuidador.
- **Discusión:** Los resultados obtenidos son similares a otros estudios realizados y nos aportan información más concreta sobre el fenómeno estudiado en nuestro contexto. Las limitaciones de este estudio son el haber incluido como informantes sólo a cuidadores inmigrantes de América Latina. Al ser un estudio fenomenológico no permite extrapolar los resultados a todos los inmigrantes cuidadores. La poca experiencia del investigador. Las implicaciones a la práctica son que los profesionales valoren la gran función que tienen los cuidadores inmigrantes y que no duden en hacerlos partícipes en las decisiones. Además, de que permite saber más sobre el estado salud-social-espiritual de ellos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Casado, R., Ruiz, E. (2016). Factors influencing family care by immigrant women in Spain: a qualitative study. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34 (4), 551-563.
- Gallart, A., Cruz, F., Zabalegui A. (2012). Factors influencing burden among non-professional immigrant caregivers: a case-control study. *Journal of Advanced Nursing* 69(3), 642-654. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06049.x

- Galiana, M.J., Cuesta, C., Donet, T. (2008). Cuidadoras inmigrantes: características del cuidado que prestan a la dependencia. *Enfermería Clínica*, 18 (5), 269-272. Doi: 10.1016/S1130-8621(08)72386-6
- Guba, E. G., Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research». A N. Denzin, Y. Lincoln (ed.), *Handbook of qualitative health research* (2n edición, 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Morse, J. M. (2015). Analytic Strategies and Sample Size. *Qualitative Health Research*, 25(10), 1317-1318. doi: 10.1177/1049732315602867
- Morse, J. M. (2008). Confusing Categories and Themes. *Qualitative Health Research*, 18 (6), 727-728. doi: 10.1177/1049732308314930
- Ruiz López, M. y Moreno Preciado M. (2013) Cuidadoras inmigrantes: trabajo emocional. *Cultura de los Cuidados*, 17 (35), 86-94. doi: 10.7184/cuid.2013.35.08
- Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. (2014). Encuesta Europea de Salud en España 2014 (ine) + La Serie ENSE (MSSSI) = Tendencias de salud en 30 indicadores. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf
- Van Manen, M. (2003). *Investigación Educativa y Experiencia vivida. Ciencia humana para una pedagogía de la acción y de la sensibilidad*. Barcelona: Idea Books.

POSTER 21**AUTORES/AUTHORS:**

Lorena Molina Raya, Laia Rofes Rofes i Salsench, Daniel Alvarez Berdugo, Viridiana Arreola García, Luis González de Paz, Esther Cabrera Torres, Pere Clavé i Civit

TÍTULO/TITLE:

La efectividad de un tratamiento compensador frente a uno de neuro-estimulación en pacientes con disfagia orofaríngea

Introducción: El tratamiento principal de los pacientes ancianos, o con enfermedades neurológicas o neurodegenerativas con disfagia orofaríngea (DO) es compensatorio. Los nuevos espesantes a base de goma xantana mejoran la seguridad de la deglución sin aumentar los residuos orofaríngeos reduciendo las aspiraciones, pero sin alterar la fisiología de la deglución y la respuesta motora orofaríngea. El objetivo de este estudio es determinar la efectividad de un tratamiento compensador, suplementando el bolo alimenticio con espesante de base de goma xantana frente a un tratamiento de neuro-estimulación, suplementando el bolo alimenticio con diferentes concentraciones de mentol (agonista de los TRPM8) en pacientes con DO secundaria a la ancianidad, enfermedades neurodegenerativas e ICTUS.

Metodología: estudio de casos y controles en el que se aparearon dos cohortes de pacientes (1:1) según la etiología de la DO, la edad y el sexo. Los casos (n=38) fueron tratados con un tratamiento de neuro-estimulación(mentol) y los controles con tratamiento compensador basado en espesante con goma xantana(n=38).

Resultados: el bolo alimenticio suplementado con el espesante de base de goma xantana presentaban mayor protección de la vía aérea (x²=; p<0.001; OR: 0.10 IC95%: 0.03 a 0.031). Respecto a los residuos faríngeos existe una tendencia a la significación x²=; p=0,048) y en el bolo suplementado con mentol se observó una tendencia a la significación en el tiempo de cierre del VL (F: p= 0.044)

Conclusiones: En la DO, tanto el tratamiento compensador como el tratamiento activo inciden en la seguridad de la deglución protegiendo la vía aérea, pero el tratamiento que modifica la biomecánica de la deglución es el tratamiento activo neuro-estimulador que reduce el tiempo de cierre del VL protegiendo así la vía aérea y permitiendo reducir el riesgo de neumonías por aspiración.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Clavé P, Rofes L, Arreola V, et al. Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterol. Res. Pract.* 2011;
- Rofes L, Arreola V, Romea M, et al. Pathophysiology of oropharyngeal dysphagia in the frail elderly. *Neurogastroenterol Motil* 2010;22(8).
- Clavé P, Rofes L, Carrión S, et al. Pathophysiology, relevance and natural history of oropharyngeal dysphagia among older people. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser [Internet]* 2012;72:57–66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23052001>
- Serra-Prat M, Palomera M, Gomez C, et al. Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: A population-based prospective study. *Age Ageing* 2012;41(3):376–81.
- Kahrilas PJ, Lin S, Rademaker AW, Logemann JA. Impaired deglutitive airway protection: a videofluoroscopic analysis of severity and mechanism. *Gastroenterology [Internet]* 1997 [cited 2017 Apr 11];113(5):1457–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9352847>
- Nagaya M, Sumi Y. Reaction time in the submental muscles of normal older people. *J Am Geriatr Soc [Internet]* 2002 [cited 2017 Apr 11];50(5):975–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12028196>
- Clavé P, de Kraa M, Arreola V, et al. The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. *Aliment Pharmacol Ther [Internet]* 2006 [cited 2017 Apr 11];24(9):1385–94. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2036.2006.03118.x>
- Rofes L, Arreola V, Almirall J, et al. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia and Its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly. *Gastroenterol Res Pract [Internet]* 2011 [cited 2017 Apr 10];2011:1–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20811545>
- Alvarez-Berdugo D, Rofes L, Arreola V, Martin A, Molina L, Clavé P. A comparative study on the therapeutic effect of TRPV1, TRPA1, and TRPM8 agonists on swallowing dysfunction associated with aging and neurological diseases. *Neurogastroenterol Motil* 2017;e13185.
- Bhattacharyya N. The effect of bolus consistency on dysphagia in unilateral vocal cord paralysis. *Otolaryngol - Head Neck Surg*

2003;129(6):632-6.

Bhattacharyya N. The effect of bolus consistency on dysphagia in unilateral vocal cord paralysis. Otolaryngol - Head Neck Surg

2003;129(6):632-6.

POSTER 23**AUTORES/AUTHORS:**

Conceição Martins, Susana Ribeiro, João Duarte, Rosa Martins, Daniel Silva

TÍTULO/TITLE:

Mejoras en la funcionalidad post-trombólisis en el paciente con accidentes vasculares cerebrales

El accidente cerebrovascular (ACV) es una causa importante de morbilidad y mortalidad, la segunda causa de muerte en Portugal. El AVC es un evento de inicio súbito, caracterizado por señales clínicas focales, causadas por una interrupción o disminución del flujo sanguíneo en el cerebro, duración superior a 24 horas. Con la aprobación de la terapia fibrinolítica en las primeras 3 horas después de la instalación de AVC isquémico, es necesario el acceso de estos pacientes a esa terapia y fundamental el encaminamiento a una Unidad de AVC.

Objetivos: Analizar la relación entre la trombólisis y los déficit resultantes del ictus isquémico; estudiar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas en la funcionalidad en el paciente con AVC que realiza o no trombólisis.

Metodología: Estudio comparativo, descriptivo-correlacional, analítico y cuantitativo. La muestra de 203 pacientes con AVC isquémico, ingresados en el período comprendido entre el 17 de diciembre de 2010 y el 10 de julio de 2013, fueron activados como Vía Verde AVC en el momento de la admisión. La recogida de datos integró caracterización sociodemográfica, variables clínicas y escala NIHSS.

Resultados: La población estudiada, equitativamente distribuida entre hombres y mujeres, promedio de edades 73,06 años, vive mayoritariamente en medio rural, provenientes del domicilio. El 36,0% de la muestra realizó el tratamiento por trombólisis, con un tiempo promedio de 200,08 minutos después de la detección de los síntomas. Si se espera que la trombólisis influya en la funcionalidad, se optó por analizar paralelamente los grupos de pacientes que lo hicieron y los que no hicieron trombólisis. En promedio, la puntuación de la NIHSS en la admisión fue de 14,94 y 10,95 puntos en los pacientes que realizaron o no trombólisis, respectivamente. En el momento del alta, las mejoras son claras, ligeramente más grandes en el grupo que hizo trombólisis, mientras que en el grupo que no hizo trombólisis son menores. Los pacientes mayores presentaron una puntuación de la NIHSS más elevada en ambos momentos. La región cerebral afectada tuvo consecuencias variables en la funcionalidad. El tiempo entre el inicio de los síntomas de AVC y la llegada al hospital y la realización de trombólisis no tuvo influencia en el valor de NIHSS.

Conclusión: Los pacientes con AVC isquémico atendidos en el CHTMAD en el período en estudio presentaban los factores de riesgo característicos de la enfermedad - edad avanzada, hipertensión, y otras enfermedades concomitantes que contribuyen al desencadenamiento de la enfermedad, como la diabetes y enfermedades cardiovasculares. La generalidad de los pacientes mejoró su funcionalidad de los dominios cognitivo y motor, evaluada por la NIHSS entre la admisión y la alta. Los pacientes tratados con trombólisis presentaron mejoras ligeramente superiores. Se alcanzaron los objetivos propuestos, pero más estudios similares deben ser realizados.

Palabras clave: Accidente Vascular Cerebral Isquémico, Trombólisis, Funcionalidad

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Referencias bibliográficas

Amiri, M., Kargar, M., Borhanihaghghi, A., Soltani, F., & Zare, N. (2017). The Effect of Nurse-Led Care on Stability Time in Therapeutic Range of INR in Ischemic Stroke Patients Receiving Warfarin. *Applied Nursing Research*, 33, 96-101.

Carter-Jones, C. R. (2011). Stroke Thrombolysis: Barriers to Implementation. *International Emergency Nursing*, 19, 53-57.

Direção-Geral da Saúde. (2008). Elementos Estatísticos: Informação Geral Saúde. Lisboa: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2010). Accidente Vascular Cerebral: Itinerários Clínicos. Lisboa: Lidel.

Hankey, G. J. (2002). Stroke: your questions answered. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Massaro, L. M. (2011). Periprocedure Stroke: Are You Prepared? *Journal of Radiology Nursing*, 30, 116-121.

Miller, D. L. (2016). Acute stroke: It's All About Process and Team Improving Patient Outcomes in the Emergency Department. *Journal of Radiology Nursing*, 35, 198-204.

Miller, O. (1988). Diagnóstico e terapêutica em medicina interna. Rio de Janeiro: Atheneu.

Thelan, L. (1990). *Acidente Vascular Cerebral*. São Paulo: Atlas.

POSTER 24**AUTORES/AUTHORS:**

Roger Alonso Royo, Carmen M^a Sánchez Torrelo

TÍTULO/TITLE:

REEDUCACIÓN DE LA MARCHA EN EL ICTUS: ENSAYO CLÍNICO NO ALEATORIO

INTRODUCCIÓN

El ictus es una lesión del sistema nervioso central que puede producir una alteración de la marcha.

La fisioterapia neurológica tiene como objetivo mejorar la funcionalidad de la marcha en pacientes afectados de ictus.

El Objetivo del estudio es observar la mejoría de la marcha en pacientes con ictus con tratamiento de fisioterapia neurológica.

METODOLOGÍA

El estudio se ha realizado en la unidad de investigación de fisioterapia neurológica en el Hogar Virgen de los Reyes de Sevilla con muestreo no aleatorizado.

Se han seleccionado 9 pacientes con ictus de más de 6 meses de evolución, capacitados para realizar el tratamiento de fisioterapia y siendo excluidos los que padecen otra patología o alteración que afecten la realización de la marcha.

El tratamiento de fisioterapia realizado es muy completo: mediante la utilización de cinta de marcha, bipedestador dinámico, vibroterapia, electroterapia, utilización de la metodología bobath, masoterapia, estiramientos, espejos y bicicleta.

Los pacientes han recibido una sesión semanal de fisioterapia neurológica durante un periodo de tres meses siendo evaluados al inicio y al final siendo la media de edad de 59,4 años.

Se han medido las variables de sexo, edad y las variables obtenidas mediante el sistema Gaitrite Electronic Walkway y los datos son analizados mediante Microsoft Excel.

El autor declara no tener conflicto de intereses.

RESULTADOS

La media de hombres es de 44% y el de mujeres del 56%, el FAP, que es un valor porcentual que mide la marcha en general ha aumentado de 65,67 a 70%, la cadencia que es el número de pasos por minuto ha disminuido de 91,91 a 84,89, la diferencia de tiempo de paso a disminuido de 0,28 a 0,18 y la diferencia de distancia de paso ha disminuido de 9,14 a 4,52.

CONCLUSIONES

Según los datos recogidos ha disminuido la cadencia, la diferencia de tiempo y longitud de paso ha disminuido más el aumento del FAP significa que ha mejorado la marcha en simetría y estado general.

IMPLICACIONES PRÁCTICAS

La demostración de la efectividad de la especialidad de fisioterapia neurológica tiene implicaciones prácticas muy importantes, pues la rehabilitación de pacientes con enfermedades tan limitantes funcionalmente es de gran importancia y tiene un gran impacto sobre su vida diaria.

La mejoría funcional descarga a cuidadores y el sistema sanitario.

DISCUSIÓN

El estudio tiene defectos graves como con la muestra corta, un amuestra de solo 9 pacientes no permite la generalización de resultados, es análisis de los datos es muy básico debido a la muestra.

En futuros estudios será necesario corregir los defectos con una muestra mayor y análisis estadísticos generalizables.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La muestra del estudio es corta, hecho que no permite la generalización de los datos.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

ABREVIATURAS

FAP: "Functional Ambulation Profile", es un indicador de normalidad de la marcha, en el que se compara la marcha del paciente con la marcha normal medida en porcentaje.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Mikołajewska E. The value of the NDT-Bobath method in post-stroke gait training. *Adv Clin Exp Med* [Internet].;22(2):261–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23709383>
2. Knutson JS, Hansen K, Nagy J, Bailey SN, Gunzler DD, Sheffler LR, et al. Contralaterally Controlled Neuromuscular Electrical Stimulation for Recovery of Ankle Dorsiflexion. *Am J Phys Med Rehabil* [Internet]. 2013 Aug;92(8):656–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23867888>
3. Chen I-H, Yang Y-R, Chan R-C, Wang R-Y. Turning-Based Treadmill Training Improves Turning Performance and Gait Symmetry After Stroke. *Neurorehabil Neural Repair* [Internet]. 2014 Jan 29;28(1):45–55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23897905>
4. Wong JS, Jasani H, Poon V, Inness EL, McIlroy WE, Mansfield A. Inter- and intra-rater reliability of the GAITRite system among individuals with sub-acute stroke. *Gait Posture* [Internet]. 2014 May;40(1):259–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24630463>
5. Lee S, Seo D, Choi W, Lee S. The Effects of Exercise with TENS on Spasticity, Balance, and Gait in Patients with Chronic Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Med Sci Monit* [Internet]. 2014 Oct 10;20:1890–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25300431>
6. Yen C-L, Wang R-Y, Liao K-K, Huang C-C, Yang Y-R. Gait Training—Induced Change in Corticomotor Excitability in Patients With Chronic Stroke. *Neurorehabil Neural Repair* [Internet]. 2008 Jan 4 ;22(1):22–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17507641>
7. Tilson JK, Sullivan KJ, Cen SY, Rose DK, Koradia CH, Azen SP, et al. Meaningful Gait Speed Improvement During the First 60 Days Poststroke: Minimal Clinically Important Difference. *Phys Ther* [Internet]. 2010 Feb 1 ;90(2):196–208. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20022995>
8. Paoloni M, Mangone M, Scettri P, Procaccianti R, Cometa A, Santilli V. Segmental Muscle Vibration Improves Walking in Chronic Stroke Patients With Foot Drop: A Randomized Controlled Trial. *Neurorehabil Neural Repair* [Internet]. 2010 Mar 23;24(3):254–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19855076>

POSTER 26**AUTORES/AUTHORS:**

María Isabel Martínez Güemes

TÍTULO/TITLE:

Utilidad de escalas de Valoración funcional y cognitiva en pacientes con pluripatología crónica en atención primaria

OBJETIVO

Analizar las características sociodemográficas, cognitivas y funcionales de los pacientes con pluripatología crónica clasificada G3, en un centro de salud rural .

METODOLOGIA

Estudio descriptivo observacional, de una zona rural, identificación activa de pacientes pluripatológicos crónicos clasificados G3, desde la historia informatizada, según los criterios de la Consejería de Salud de la Junta de Castilla y León, (1)

Criterios de inclusión, paciente pluripatológico con dos o más enfermedades crónicas, deterioro progresivo de la autonomía y funcionalidad con aumento de frecuentación asistencial, así como con mayor probabilidad de reagudizaciones.

Población de estudio 37 personas clasificada G-3 de la Zona Básica de salud de Sedano.

A todos los pacientes se les propuso una entrevista, respetando confidencialidad y anonimato en la que se analiza la funcionalidad clínica mediante el Indicador de Barthel , escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse y movilidad ,etc. punto de corte >90 normal(evalúa actividades de la vida diaria), y escala de Lawton y Brody , (permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, actividades necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad como hacer la compra, coger autobús...

Consta de 8 ítems el punto de corte 3 o más errores), la funcionalidad cognitiva, mediante escala Pfeiffer, valoración cognitiva consta de 10 ítems, el punto de corte son 3 o más errores, e Indicador de Fragilidad Tilburg, cuestionario que evalúa aspecto psicológico, social y físico, cuyo objetivo principal es detectar fragilidad.

Se divide en dos apartados, el primero Determinantes de fragilidad sociodemográficos, sexo, edad, estado civil, País en que nació, nivel de estudios, recursos económicos, considera su estilo de vida saludable, presencia de enfermedades crónicas y satisfacción de su entorno de vida; el segundo apartado se corresponde a los componentes de la fragilidad, físicos, psicológicos y sociales; si la puntuación es mayor de 5, presenta fragilidad.

La edad se clasifica en cuatro grupos, (50 -60) (61-70) (71-80) (>80 años).

Análisis estadístico descriptivo mediante distribuciones de frecuencias para las variables cualitativas y media y desviación estándar para las cuantitativas

RESULTADOS

La población estudiada representa un 57% mujeres frente al 43 % hombres, cuya prevalencia mayor pluripatología crónica G•3 (22%) a partir de 70 años ,100 % estilo de vida saludable ,3 % no satisfecho con su calidad de vida, casados (27%) viudedad mujeres (24 %) y solteros (16 %) nivel de estudios predomina primarios, 19 % carece de recursos económicos suficientes, también llama la atención que el 72 % riesgo social, Barthel 32 %, Pfeiffer 14 %, Lawton 11 % y solamente un 35 % presenta criterios de fragilidad Tilburg.

CONCLUSIONES

La intervención en prevención de vulnerabilidad y efectos adversos debe ser una tarea multidisciplinar hacia una mejora de la prevalencia en calidad de vida, se deben medir en términos de función y no de enfermedad, pues es la que nos determina los recursos que vamos a precisar. "La fragilidad no es el estado previo a la discapacidad sino la predisposición a desarrollarla ", son muchos los estudios científicos que evidencian la efectividad del desarrollo de actividades preventivas y promoción para la salud, incidiendo positivamente en la seguridad del paciente, mejorando calidad de vida e independencia. (1) (2) (3).

La valoración funcional mediante índice de Barber es alta, herramienta de detección fácil manejo y baja fiabilidad (4) Tilburg y Barthel, mejor predictor de presentar efectos adversos, con respecto a escala Pfeiffer y Lawton no hay diferencias significativas con respecto al sexo

Utilizar escalas con valor predictivo positivo y fácil manejo en atención primaria, es una estrategia de cribado para mejorar años de vida sanos, así como una mejor utilización de los recursos sanitarios. (5)

IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA CLINICA

Mediante el desarrollo de actividades preventivas y promoción para la salud, mejoramos calidad de vida e independencia,

disminuimos la morbilidad y reducimos los costes económicos sociosanitarios.

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Guía proceso de Atención al paciente crónico pluripatológico. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid. 2014. (consultado 23-2-2018) Disponible en :
[http://www.datosabiertos.jcyl.es/web/jcyl/binarios/796/109/Proceso%20Atenci%C3%B3n%20Paciente%20Cr%C3%B3nico%20Pluripatol%C3%B3gico%20Complejo%20\(julio%202015\),0.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobheadername1=Cache-Control&blobheadername2=Expires&blobheadername3=Site&blobheadervalue1=no-store%2Cno-cache%2Cmust-revalidate&blobheadervalue2=0&blobheadervalue3=JCYL_Sanidad&blobnocache=true](http://www.datosabiertos.jcyl.es/web/jcyl/binarios/796/109/Proceso%20Atenci%C3%B3n%20Paciente%20Cr%C3%B3nico%20Pluripatol%C3%B3gico%20Complejo%20(julio%202015),0.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobheadername1=Cache-Control&blobheadername2=Expires&blobheadername3=Site&blobheadervalue1=no-store%2Cno-cache%2Cmust-revalidate&blobheadervalue2=0&blobheadervalue3=JCYL_Sanidad&blobnocache=true)
2. Estrategia de Atención al paciente crónico en Castilla y León. Consejería de Sanidad Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. (Consultado 21/02/18). Disponible en:
<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Madrid 2014. (consultado 4-3-2018) Disponible en :
https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf
4. Gobbens RJ, van Assen MA, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. The Tilburg FRailty indicator : Psychometric properties. Journal of the American Medical Directors Association 2010; 11(5):344-355. (consultado 4-3-2018) Disponible en :
https://pure.uvt.nl/ws/files/1402476/tranzo_Gobbens_predictive_Gerontologis_2012.pdf
5. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Martín Lesende I, Gorroño Iturbe A, Javier Gómez Pavón J, Baztán Corteés JJ, Abizanda Soler P. (consultado 23-2-2018) Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709005666>

POSTER 27**AUTORES/AUTHORS:**

Rut Martí Arques, Núria Albarca Riobó, Mar Lleixà Fortuño, Jael Lorca Cabrera, Carme Ferré Grau, Teresa Lluch Canut

TÍTULO/TITLE:

Análisis del uso, efectividad y satisfacción de un programa 2.0 para cuidadoras de personas con enfermedades crónicas

Objetivo: Evaluar el uso, efectividad y satisfacción de un programa 2.0 de asesoramiento a cuidadoras no profesionales de personas con problemas crónicos de salud

Método: Estudio cuasi-experimental, multicéntrico, longitudinal y de medidas repetidas pre y post intervención. Se diseñó el web <http://www.cuidadorasronicos.com/ca> como recurso complementario a la atención presencial.

La población objeto de estudio fueron las cuidadoras familiares primarias, secundarias y formales no profesionales de enfermos crónicos inscritas en la zona privada de la web, que accedieron a participar y firmaron el consentimiento informado. La selección de la muestra fue intencional o por conveniencia, se incluyeron a aquellos sujetos que una vez informados desearon utilizar el web y formar parte del estudio. Se utilizaron los cuestionarios de sobrecarga de Zarit, apoyo social Duke-UNC-11, salud mental positiva (CSM+), se valoró el grado de satisfacción del web mediante un cuestionario ad hoc y se analizó el uso del web.

Los cuestionarios codificados online autoadministrados, se han administrado mediante la utilidad "Spreadsheets" de Google. Las variables cuantitativas se describen mediante la media y la desviación estándar. Se utilizó la prueba t-Student para muestras independientes, para determinar la eficacia diferencial pre y post intervención.

Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y se consideró que la diferencia entre variables era significativa cuando el grado de significación (p) era menor o igual a 0,05. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSSv21 para Windows.

Resultados: Se han analizado 157 cuestionarios pre intervención y 75 cuestionarios post, los resultados reflejan un nivel de sobrecarga moderada, un nivel de apoyo social percibido normal y una salud mental positiva elevada. El número total de usuarios registrados es de 347, la mayoría tienen menos de 54 años, un 74,24% son mujeres. La valoración global del web es de $7,9 \pm 2,0$ ($\&\#63427;\pm DE$).

Discusión: Los resultados comparativos pre y post intervención, indican que no se observan diferencias estadísticamente significativas.

Las TIC permiten abordar nuevos modelos de atención a las enfermedades crónicas y a la atención a la salud de la cuidadora. Es necesario evaluar la efectividad de estos recursos online complementarios para determinar el impacto y el grado de efectividad, por de este modo, delimitar mejor las intervenciones realizadas. La evaluación de la efectividad de estos recursos complementarios es escasa siendo necesario aumentar la producción científica de estudios como este, que evalúan la efectividad de los programas utilizados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Albarca Riobó, N. (2015). Atenció d'infermeria a la cuidadora principal de persones amb esquizofrènia: Valoració dels requisits d'autocura i de la salut mental positiva PhD, Universitat Rovira I Virgili, Catalunya.

Cristancho-Lacroix, V., Moulin, F., Wrobel, J., Batrancourt, B., Plichart, M., De Rotrou, J., . . . Rigaud, A. (2014). A web-based program for informal caregivers of persons with Alzheimer's disease: an iterative user-centered design. *JMIR research protocols*, 3(3). doi: 10.2196/resprot.3607

Lleixà-Fortuño, M., García-Martínez, M., Lluch-Canut, M. T., Roldán-Merino, J., Espuny-Vidal, C., Ferré-Grau, C., Albarca Riobó, N. (2015). Diseño de una web 2.0 para cuidadoras de personas con problemas crónicos de salud. 47, 13. doi: 10.12795/pixelbit

Lluch Canut, M. T. (1999). Construcción de una escala para medir la salud mental positiva. PhD, Universidad de Barcelona, Catalunya.

POSTER 29**AUTORES/AUTHORS:**

Anselmo José Montes Aguilera, Natalia Valles Ruiz

TÍTULO/TITLE:

PLAN ESTRATÉGICO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO MEDIANTE ATENCIÓN AMBULATORIA

La elevada supervivencia de la población ha dado lugar a la coexistencia de múltiples condiciones crónicas que influyen en la práctica clínica y en los resultados en salud. Las personas con múltiples enfermedades crónicas son más propensas a estar en riesgo de deterioro funcional y de sufrir eventos adversos por medicamentos. Su atención médica es a menudo fragmentada por falta de coordinación entre los diferentes niveles, y su capacidad de autocuidado disminuye a medida que el número de problemas de salud incrementa.

En los últimos años diversos autores han introducido el concepto de paciente crónico complejo (PCC) y avanzado (PCA), representan entre 3-5% de la población y consumen un alto porcentaje de recursos.

Supone un 20-40% de los ingresos. El 10% de los PCC son responsables del 55% de las estancias hospitalarias.

El ingreso en un hospital de agudos supone para el PCC la aparición de patologías añadidas. Las más frecuentes son las caídas, deterioro cognitivo, déficit auditivos y visuales, polifarmacia, insomnio, depresión, malnutrición o las úlceras por decúbito. Esto desemboca en una dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y/o las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Covinsky et al. y Sager et al. han estudiado la evolución funcional de pacientes mayores de 70 años ingresados en unidades de medicina interna y describen que entre 31-35% de los pacientes dados de alta presentaron deterioro funcional. El estudio HOPE revela datos con una pérdida funcional relevante.

En España, Gutiérrez Rodríguez et al, describen una incidencia de deterioro funcional al alta hospitalaria del 70,66% en una población de pacientes mayores de 65 años con alto nivel de independencia para las ABVD ingresados en una unidad hospitalaria de agudos. Al mes el deterioro persistió en el 29,3%.

La prevención de las complicaciones evitables debe ser la base de la atención hospitalaria en este perfil de población.

En España, en el año 2000 un 16% de la población tenía más de 65 años y se prevé que en 2049 representarán el 31,9%, con un aumento progresivo de las mujeres y del grupo de mayor edad. En Baleares se estima que en el año 2029 un 22% tenga más de 65 años.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el funcionamiento del Hospital de Día Médico quirúrgico para la atención del PCC, centralizando sus cuidados en la consulta de Medicina Interna de Resolución Rápida potenciando su abordaje de forma ambulatoria.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo que selecciona todos los pacientes atendidos en el HDDMQ desde su creación en 2017 y su evolución hasta abril de 2018. Los pacientes incluidos cumplen los criterios de PCC al presentar enfermedades crónicas encuadradas en 2 o más de las siguientes categorías:

Categoría A.

Insuficiencia cardiaca.

Cardiopatía isquémica.

Categoría B.

Enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional.

Vasculitis y conectivopatías.

Insuficiencia renal crónica.

Categoría C.

Limitación crónica al flujo aéreo, asma bronquial o hipoventilación alveolar con limitación funcional.

Cor pulmonale crónico.

Categoría D.

Enfermedad inflamatoria crónica intestinal.

Hepatopatía crónica sintomática o en actividad.

Categoría E.

Enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo que genere discapacidad.

Categoría F.

Arteriopatía periférica sintomática.

Diabetes Mellitus con repercusión visceral diferente a la cardiopatía isquémica.

Categoría G.

Enfermedad hematológica sintomática y no subsidiaria de tratamiento especializado.

Enfermedad oncológica activa no subsidiaria de tratamiento oncológico activo.

La HTA, hiperlipemia y otras enfermedades crónicas, algunas de ellas con alta prevalencia, no han sido consideradas por sí mismas sino a través del órgano sobre el que provocan el daño para contribuir a definir una población más homogénea con unos requerimientos asistenciales similares.

Los pacientes con una sola enfermedad crónica pero con afectación severa e importante pérdida funcional y/o cognitiva.

RESULTADOS

Catalogamos una muestra de 538 pacientes en 2017 (inicio del proyecto) frente a 699 pacientes en los 4 primeros meses de este año. Podemos comprobar un ascenso del 58,3% en primeras visitas a la consulta y del 71% en visitas sucesivas y tratamientos administrados, bajando la institucionalización de estos pacientes de un 30% a un 12,7%. Han mejorado las ABVD, situación cognitiva, situación afectiva y reingresos hospitalarios, además de la satisfacción de los pacientes y sus familiares y cuidadores.

DISCUSIÓN.

La construcción de escenarios y la puesta en marcha de proyectos de atención integrada para PCCA requiere de diferentes acciones por parte del sistema sanitario. Existen experiencias y evidencias que nos hacen pensar en un nuevo modelo de cuidado; para ello se requiere de una atención proactiva para estos pacientes y que sus necesidades pasen a ser una prioridad en la agenda de las políticas de salud.

Exige una mayor cooperación y coliderazgo de los profesionales y sus gestores, combinando estrategias de actuación.

IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

La identificación de estos pacientes permite dar una atención transversal, coordinada e integral que repercuta en su calidad de vida, la de sus familiares y en los costes sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, Gibson TB, Marder WD, Weiss KB, et al. Multiple chronic conditions: Prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *J Gen Intern Med.* 2007;22:391---5.
2. Wensing M, Vingerhoets E, Grol R. Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients. *Qual Life Res.* 2001;10:141---8.
3. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA.* 2003;289:1107---16.
4. Kerr EA, Heisler M, Krein SL, Kabeto M, Langa KM, Weir D, et al. Beyond comorbidity counts: How do comorbidity type and severity influence diabetes patients' treatment priorities and self-management. *J Gen Intern Med.* 2007;22: 1635---40.
5. Abellán A, Lorenzo L, Pérez J. Indicadores demográficos. En: Informe 2010. Las personas mayores en España. ~ Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2012. p. 31-60.
6. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Pla de Salut de Catalunya, 2011-2015. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2012. p. 1-182. (Consultado el 5/4/2016). Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla_de_salut_2011_2015/pla_de_salut_documents/
7. Montes Santiago J, Casariego Vales E, de Toro Santos M, Mosquera E. La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. *Galicia Clin* 2012;73(Supl.1): S7-S14.
8. Ortega Matas MC. Intervención proactiva desde una unidad de geriatría en la atención del paciente crónico complejo ingresado en un hospital de agudos. *Gerokomos.* 2014;25(4):152-158.
9. Gutierrez Rodríguez J, Domínguez Rojas V, Solano Jaurrieta JJ. Functional deterioration secondary to hospitalization for an acute disease in the elderly. An analysis of its incidence and the associated risk factors. *Rev Clin Esp.* 1999; 199:418-23
10. Atención a las personas en situación de dependencia en España LIBRO BLANCO. Capítulo VI. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. 2004
11. Proyección de la Población de España 2014-2064. Instituto Nacional de Estadística.

POSTER 31**AUTORES/AUTHORS:**

Marina Vilar Navarro

TÍTULO/TITLE:

Intervenciones de ejercicio físico en la enfermedad de Alzheimer.

Objetivos:

- Determinar las intervenciones de ejercicio físico que prevengan la enfermedad de Alzheimer o reduzcan sus complicaciones.
- Señalar los beneficios del ejercicio físico para la enfermedad de Alzheimer.
- Describir la información relacionada con la efectividad del ejercicio físico en la enfermedad de Alzheimer.
- Describir la implicación de enfermería en las intervenciones de ejercicio físico para la Enfermedad de Alzheimer.

Métodos:

Se realizó una revisión integradora de la literatura, con los descriptores en lenguaje natural y controlado "exercise", "Alzheimer disease" y "nursing care" en las bases de datos PubMed/Medline, Cochrane Plus, CINAHL, Cuiden e IBECs, LILACS y Medline a través del Portal Regional de la Biblioteca Virtual de la Salud. La búsqueda bibliográfica se realizó a partir de la pregunta clínica "¿Cuáles son las intervenciones de ejercicio físico que previenen la enfermedad de Alzheimer o reducen sus complicaciones?". Como criterios de inclusión se consideraron a aquellos estudios con una antigüedad menor a 5 años, en idioma inglés o castellano, realizados en la población humana y de tipo experimental, cuasiexperimental o revisiones sistemáticas. Como criterios de exclusión se consideraron aquellos estudios no relacionados con el tema y aquellos que aparecieron duplicados en las bases de datos. La calidad metodológica de los estudios se evaluó mediante las escalas JADAD, CASPe y TREND.

Resultados:

Se obtuvieron 21.283 artículos, reducidos a 1.956 tras aplicar los filtros a las bases de datos. Tras excluir los artículos no válidos y evaluar la calidad metodológica de los seleccionados, se incluyeron finalmente 20 artículos para la revisión integradora. Estos se clasificaron en función de la fase de la enfermedad de Alzheimer en la que se encontraban sus pacientes, en función del tipo de intervención de ejercicio físico que se realizó, en función de los beneficios que aportaban estas intervenciones, en función del lugar de residencia de los pacientes y en función de los profesionales que se implicaron en los estudios en primer lugar. Además también se clasificaron los estudios en función de su relación con la prevención o con el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer.

Discusión:

Las intervenciones de ejercicio físico son heterogéneas y presentan variabilidad en sus actividades; éstas intervenciones se clasificaron en aquellas de tipo multicomponente, aeróbico y mixto, abarcando actividades como clases de baile, videojuegos activos, ejercicios de resistencia o de fuerza, entre otros. Estas intervenciones aportaron beneficios tanto para la prevención de la enfermedad de Alzheimer como para su tratamiento en todas sus fases, aunque en menor grado en aquellos pacientes con la enfermedad de Alzheimer en fase severa. Estos beneficios incluyeron en mayor grado a aquellos relacionados con la función cognitiva, aunque también se denotaron beneficios en la función física, el estado funcional y los síntomas neuropsiquiátricos de los pacientes sanos o con deterioro cognitivo leve, así como en aquellos con la enfermedad de Alzheimer. Muchos estudios se muestran como efectivos, y la mayoría de ellos se realizan en pacientes procedentes de la comunidad, coincidiendo en que se encuentran en fases iniciales de la enfermedad; esto involucra directamente a los profesionales de enfermería de atención primaria, puesto que ese ámbito se basa en la prevención y en la reducción de las complicaciones de las enfermedades. Los profesionales de enfermería son muy importantes en esta enfermedad y en el ámbito de la atención primaria como muestran algunos artículos de este estudio, en el cual se implican como autores y como parte del equipo multidisciplinar que realiza estas intervenciones de ejercicio físico, además de realizar screenings, educación para la salud y evaluaciones a los pacientes. El profesional de enfermería, así como el resto de profesionales de la AP, tienen la habilidad potencial de captar a pacientes sanos o con la EA y proporcionarles intervenciones de EF para ayudarles a prevenir la EA o reducir sus complicaciones. Al mismo tiempo, cabe destacar la importancia de los cuidadores ya que pueden colaborar a evaluar, controlar o realizar las intervenciones de EF a los pacientes y además les pueden beneficiar indirectamente en su salud física, mental y social. Aun así, se requieren más estudios que definan el tipo de intervención de EF más adecuado a la fase de la EA en la que se encuentra el paciente.

Implicaciones para la práctica clínica:

Mediante la publicación de este estudio se permite la difusión de la información obtenida en él, para ayudar a los profesionales de la salud implicados en el cuidado de los pacientes a realizar la toma de decisiones relacionada con la práctica clínica de la forma más objetiva y basada en la mejor evidencia posible. Además, permite adecuar las intervenciones en función de las necesidades clínico-asistenciales y sociales de los pacientes, Por último, permite una corresponsabilidad de tareas por parte de los diferentes profesionales de la salud, entre ellos los profesionales de enfermería.

Conflictos de interés:

Este estudio no posee conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Marquez DX et al. A Latin dance randomized controlled trial for older Spanish-speaking Latinos. *Contemp Clin Trials*,38(2014)397–408. DOI:10.1016/j.cct.2014.06.012a
2. Stanmore E et al. The effect of active video games on cognitive functioning in clinical and non-clinical populations. *Neurosci Biobehav Rev*,78(2017)34–43. DOI:10.1016/j.neubiorev.2017.04.011
3. Mavros Y et al. Mediation of Cognitive Function Improvements by Strength Gains After Resistance Training in Older Adults with Mild Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc*.2016. DOI:10.1111/jgs.14542
4. Guure CB et al. Impact of Physical Activity on Cognitive Decline, Dementia, and Its Subtypes. *Biomed Res Int*.2017. DOI:10.1155/2017/9016924
5. Nascimento CM et al. Effect of a multimodal exercise program on sleep disturbances and instrumental activities of daily living performance on Parkinson's and Alzheimer's disease patients. *Geriatr Gerontol Int* 2014;14:259–266. DOI:10.1111/ggi.12082
6. De Andrade LP et al. Benefits of Multimodal Exercise Intervention for Postural Control and Frontal Cognitive Functions in Individuals with Alzheimer's Disease. *J Am Geriatr Soc*.2013.61:1919–1926. DOI:10.1111/jgs.12531
7. Serda i Ferrer BC et al. A Rehabilitation Program for Alzheimer's disease. *J Nurs Res* 2014 VOL.22,NO.3. DOI:10.1097/jnr.0000000000000046
8. Yu F et al. Affecting Cognition and Quality of Life via Aerobic Exercise in Alzheimer's Disease. *West J Nurs Res* 35(1)24–38. DOI:10.1177/0193945911420174
9. Cai H et al. Effect of exercise on cognitive function in chronic disease patients. *Clin Interv Aging* 2017;12 773–783. DOI:10.2147/CIA.S135700
10. Learner NA et al. Can physical activity be used to maintain cognitive function in nursing home residents with dementia. *Phys Ther Rev*,2016. DOI:10.1080/10833196.2016.1266138
11. Fritz NE et al. Motor-Cognitive Dual-Task Training in Persons with Neurologic Disorders. *J Neurol Phys Ther*.2015.Vol 39.DOI:10.1097/NPT.0000000000000090
12. Pitkälä K et al. Effects of the Finnish Alzheimer Disease Exercise Trial. *JAMA INTERN MED*.2013.VOL 173(NO. 10). DOI:10.1001/jamainternmed.2013.359
13. McLaren AN et al. Systematic review of nonpharmacologic interventions to delay functional decline in community-dwelling patients with dementia. *Aging Ment Health*.2013.DOI:10.1080/13607863.2013.781121
14. Staedtler AV et al. Nonpharmacological Therapy for the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Alzheimer's disease. *Worldviews Evid Based Nurs*, 2015;12:2,108–115. DOI:10.1111/wvn.12086

POSTER 32**AUTORES/AUTHORS:**

João Pedro Rocha, Isabel Barroso, Maria João Monteiro, Alexandra Pereira, Rui Pedro Pereira, Maria da Conceição Rainho

TÍTULO/TITLE:

Estilos de vida de los mayores que formaban parte del Movimiento Sénior de un municipio del norte de Portugal.

Introducción: teniendo en cuenta el envejecimiento de la población portuguesa, enfermeras valoran los factores determinantes del envejecimiento activo, la adopción de estilos de vida más saludables y un enfoque más participativo en la promoción del autocuidado. Estos aspectos son fundamentales para que los ancianos vivan más años y con más salud, contrariando el mito que cuando se es mayor, es demasiado tarde para cambiar los estilos de vida (DGS, 2006; DGS, 2014). Ribeiro y Paúl (2011) también destacan las redes informales de apoyo como relevantes para el envejecimiento activo. Los estilos de vida pueden definirse como la forma de vida basada en patrones de comportamiento identificables, que están determinados por la interacción de roles entre las características personales, interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (WHO, 2003). De los determinantes comportamentales forma parte la actividad física regular, como forma de promover la salud y evitar las incapacidades funcionales (WHO, 2002). El proyecto Movimiento Senior, fue desarrollado con el propósito de promover el envejecimiento activo a través de actividades de educación y formación que estimulen un estilo de vida saludable, y posibiliten a los ancianos la convivencia entre las generaciones y su bienestar (Câmara Municipal de Lousada, 2018). El Proyecto Movimiento Sénior, tiene como objetivos: i) colaborar para una mejor calidad de vida de los ancianos del municipio; ii) desarrollar actividades que impliquen la participación de los ancianos para promover la integración social, las relaciones interpersonales, el intercambio de vivencias y un papel activo en la sociedad. Objetivos: Determinar se la puntuación del cuestionario "Estilo de Vida Fantástico" (Silva, Brito & Amado, 2010). aumenta significativamente después de la implementación del proyecto de intervención. Métodos: se ha desarrollado un estudio longitudinal de naturaleza cuantitativa, del tipo pre y post-test. Se constituyó una muestra no probabilística de 175 ancianos. Se aplicó el cuestionario "Estilo de vida fantástico" de Silva et al. (2010), constituido por 30 ítems, cuya suma puede variar entre cero y 120 puntos, valores superiores indican mejora en los estilos de vida. El proyecto de intervención se desarrolló de noviembre de 2016 a febrero de 2017, a través de sesiones de educación para la salud, con juegos lúdicos y didácticos dirigidos a la promoción de alimentación saludable y la práctica de actividad física, en que participaron mayores que integraban el "Movimiento Sénior" de un municipio del norte de Portugal. Se realizó el análisis descriptivo e inferencial, siendo utilizado el test t student, para la comparación de medias en muestras emparejadas. Se adoptó el nivel de significancia de $p < 0,05$. Resultados: De los 175 mayores, la mayoría era del sexo femenino 127 (72,6%), con una media de edades de 75,3 años (desviación estándar de 6,5); con relación al estado civil 44,0% (77) eran casados, siguiéndose los viudos con el 43,4% (76). Después de la implementación del proyecto de intervención, se observan diferencias estadísticamente significativas en los valores obtenidos del cuestionario "Estilo de vida fantástico" la media en el momento pre-intervención ($M=77,8$; $DE=14,2$) y en el momento post-intervención ($M=82,9$; $DE=14,4$), ($t=13,6$; $p < 0,01$). Con la implementación del proyecto de intervención a través del desarrollo de actividades dirigidas para la adopción de una alimentación sana y para la práctica regular de actividad física, se observó un aumento significativo en la puntuación del cuestionario "Estilo de vida fantástico" que indica mejora en los estilos de vida de los ancianos. Discusión: El estudio mostró que la aplicación del proyecto de intervención puede contribuir a mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de patologías asociadas al envejecimiento, evitando o retardando su ocurrencia. En Europa, muchos ancianos se mantienen activos, con salud y participación social, incluso después de la jubilación, mientras que otros se enfrentan a la pobreza, las enfermedades y las incapacidades, que provocan limitaciones en el nivel de los estilos de vida (European Union, 2011). El envejecimiento activo está fuertemente influenciado por los estilos de vida, que si son saludables promueven el bienestar y la calidad de vida y retrasan o evitan la aparición de patologías (WHO, 2002). La adhesión a estilos de vida saludables puede desempeñar un papel importante en el envejecimiento activo (Ferry & Alix, 2002). De este modo, los servicios de salud, los profesionales, los cuidadores, los familiares y la comunidad, en asociación con las redes sociales, deben crear condiciones para la adopción de comportamientos saludables, para preservar la integración de los ancianos en la sociedad, así como acompañar al envejecimiento de los individuos, sus debilidades y cambios demográficos (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2013). Con relación a las implicaciones por la práctica destacamos el importante papel de los enfermeros en capacitar en el ámbito de los estilos de vida, promoviendo la adopción de comportamientos saludables y garantizando a los ancianos del "Movimiento Sénior" la participación activa en las decisiones sobre su propia salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Córdoba 2018. - 22nd International Nursing Research Conference. Córdoba 2018.

- Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (2013). Alimentação no ciclo de vida alimentação na pessoa idosa. Coleção E-books APN | N.º 31. 1 de Outubro de 2013 – Dia Internacional das Pessoas Idosas. Recuperado em 6 agosto, 2017, de http://www.spgg.com.pt/userfiles/file/apn_ebook_alimentacao%20no%20idoso.pdf
- Câmara Municipal de Lousada. (2018). Movimento Sénior. Recuperado em 5 maio, 2018, de <http://www.cm-lousada.pt/pt/movimento-senior>.
- Direção-Geral de Saúde. (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Recuperado em 12 junho, 2017, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). Portugal idade maior em números, 2014: A saúde da população portuguesa com 65 ou mais anos de idade. Lisboa: Direção de Serviços de Informação e Análise. Recuperado em 25 abril, 2017, de <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-idade-maior-em-numeros-2014.aspx>
- European Union. (2011). Active ageing and solidarity between generations: A statistical portrait of the European Union 2012. Luxembourg: Eurostat. Recuperado em 27 maio, 2017, de http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF
- Ferry, M., & Alix, E. (2002). A nutrição na pessoa idosa: Aspectos fundamentais, clínicos e psicossociais. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Ribeiro, Ó. & Paúl, C. (2011). Manual do envelhecimento ativo. Lisboa: Lidel.
- Silva, A. M. M., Brito, I. S. & Amado, J. M. C. (2010). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment with students in higher education. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Portugal.
- World Health Organization. (2002). Active ageing: a policy framework. Geneva: Autor. Recuperado em 15 abril, 2017, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

POSTER 33**AUTORES/AUTHORS:**

Rocío Segura Ruiz, Eduardo Collantes Estévez, M^a Aurora Rodríguez Borrego, Pablo Jesus Lopez Soto, Alejandro Escudero Contreras

TÍTULO/TITLE:

Recuperación de actividad física en pacientes mayores de 65 años intervenidos de fractura de cadera. Revisión Sistemática

OBJETIVO: Conocer el grado de recuperación de la actividad física en los pacientes mayores de 65 años intervenidos de fractura de cadera.

MÉTODO: Revisión sistemática realizada en las bases de datos Medline y Google Scholar. Periodo 2000 a 2018. Criterios de inclusión: estudios que abordaran la recuperación de actividad física tras una intervención de fractura de cadera y cuyos participantes tuvieran más de 65 años.

Estrategia de Búsqueda: Los descriptores en la forma de términos MeSH o búsqueda simple fueron: "Hip Fracture" AND "Physical Activity" AND "Change".

El proceso de selección se desarrolló según las recomendaciones de Moher et al. (2009). Organización de los datos con el programa Access. De cada artículo, fueron extraídos: el año de publicación, diseño de estudio, las variables dependientes e independientes, muestra, tiempo de seguimiento y resultados. Se construyeron tablas de sistematización lo que permitió posteriormente un análisis comparativo entre los diversos estudios. El enfoque de Grados de Recomendación, Evaluación, Desarrollo y Evaluación se utilizó para evaluar la calidad de la evidencia.

RESULTADOS: se encontraron 149 artículos, 37 fueron elegibles para una revisión completa. De estos nueve analizan los cambios en la actividad física después de una intervención de fractura de cadera, 6 son estudios observacionales, 2 casos-control y uno dosis-respuesta. En ellos hay un nivel moderado de evidencia.

DISCUSION: del conjunto de estudios analizados se obtiene que el seguimiento de los pacientes se realizó mayoritariamente durante 6 y 12 meses, observando que: Los hombres se recuperaron más rápido del estado de ánimo deprimido. Las mujeres eran más dependientes funcionalmente en la locomoción, las transferencias y el control del esfínter. A los 6 meses el 70% de los pacientes que vivían en la comunidad recuperaron la función física frente al 22% que tenía atención a largo plazo. El 25% de las personas mayores fracturadas de cadera experimentaron un dolor moderado a muy intenso, desde los seis meses a un año después del alta. El dolor experimentado durante el primer mes después del alta, impactó significativamente en la calidad de vida durante todo el año posterior al alta. El dolor postoperatorio se asocia con una mayor estancia hospitalaria, retraso en la deambulaci3n y deterioro funcional a largo plazo. Los pacientes intervenidos de fractura de cadera se mueven menos y son funcionalmente más dependientes junto con la reducci3n de la independencia social. El 60% de pacientes con miedo a las caídas evitaban las actividades de la vida diaria y necesitaban más ayuda para realizarlas. La dosis máxima tolerada de caminar para adultos después de la fractura de cadera fue de 100 min / semana.

Aun asumiendo que el presente estudio de revisión sistemática presenta limitaciones por el número de bases consultadas, se puede concluir que el dolor es un factor determinante en la recuperación de la actividad física, persistiendo incluso 6 meses después del alta.

Implicaciones para la práctica: los datos obtenidos sugieren que son necesarias intervenciones dirigidas a reducir el dolor, ejercicios para mejorar el equilibrio y la fuerza muscular y ofrecer elementos de soporte que disminuya el miedo a las caídas.

El estudio no tiene conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Salpakoski A, Portegijs E, Kallinen M, Sihvonen S, Kiviranta I, Alen M, et al. Physical inactivity and pain in older men and women with hip fracture history. *Gerontology*. 2011;57(1):19–27.
2. Arinzon Z, Shabat S, Peisakh A, Gepstein R, Berner YN. Gender differences influence the outcome of geriatric rehabilitation following hip fracture. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010 Feb;50(1):86–91.
3. Beaupre LA, Cinats JG, Jones CA, Scharfenberger AV, William C Johnston D, Senthilselvan A, et al. Does functional recovery in elderly hip fracture patients differ between patients admitted from long-term care and the community? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*.

2007 Oct;62(10):1127–33.

4. Shyu Y-IL, Chen M-L, Chen M-C, Wu C-C, Su J-Y. Postoperative pain and its impact on quality of life for hip-fractured older people over 12 months after hospital discharge. *J Clin Nurs*. 2009 Mar;18(5):755–64.
5. Morrison RS, Magaziner J, McLaughlin MA, Orosz G, Silberzweig SB, Koval KJ, et al. The impact of post-operative pain on outcomes following hip fracture. *Pain*. 2003 Jun;103(3):303–11.
6. Norton R, Butler M, Robinson E, Lee-Joe T, Campbell AJ. Declines in physical functioning attributable to hip fracture among older people: a follow-up study of case-control participants. *Disabil Rehabil*. 2000 May 20;22(8):345–51.
7. Hall SE, Williams JA, Senior JA, Goldswain PR, Criddle RA. Hip fracture outcomes: quality of life and functional status in older adults living in the community. *Aust N Z J Med*. 2000 Jun;30(3):327–32.
8. Jellesmark A, Herling SF, Egerod I, Beyer N. Fear of falling and changed functional ability following hip fracture among community-dwelling elderly people: an explanatory sequential mixed method study. *Disabil Rehabil*. 2012;34(25):2124–31.
9. Peiris C, Shields N, Kingsley M, Yeung J, Hau R, Taylor N. Maximum Tolerated Dose of Walking for Community-Dwelling People Recovering From Hip Fracture: A Dose-Response Trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2017;98(12):2533–9.

POSTER 36**AUTORES/AUTHORS:**

M^a Carmen Gómez Martín, M^a Ángeles Aceituno López, Esperanza Zuriguel Pérez, Montserrat Martínez Muñoz, Marina Vilches Cañizares, Albert Cortes Borra, Agustín García Licerías, Montserrat López Gómez, Mercedes Nebra Muñoz

TÍTULO/TITLE:

Efectividad de una estrategia formativa entre iguales sobre la documentación de los cuidados enfermeros

Objetivo

En el desarrollo de la gestión de cuidados centrados en el paciente que está realizando en el hospital y después de la formación de la metodología para la documentación de los cuidados enfermeros se ha iniciado una formación de enfermeras referentes de las unidades y por turnos sobre unos temas específicos y así que puedan acompañar a los profesionales enfermeros que forman el equipo de la unidad, nos interesa conocer la efectividad de la estrategia y la mejora en la documentación.

Método

Se ha diseñado un estudio casiexperimental pre-post sin grupo control, se harán formaciones a las enfermeras referentes de las unidades de todos los turnos (2 unidades obstetricia, 1 unidad de observación urgencias maternal y 1 unidad oncoginecología, en pediatría 5 unidades médicas, 1 unidad de cirugía y 1 unidad de observación urgencias pediátrica), donde se han trabajado los diferentes temas como son la planificación de cuidados (planes de cuidados y el registro de la frecuencia respiratoria relacionado con el patrón respiratorio), valoración nutricional (relacionado con el control del peso, talla y planificación del control de la ingesta) y hasta diciembre del 2018 se formarán los catéteres venosos, continuidad de curas de las heridas quirúrgicas e informes de alta y el último tema las observaciones de la evolución del paciente, para los resultados de los datos son obtenidos de los registros informatizados y 5 auditorías por unidad cada mes.

Resultados

Los datos obtenidos son los registros informatizados de todos los pacientes ingresados en las unidades durante el periodo enero a marzo 2018 y enero a marzo 2017, en pacientes con planes de cuidados (83,34%, 2017; 84,68%, 2018), el registro sistematizado de la frecuencia respiratoria (46,76%, 2017; 53,82%, 2018), Control ponderal (81,80%, 2017; 86,34%, 2018), Control peso y talla (42,74%, 2017; 65,63%, 2018) y la planificación del control ingesta (31,42%, 2017; 25,94%, 2018) que son los relacionados con los temas trabajados planificación de los cuidados enfermeros y valoración nutricional, indican una mejoría en algunos como la talla bastante importante para calcular índice de masa corporal.

Discusión

De los datos relacionados se evidencia que el primer tema trabajado en enero y febrero la planificación de cuidados que incluía la valoración del patrón respiratorio con la variable frecuencia respiratoria, se presenta un incremento en ambas. El segundo tema la valoración nutricional marzo y abril el que mejora bastante es la talla y disminuye el control de ingesta, se ha de tener en cuenta que cada tema se trabaja durante los dos meses con sesiones sobre los casos ingresados y actualmente es la valoración nutricional.

Implicaciones para la práctica

La realización de estas formaciones implica tener el referente dentro de la unidad y del turno para poder hacer planificación de cuidados, unificar la práctica clínica y mejorar en la continuidad de cuidados entre los diferentes turnos, mejorando la calidad asistencial y seguridad de paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Álvarez Pérez PR. (2012). Los planes de tutoría de carrera: una estrategia para la orientación al estudiante en el marco del EEES. *Educación*, 48: 247-266.
2. Aubert A., García C. & Racionero S. (2009). El aprendizaje dialógico. *Cultura y Educación*, 21: 128-140.
3. Cachón Pérez JM., Álvarez López C. & Palacios Ceña D. (2012). The meaning of standardized language NANDA-NIC-NOC intensive care nurses in Madrid: a phenomenological approach. *Enfermera Intensiva*, 23 (2): 68-76.
4. Erol R., Upton P. & Upton D. (2016). Supporting completion of an online continuing professional development programme for newly qualified practitioners: A qualitative evaluation. *Nurse Education Today*, 42-62-8
5. Kelley TF., Brandon DH. & Docherty SL. (2011). Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care.

JournalofNursingScholarship, 43(2):154-62.

6. Christiansen A. & Bell A (2010). Peer learning partnerships: exploring the experience of pre-registration nursing students. JournalofClinicalNursing, 19: 803–810.

7. Chojecki P., Lamarre L., Buck M., St-Sauveur S., Eldaoud N. & Purden M. (2010). Perceptions of a peer learning approach to pediatric clinical education. InternationaJournalofNursingEducationScholarship, 7 (1): 1-14

POSTER 38**AUTORES/AUTHORS:**

Raquel Ariño Ferrer, Silvia Obarrio Fernandez, Alfonso Buenaventura Florit, Maria Angeles Perez Folgueira, Celia Ferreiro Veiga, Maria del Pilar Borrás Pons

TÍTULO/TITLE:

Dificultades en la implantación de registros informatizados de enfermería sobre ostomías en un hospital de segundo nivel

OBJETIVO

Dentro del marco de implantación de la Guía de Práctica Clínica: Cuidado y Manejo de la Ostomía, en un centro comprometido con la excelencia en cuidados, una de las tareas realizadas ha sido la creación de tres registros informatizados específicos para pacientes ostomizados; los cuales surgen de la necesidad de llevar a cabo un seguimiento exhaustivo y de calidad de estos pacientes; unificar criterios, detectar y solventar complicaciones reales y potenciales, así como poder realizar un feed-back con ellos. Sin embargo, durante su puesta en marcha han surgido diferentes inconvenientes que han puesto de manifiesto dificultades con la implantación.

El objetivo del estudio:

Evaluar el grado de implantación y los factores asociados a la cumplimentación de los registros informatizados en un hospital de segundo nivel.

MÉTODO

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en la unidad de hospitalización quirúrgica (cirugía y urología) de un hospital de segundo nivel y de la Consulta de Enfermería de Ostomías.

El tamaño de la muestra fueron 44 personas que han sido ostomizadas entre el 1 de Abril de 2017 y el 1 de Abril de 2018.

Las variables estudiadas son:

Registro A: la visita preoperatoria.

Registro B: incluyen los datos de la intervención quirúrgica, características del estoma y piel periestomal, complicaciones, tipo de dispositivos y alta hospitalaria.

Registro C: abarca la información referente a la educación para la salud, la calidad de vida, las complicaciones que puedan surgir al alta y un plan de cuidados (NANDA, NIC, NOC).

RESULTADOS

De los 44 ostomizados de la muestra, un 84.10% son susceptibles de tener registros completos, ya que el resto han sido intervenidos antes del período de estudio o en otros hospitales diferentes.

La cumplimentación del Registro A fue un 18.90% de los que cumplen los criterios de inclusión.

Referente a la cumplimentación del Registro B se obtiene, por ítems, los siguientes datos: datos de intervención quirúrgica: 50%, características del estoma y de la piel periestomal: 47.72%, complicaciones: 36.36%, dispositivos: 45.45% y datos al alta hospitalaria: 45.45%.

El registro C, que se trabaja en la consulta de enfermería de ostomías de manera ambulatoria, recoge 37 de los 44 pacientes totales; lo que supone un 84.09% de pacientes con registro. Obteniendo por ítems: información sobre educación para la salud y calidad de vida: 81.81%, complicaciones: 70.45% y plan de cuidados: 84.09%.

En la implantación han sucedido una serie de acontecimientos adversos que han dificultado la correcta cumplimentación de los registros tales como: el cambio en la supervisión de la unidad (en mitad del período de estudio), la sustitución del 50% de la plantilla (debido a incapacidades temporales, traslados y excedencias maternas) y el cambio de una las tres responsables de la consulta de enfermería de Ostomías.

A todo esto se suma que únicamente un 16% de este personal dispone de permisos para realizar dichos registros; a pesar de que un 50% de la plantilla son impulsores de la Guía de Práctica Clínica.

DISCUSIÓN

Podemos decir como conclusión que la cumplimentación de estos tres registros no siempre se han llevado a cabo, y si se han cubierto, no ha sido de forma homogénea.

Si a esto le añadimos la existencia de un bajo porcentaje de personal con conocimientos en este tema y permisos para registrar, hace que dicho trabajo sea más arduo.

Por otro lado, contar con una plantilla estable facilitaría la implantación.

Como implicación para la práctica remarcar la gran importancia de registrar en nuestro trabajo; ya que todo lo que no queda registrado es cómo si no se hubiese realizado. La única forma de saber si un registro se está utilizando correctamente es mediante la realización de feed-back con el personal que lo utiliza; dándonos herramientas para poder modificarlo si fuese necesario. Este estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Torrecilla Cilleros E. Necesidad de registrar en la profesión enfermera [Internet]. Universidad Internacional de Cataluña; 2015. Disponible en: http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/252220/TFG_Estefanía_Torrecilla_Cilleros.pdf?sequence=1
2. Casals Suau G, Costa Lopez M, Fenollar Boixader M, Vila Gangolells M. ADAPTACIÓN DE UN REGISTRO DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE HEMODIÁLISIS. Rev Seden [Internet]. 2008;33:0-4. Disponible en: [http://www.revistaseden.org/files/1961_9\[2\].pdf](http://www.revistaseden.org/files/1961_9[2].pdf)
3. Ramírez S, Marco A, Morganizo L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. NURE Investig [Internet]. 2007;4(28). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/335>

POSTER 39**AUTORES/AUTHORS:**

Francisco José García Sánchez, María Laura Parra Fernández, María del Carmen Prado Laguna, Beatriz Rodríguez Martín

TÍTULO/TITLE:

Percepciones y vivencias sobre los cuidados domiciliarios a las úlceras por presión en España.

Objetivo: Conocer las vivencias y percepciones sobre las úlceras por presión en personas que las presentan, o las han presentado, y de los cuidadores principales en el ámbito domiciliario.

Método: Siguiendo la metodología de la Teoría Fundamentada se realizaron entrevistas en profundidad, que fueron grabadas en audio y analizadas. Participaron 10 pacientes y 15 cuidadores de enfermos que padecieran una úlcera por presión, de las cuatro zonas de salud de Puertollano (Ciudad Real, España). Los pacientes debían ser mayores de edad, presentar úlceras por presión categoría 2, 3 o 4 al menos 30 días (entre 2014 y 2015), excluyendo las personas con heridas agudas, diagnóstico de deterioro cognitivo, patología mental o que no fueran capaces de comunicarse en español. Los cuidadores fueron mayores de 18 años y no percibieron remuneración por el cuidado, excluyendo aquellos que no pudieran comunicarse en español.

Resultados: Las úlceras por presión son vividas como lesiones dolorosas, siendo el dolor el síntoma principal ligado a su presentación; lesiones inevitables ligadas a la edad y/o la patología asociada; lesiones que aparecen por desconocimiento en los mecanismos de producción y/o prevención. Los cuidados de estas heridas se perciben satisfactoriamente, prefiriendo los cuidados familiares y en domicilio, a pesar de los obstáculos que puedan aparecer para ello, y necesitando de adaptaciones personales para poder cuidar, estando dispuestos a colaboración en documentos técnicos sobre la patología.

Discusión: Los participantes están satisfechos con los cuidados realizados en domicilio, ligando esa preferencia a los modelos tradicionales de cuidados a los mayores, realizados por la familia y la mujer. Aparecen obstáculos a la colaboración con los profesionales en el cuidado, percibiendo diferencias entre atención primaria y hospital si bien se valoran positivamente ambos servicios. Padecer estas heridas y cuidar a un familiar supone importantes adaptaciones en la vida personal, familiar y laboral. Las vivencias y percepciones de los pacientes con úlceras por presión y sus cuidadores pueden ser tenidas en cuenta para incorporarlas en el diseño de nuevas estrategias, protocolos y guías de práctica clínica para la prevención y tratamiento de esta patología como forma de colaborar en la toma de decisiones compartidas en este proceso asistencial.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou J-E, Verdú Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiology of pressure ulcers in Spain in 20
2. McGinnis E, Briggs M, Collinson M, Wilson L, Dealey C, Brown J, et al. Pressure ulcer related pain in community populations: a prevalence survey. *BMC Nurs* 2014 13:16.
3. Franks PJ, Winterberg H, Moffatt CJ. Health-related quality of life and pressure ulceration assessment in patients treated in the community. *Wound repair Regen* 2002;10(3):133–140.
4. Essex HN, Clark M, Sims J, Warriner A, Cullum N. Health-related quality of life in hospital inpatients with pressure ulceration: Assessment using generic health-related quality of life measures. *Wound Repair Regen* 2009;17(6):797–805.
5. Moore Z, Cowman S. Pressure ulcer prevalence and prevention practices in care of the older person in the Republic of Ireland. *J Clin Nurs* 2012 ;21:362–71.
6. VanGilder C, MacFarlane G. Results of nine international pressure ulcer prevalence surveys: 1989 to 2005. *Ostomy/wound* 2008;54(2):40–54.
7. Hurd T, Posnett J. Point prevalence of wounds in a sample of acute hospitals in Canada. *Int Wound J* 2009 ;6:287–293.
8. Vanderwee K, Clark M, Dealey C. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *J Eval* 2007 ;13:227–235.
9. da Silva Cardoso JR, Blanes L, Augusto Calil J, Ferreira Chacon JM, Masako Ferreira L. Prevalence of pressure ulcers in a Brazilian hospital: results of a cross-sectional study. *Ostomy Wound Manag.* 2010;56(10):52–57.
10. Suntken G, Starr B et al. Implementation of a comprehensive skin care program across care settings using the AHCPH pressure ulcer prevention and treatment guidelines. *Ostomy Wound Manag.* 1996;42(2):20–2, 4–6, 8–30 passim.

11. Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. *Age Ageing*. 2004;33(3):230–5.
12. Javier J, Agreda S. Pressure Ulcers in Gerontology Epidemiologic, Economic, Ethics and Legal Dimensions. 2007;
13. Spilsbury K, Nelson A, Cullum N, Iglesias C, Nixon J, Mason S. Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: Hospital inpatient perspectives. *J Adv Nurs*. 2007;57(5):494–504.
14. Beitz JM, Goldberg E. The Lived Experience of Having A Chronic Wound: A Phenomenologic Study. *MEDSURG Nursing—February*. 2005;14(1):51–82.
15. Hopkins A, Dealey C, Bale S, Defloor T, Worboys F. Patient stories of living with a pressure ulcer. *J Adv Nurs*. 2006;56(4):345–53.

POSTER 40**AUTORES/AUTHORS:**

Celia Valderrama Álvarez, Carolina González Hernando, Ana Isabel Ganso Pérez

TÍTULO/TITLE:

La imagen y sus significados en la Salud Colectiva de la Comuna de Nikki (Benín, África)

Introducción:

El presente estudio constituye un apartado del programa de salud, Né à Nikki, impulsado por jóvenes de la organización OAN International (1) en colaboración con la ONG local JEDES BESEN Sia. Este programa se desarrolla en la Comuna de Nikki, situada al norte de Benín y donde la tasa de mortalidad materno - infantil posee datos alarmantes. Cabe mencionar cifras como una mortalidad materna de 600 casos por cada 100.000 embarazos o un uso del 13% de métodos anticonceptivos (2).

Objetivos:

El objetivo general del estudio fue analizar una fotografía tomada durante una sesión de Educación para la Salud Comunitaria en África.

Métodos:

Se llevó a cabo una investigación cualitativa utilizando el método iconológico, desarrollado en tres niveles. La iconología permitió el empleo de un estudio descriptivo y clasificatorio de una imagen a partir de su aspecto exterior y de sus asociaciones contextuales que buscó descifrar el tema de una figuración (3). La muestra fue a conveniencia, compuesta por 18 participantes. Entre las características, cabe mencionar que se trató de 9 hombres y 9 mujeres de edades comprendidas entre 18 y 56 años que viven en dos continentes diferentes. La participación fue voluntaria y los informantes se codificaron siguiendo las normas éticas de investigación. El instrumento utilizado fue una fotografía tomada en SEREKALE, un distrito situado en la Comuna de Nikki. Se invitó a los participantes, por medios online, al análisis de la fotografía. Se les pidió que, tras una observación minuciosa y reflexión, enviaran su respuesta a la pregunta: "¿qué es lo que más le llama la atención de esta imagen?". Se enviaron las respuestas por escrito a la investigadora principal que realizó un análisis del contenido a través de la categorización y la triangulación de datos.

Resultados:

Se encontraron diferentes interpretaciones de la imagen entre europeos y africanos.

Todos los participantes coincidieron en que el cuidado es un rol asignado a las mujeres: "las mujeres se implican en su maternidad y en el cuidado de los hijos" o "veo que las mujeres son el núcleo de la familia".

Sin embargo, fue posible determinar la existencia de diferentes categorías en las que encuadrar la mayoría de las respuestas. Los europeos destacaron la desigualdad de género, aspectos relacionados con la cultura y la importancia del liderazgo; frente a los africanos, que hicieron mayor hincapié en la falta de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, aspectos relacionados con mitos y leyendas y la pobreza.

Discusión e implicaciones para la práctica:

La fotografía constituye una poderosa herramienta de observación e interpretación de la realidad social y su uso en investigación supone dar visibilidad a aspectos no contemplados con otros métodos. Nos invita a interpretar e interrogarnos acerca del sentido de la imagen y las particularidades del contexto en el que fue tomada. La inclusión de un antropólogo aplicado, como miembro de un equipo, para planificar, implementar y evaluar, podría ser de gran interés para aumentar la eficiencia de los programas desarrollados (4). Además, para mejorar la salud colectiva, se deben tener en cuenta los Determinantes Sociales de la Salud que incluyen factores existentes como son el género, la raza o la clase social (5). Todos ellos tienen en común que dependen del contexto y son dinámicos al ser construcciones culturales. Por último, conocer las particularidades culturales aporta una valiosa información para futuras intervenciones de Educación para la Salud, por parte de enfermeras en proyectos multidisciplinarios de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

La autora declara no existir conflictos de intereses.

Otros datos:

Si desea obtener más información sobre el estudio, la organización "OAN International" o quiere obtener documentos detallados sobre proceso de investigación, puede contactar por email con la investigadora principal: c.valderrama@oaninternational.org

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. OAN International. [Online].; 2014 [cited 2018 Marzo]. Available from: <http://www.oaninternational.org/>.
2. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015 [cited 2017 Diciembre]. Available from: <http://www.who.int/countries/ben/fr/>.
3. Castiñeiras González MA. Introducción al método iconográfico. 5ª ed. Barcelona: Ariel; 2009.
4. Harris M. Antropología Cultural. 3ª ed. Madrid: Alianza editorial; 2014.
5. Marmot M, Wilkinson RG. Social Determinants of Health. 2ª ed. Londres: Oxford University Press.

POSTER 44**AUTORES/AUTHORS:**

M^a Antonia Martínez-Momblan, Javier Colina-Torrvalva, Luis Prado-Ramón, Pilar Delgado-Hito, Marta Romero-García, Laura de la Cueva-Ariza

TÍTULO/TITLE:

TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO Y NIVEL DE SATISFACCIÓN A LOS TUTORES INSTITUCIONALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

OBJETIVO

Evaluar el nivel de satisfacción de los tutores institucionales con la formación recibida en el contexto de la práctica clínica del Grado de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

METODOLOGÍA

Método. Metodología cuantitativa de tipo descriptivo y transversal.

Ámbito de estudio. La Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Barcelona.

Población y muestra. 162 tutores institucionales de los siguientes centros sanitarios: Consorci Sanitari Parc Taulí, Sant Joan Despí Moisés Broggi, Hospital de Viladecans, Fundació Esperit Sant, Sagrat Cor, Fundació Plató durante el curso académico 2016-2017 que imparten docencia en las asignaturas de Estancias Clínicas I y II del Grado de Enfermería. Muestreo por conveniencia.

Instrumentos y procedimiento. Para evaluar el nivel de satisfacción se elaboró un Cuestionario ad-hoc con 5 dimensiones y 14 ítems: Docencia profesorado; ¿Se han explicado con claridad?, ¿Se han alentado la participación?. ¿Han facilitado el intercambio de experiencias? Y ¿Dominaba el tema a desarrollar. Metodología; ¿ha adquirido nuevos conocimientos?, ¿Se han cubierto los objetivos? Y ¿Ha sido adecuada la metodología a los objetivos planteados?. Organización e instalaciones; ¿La organización ha sido correcta?, ¿La sala y/o instalaciones han sido adecuados? Y ¿El número de alumnos del grupo ha sido adecuado?. Contenidos y tema; ¿En qué medida le han resultado útiles? ¿En qué medida se han cumplimentado las expectativas?. Satisfacción Global; ¿Grado de satisfacción con la teoría impartida?, ¿Grado de satisfacción con la práctica impartida?. El cuestionario contó con 14 ítems y una pregunta abierta sobre posibles sugerencias en el contexto de la sesión recibida. Cada uno de los ítems se midió de acuerdo a una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta: 1) Nada Satisfecho, 2) Poco Satisfecho, 3) Satisfecho, 4) Muy satisfecho, siendo la puntuación mínima de 14 y máxima de 56. También se recogieron variables sociodemográficas. La cumplimentación se realizó al finalizar las sesiones formativas a los tutores académicos de forma voluntaria y anónima. Dichas sesiones mostraron a los tutores académicos el marco normativo, las funciones del tutor/a académico, el marco competencial, los instrumentos de aprendizaje y la evaluación de los mismos, siempre desde la reflexión y evidencia en la práctica.

Aspectos éticos. Se solicitó el consentimiento informado a cada uno de los tutores participantes en las sesiones. Cuenta con la aprobación del Comité Bioético de la Universidad de Barcelona (IRB00003099).

Análisis de los datos. Análisis descriptivo mediante frecuencias y porcentajes e inferencial a partir del coeficiente de correlación de Spearman. Se utilizará como soporte el Programa Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

La muestra final estuvo formada por el 90% (n=146) de los tutores institucionales siendo un 93% (n=136) mujeres. El nivel de satisfacción global fue de 50,4, con valores mínimos de 38 y máximos de 56. En relación a las dimensiones analizadas se obtuvieron las siguientes medias de satisfacción: Docencia del profesorado de 3,9; Metodología 3,5; Organización e instalaciones 3,5; Contenidos Temáticos 3,6 y Satisfacción general 3,6. Las sugerencias muestran que el 37% (n= 54) de los tutores institucionales necesita mayor información sobre el manejo de las rúbricas de evaluación (diario reflexivo, proceso enfermero, seminario de farmacología y seminario de nutrición) en el contexto de la práctica clínica y un 22% (n=32) refieren necesitar mayor formación a nivel general.

DISCUSIÓN

Los niveles de satisfacción global de la formación recibida por los Tutores Institucionales oscilan entre satisfactorios y muy satisfactorios. Las sugerencias descritas nos orientan a acortar las distancias entre la tutora institucional y los responsables de asignaturas, estableciendo documentos marcos de práctica clínica que sirvan de guía y soporte en el proceso de seguimiento y evaluación de todos los agentes implicados en la formación de los estudiantes en el contexto de la práctica clínica.

IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

En el contexto de la práctica clínica de los estudios de Ciencias de la Salud, intervienen diferentes agentes que deben adquirir

conocimiento y habilidades que repercutirán directamente en la calidad de lo que hace y como lo hace. Es por ello, que la transferencia de conocimiento en el tutor institucional la hemos implementado a lo largo del año académico y en todos los centros que intervienen en la formación en prácticas clínicas de los estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería y dentro del Departamento de enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.-Juvé Udina E, Farrero Muñoz S, Matad Calvo C, Monterde Prat D, Fierro Barrabás G, Marsal Serra R, Reyes Martin C, García Vidal B, Pons Prats A, Arnau Vives M, Martinez Luque R, et al. ¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales? *Nursing* 2007; 25 (7): 50-61.
- 2.-Fahy A. Evaluating clinical competence assessment. *Nurs Stand.* 2011; 17-23;25(50):42-48.
- 3.-Tanji S, Lopes CM, Vieira AP, Rodrigues W, De Paula C. Confrontación de criterios de evaluación del aprendizaje ante las apreciaciones de los estudiantes de enfermería. *Enfermería Global.* 2010; 9(1): 122-127.
- 4.-Judith Needham, Anne McMurray , Ramon Z. Shaban . Best practice in clinical facilitation of undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice.* 2016; 20: 131-138.
- 5.-Kneafsey R. Developing skills in safe patient handling: mentors' views about their role in supporting student nurses. *Nurse Educ Pract.* 2007; 7(6):365-72.
- 6.-Ginsburg LR, Tregunno D, Norton PG. Self-reported patient safety competence among new graduates in medicine, nursing and pharmacy. *BMJ Qual Saf.* 2013; 22 (2): 147-54.
- 7.-Martínez Figueira, M^a E. Ser tutor ¿cuestión de personalidad o de profesionalidad? *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía.* 2010; 21 (3): 1‐6.
- 8.-Molina, E. et al. La mejora del prácticum, esfuerzo de colaboración. *Profesorado, Revista de Currículum y Formación de Profesorado.* 2004; 8(2).
- 9.-Campbell,C.M., Smith,M., Dugan,J.P., and Komives, S.R. Mentors and college student leadership outcomes: The importance of position and process. *The Review of Higher Education,* 2012; 35(2): 595-625.
- 10.-Gershenfeld, S. A review of undergraduate mentoring programs. *Review of Educational Research,* 2014; 84: 365-91.

POSTER 45**AUTORES/AUTHORS:**

Montserrat Faro-Basco, Olga Isern-Farrés, Joan Carles Casas-Baroy

TÍTULO/TITLE:

Actitud de los estudiantes de enfermería ante el diagnóstico de una enfermedad grave.

Introducción

Desde la práctica centrada en el usuario, los profesionales de la salud han de tener el convencimiento de que quien sufre una enfermedad tiene el derecho a ser informado si lo desea, amparado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad BOE núm 102 de 29 de abril (1), concretada en Catalunya por la LLEI 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica (2).

Informar del diagnóstico de una enfermedad grave implica plantear la proximidad de la muerte, de nuestra propia muerte, cuando es a nosotros a quien nos diagnostican la enfermedad grave, o a alguien con quien estamos estrechamente vinculados (3)

Es frecuente en nuestro entorno cultural ocultar el diagnóstico o el pronóstico al paciente que sufre una grave enfermedad, consecuencia del rechazo y la negación que la muerte genera en nuestra sociedad (4) y del temor a provocar un daño o sufrimiento emocional al enfermo (5). Este hecho supone una gran dificultad para una correcta comunicación, tan necesaria para poder acompañar a la persona que tiene que afrontar uno de los momentos más difíciles de su vida.

Son muchos los estudios que demuestran que el conocimiento del diagnóstico permite al usuario y a la familia afrontar la situación y tomar el control de la enfermedad.

Objetivo

Analizar la actitud de los estudiantes de enfermería en relación a si desearían conocer su diagnóstico ante una enfermedad grave y en relación a si tuvieran que comunicar a un familiar directo que este padece una enfermedad grave.

Método

Se diseñó un estudio cualitativo de tipo descriptivo. La población de estudio estuvo constituida por estudiantes del Grado en Enfermería. La muestra de estudio estuvo formada por 158 estudiantes matriculados en la asignatura Cuidados al Final de la Vida que se imparte en 4º curso, de los años 2012-13, 13-14, 14-15 i 17-18. La recogida de datos de realizó a través en un cuestionario en formato papel, con preguntas abiertas y que se distribuía en el aula antes de tratar los temas referentes a comunicación e información. Se invitó a los estudiantes a participar de forma voluntaria, asegurando la confidencialidad y anonimato de las respuestas. El análisis de las respuestas se realizó a través del análisis de contenido del texto y posterior categorización.

Resultados

Ante la pregunta ¿Si sufieras una enfermedad grave querrías saber el diagnóstico?, el 98,1% de los estudiantes respondieron SI querrían saberlo, frente a un 1,9% que respondieron que NO.

De los que, SI querrían saberlo, el 56,13% especifican las razones de su respuesta, las cuales se exponen a continuación:

Afrontar mejor la situación (32,18%), Disfrutar del tiempo que me queda (17,24%), Querer saberlo todo (12,64%), No vivir engañado y No saberlo todo (10,34%), Miedo que provocaría saberlo (5,74%), Tomar decisiones y Poderse despedir (3,44%), Es un derecho saberlo (2,29%), Reafirmar el Sí (9,19%).

El 1,9% (3) de los estudiantes que han declarado que no querrían saberlo, no han dado razones de ello.

Ante la pregunta ¿Le dirías a un familiar directo que sufre una enfermedad grave?, el 91,14% de los estudiantes respondieron SI se lo dirían, respecto el 8,86% que respondieron que NO. Entre el grupo que SI se lo dirían se distinguen dos subgrupos, los que afirman un SI y los que afirman un SI condicionado.

De entre los que han respondido SI se lo dirían, han declarado las razones siguientes:

Es un derecho (56,81%), Afrontar la situación (25,01%) y No engañar (18,18%)

De entre los que han respondido SI condicionado, las razones son las siguientes:

Si el familiar quiere saberlo (40,2%), Es difícil comunicarlo (16,49%), Depende del familiar (15,46%), Depende de la situación (11,3%), Ha de hacerlo un profesional (9,27%), No debe saberlo todo (6,1%) y Con ayuda de otra persona (1,03%).

Discusión

Casi la totalidad de los estudiantes quieren que se les informe que padecen una enfermedad grave, aunque solo el 50% informaría a un familiar directo que la padece.

Existe una contradicción entre querer saber, pero no explicar.

Es necesario insistir entre los futuros profesionales de la enfermería que la información es un derecho del enfermo y dotarlos de herramientas que permitan afrontar la comunicación y aceptación de una mala noticia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. BOE.es [Internet]. Madrid: BOE; 1986 [actualizado 29 abril 1986; citado 20 de abril 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
2. Gencat.cat [Internet]. Barcelona: Portal Jurídic de la Generalitat de Catalunya; 2010 [actualizado 11 junio 2010; citado 20 abril 2018]. Disponible en http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa?action=fitxa&documentId=246194
3. Astudillo W, Mendieuta C, Astudillo E. Bases para mejorar la comunicación en el cuidado del paciente en fase terminal. En: Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Pamplona: Universidad de Navarra EUNSA; 2002.
4. Astudillo W, Mendieuta C. ¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal? ARS Medica [Internet]. 2005 [citado 20 Ab 2018];11:61-85. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/cp/lecturas/Astudillo.pdf>
5. Domínguez C, Expósito J, Barranco J, Pérez S. Dificultades en la comunicación con el paciente de cáncer y su familia: la perspectiva de los profesionales [Internet]. Rev Calidad Asistencial. 2007;22(1):44-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-dificultades-comunicacion-con-el-paciente-13098457>

POSTER 46**AUTORES/AUTHORS:**

María Agustina Tapia Mieles, Fanny Mirian Chávez Vélez, Sonia Pico Benitez, Carmen Guaranguay Chaves, Magaly Sabando Mera, Lilia Sanchez Chóez

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIANTES DEL PRIMER AÑO UNIVERSITARIO Y SU PERCEPCIÓN DE RIESGO ANTE EL VIH/SIDA

De acuerdo a la estadística de la ONUSIDA, en el 2016 se reportó 36,7 millones de personas infectadas con el VIH a nivel mundial, para el mismo año en Ecuador se reportaron más de 33000mil casos y anualmente se incrementa en un 3.9%. De los cuales se demuestra una tasa de prevalencia del 0.3% a personas de entre 15 a 49 años de edad. Estos datos nos llevan a buscar estrategias de trabajo y de investigación en cuidados a nivel universitario, identificando a esta población como vulnerable debido a los comportamientos de riesgo sexual a los que se pueden ver expuestos los estudiantes, es por ello la importancia de realizar una investigación diagnóstica en base al conocimiento socio-cultural y actitudes propias de este grupo poblacional.

En los centros universitarios la búsqueda de vías y métodos para contribuir a la formación estudiantil se plantea en función a programas de estudio centralizados limitándose al profesor a la sola transmisión del conocimiento propio del programa, sin embargo debe considerarse que en dicho proceso todas las enseñanzas tienen sus incidencias a partir de los objetivos que a cada una le corresponde consolidar en el estudiantado. En los centros universitarios, pocas veces se tiene la necesidad de intervenir en el crecimiento personal y en aspectos socioculturales del estudiante, a menos que sea una experiencia educativa del plan o programa de estudios. Teniendo esto en cuenta es importante identificar como objetivo principal dentro de las Instituciones de Educación superior la educación continua en medidas de prevención, medios de transmisión y sensibilización ante una pandemia que no respeta la edad, religión o estatus social.

La Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí-Ecuador se ha convertido en la gran promotora y difusora del pensamiento y obra de Alfaro, cuya talla de estadista la ha rescatado. Alfaro fue uno de los más notables gobernantes del Ecuador, tanto por las transformaciones ideológicas que logró como por las obras que realizó. En el plano educativo la Universidad Laica optó por la diversidad educativa, cuenta en la actualidad con 25 unidades académicas: Facultad de Ciencias de la Educación, Ciencias Administrativas, Odontología, Ciencias Médicas, Jurisprudencia, Arquitectura, Ingeniería con sus Escuelas de Ingeniería Civil, Ingeniería Industrial e Ingeniería Eléctrica. Facultad de Ciencias Económicas, Ciencias Informáticas, Ciencias de la Comunicación, Ciencias Agropecuarias, Ciencias del Mar, Turismo, Trabajo Social, Facultad de Enfermería, Facultad de Contabilidad Pública y Auditoría y las Escuelas de Secretariado Ejecutivo, Facultad de Comercio Exterior, Tecnología Médica, Marketing, Escuela de Educación Parvularia, Escuela de Educación Especial, Facultad de Educación Física Deportes y Recreación.

El estudio tuvo como base una valoración diagnóstica, que contó con una participación de 19 facultades dando prioridad a las facultades consideradas de mayor riesgo cuyos horarios educativos son vespertinos y no tienen relación con temáticas de salud. Se aplica métodos cualitativos y de inducción para luego emplear una investigación analítica cuantitativa estableciendo comparación entre variables mediante la aplicación de encuestas a 860 alumnos del primer año de estudio. Resultados importantes a destacar muestran que el 35,20% de los estudiantes encuestados consideran como población de riesgo a las mujeres solteras con vida sexual activa y un 32,9% a las trabajadoras sexuales, así también el 31% descosen los medios de transmisión del VIH, identificando como único medio de transmisión el contacto sexual el 21,8% y transfusión sanguíneas el 37,4%. La educación y sensibilización ante las enfermedades de transmisión sexual y en especial del VIH/SIDA son pilares importantes, que radican principalmente en la cultura educativa que se imparte a los estudiantes del primer año universitario y que involucra de manera directa a la práctica clínica basada en evidencia a nivel primario o secundario ya que es alarmante reconocer que más del 60% de nuestros estudiantes descosen algún tipo de prueba diagnóstica para el VIH. Esto nos lleva afrontar nuevos retos, que requieren de profesionales para analizar la evidencia disponible y aportar cambios mediante la transferencia de conocimientos y la sensibilización ante esta pandemia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Maria Tapia MCMSSPLS. Educación continua en VIH/SIDA, ITS a los estudiantes del primer año de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. Informe de trabajo. Manta: Facultad de Enfermería-Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Vinculación; 2017.
2. CORTÉS. Las universidades como espacio educativo en la prevención del VIH/SIDA. Cuestiones pedagógicas. 2014;(23).
3. Macchi ML BL. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación. Artículos del

cono sur. 2008; 3(47).

4. Carmen Elena Díaz Montes LcUKGVLMMJV. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de una universidad de Cartagena-Colombia. Hacia la promoción de la salud. 2014 Diciembre; 19(2).

POSTER 47**AUTORES/AUTHORS:**

Luis Basco Prado, Javier Colina Torralva, Javier Bernárdez Gómez, Eva María Guix-Comellas, María Antonia Martínez Monblan, Marta Tomero García, Montserrat Puig Llobet, Núria Rodríguez Ávila, Ana Belén Fernández Cervilla

TÍTULO/TITLE:

Estudio Métrico de un cuestionario autopercepción pensamiento crítico en Estudiantesde Enfermería

El entorno clínico y la relación que se pueda establecer entre este y el estudiante, determinarán en gran medida el proceso de aprendizaje que se pueda generar durante el periodo de prácticas. Tomando como punto de partida esta necesidad y con la concepción de explorar el constructo perceptivo del pensamiento crítico en los periodos de práctica clínica, la presente investigación tuvo por objeto diseñar y validar un instrumento autoperceptivo en estudiantes de Grado de Enfermería y poder determinar los factores que pueden mejorar sus habilidades y capacidades cognitivas, tomando como referencia el modelo conceptual de Pensamiento Crítico para Enfermería de Scheffer & Rubenfeld (2000). Este instrumento recibió el nombre de Cuestionario de Autopercepción del Pensamiento Crítico en el Grado de Enfermería (CuAPCGE).

Diseño del Estudio: Estudio de carácter métrico

Ámbito de estudio: Escuela de Enfermería Universidad de Barcelona

Población de estudio:Estudiantes de grado de Enfermería matriculados de práctica clínica curso académico 2015-16

Criterios inclusión:

- Estudiantes matriculados en los periodos de prácticas clínico asistenciales durante el curso académico 2015-2016 y que hayan formalizado la matrícula.
- Aceptación voluntaria para participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

b) Criterios exclusión:

- Estudiantes que abandonen los estudios durante el curso académico en que se inicia el proyecto de investigación.
- Estudiantes con becas procedentes de otras universidades diferentes a la Universidad de Barcelona.

Instrumentos:

formulario ad-hoc para la recogida de datos sociodemográficos y académicas.

Cuestionario de Autopercepción del Pensamiento Crítico (CuAPGE)

Proceso de recogida de datos

Las variables del estudio, se han recogido mediante un Cuaderno Registro de Datos (CRD)

Aspectos Éticos:

Esta investigación ha cumplido los aspectos éticos de cualquier investigación realizada con personas

Análisis estadístico de datos:

Análisis Descriptivo de las variables sociodemográficas y del expediente académico de los estudiantes que han participado en el estudio

Estudio de la fiabilidad y validez del cuestionario

Resultados:

En relación a la variable género, el grado de Enfermería está feminizado con un 82,4% (n=810). Por grupos de edades, el 60,83 % se encuentra en el cohorte de edad comprendidas entre 18 y 22 años, (n=598). La forma de acceso es, en su mayoría, a través de las pruebas de selectividad. De los 983 estudiantes que contestaron al cuestionario socio demográfico y académico, 633 (64,39%) así lo manifestaron. Las edades de iniciar el Grado se sitúan entre 18 y 22 años.

En cuanto al promedio de nota media ponderada del expediente universitario por cursos, la nota media más repetida ha sido la establecida entre el 7 y 8 con un 49,5 % (n=487). Respecto a la variable experiencia laboral previa en el sector sanitario observamos que un 25,43% (n=250) de los estudiantes ha realizado algún tipo de experiencia previa. El 26.4% (n=66), tiene experiencia

profesional manifestada era inferior a un 1 año. Por lo que se refiere al tipo de contrato o contratación que tuvieron, se observa la forma de contrato era para cubrir suplencias o vacantes temporales en % 69,20 (n= 173).

Resultados del análisis de la fiabilidad :El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para el total del cuestionario fue de 0.852, a partir de una n=983 que correspondía a los participantes que contestaron el cuestionario CuAPCGE. De forma específica, el valor del coeficiente para el Factor 1 o Habilidades fue de 0.777 y para el factor 2 o Hábitos de Mente fue de 0.786. La estabilidad temporal fue medida mediante el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI), aplicando el cuestionario a n=843 estudiantes cuatro semanas después a su primer pase, siendo de 0.899 para el total del cuestionario y ≥ 0.8 para cada uno de los dos factores, indicando una buena concordancia entre las respuestas pre y las post, siendo factible la repetibilidad del instrumento, ya que, proporciona resultados cuando se aplica a una misma persona en más de una ocasión

análisis de la validez: Los resultados del test Kaiser-Meyer-Olkin muestran que el valor es 90% y el test de esfericidad de Bartlett significativo (Aprox. Chi-cuadrado 5589,343, GI 496, Sig.p<.001)

Análisis Factorial Exploratorio (AFE):En esta investigación se ha optado por utilizar un método que aplica un test de bondad de ajuste de nombre Very Simple Structure (VSS) y el Velicer's Minimum Average Partial test (MAP) que permiten comparar soluciones variando la complejidad para diferentes números de factores. La combinación estadística que posee mayor viabilidad es la de 2 factores.

Conclusiones:

El cuestionario CuAPCGE es una herramienta fiable y válida para evaluar la percepción del pensamiento crítico de los estudiantes de Enfermería en sus periodos de práctica clínica

La validez del cuestionario, muestra la existencia de 2 factores o dimensiones: Factor 1 Habilidades, mostrando las capacidades de la persona acerca del Pensamiento Crítico y Factor 2 Hábitos de Mente, referenciando las disposiciones para emplear el Pensamiento Crítico

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Argimón, J.M., & Jiménez, J. (2013). Métodos de investigación clínica y epidemiología. (4ª Ed). Madrid: Elsevier SA

Lechasseur K, Lazure G & Guilbert L. (2011). Knowledge mobilized by a critical thinking process deployed by nursing students in practical care situations: a qualitative study. J Adv Nurs, 67 (9), 1930-1940.

Nair, G. (2011). Preliminary psychometric characteristics of the critical thinking self assessment scale (Tesis doctoral). Saskatchewan, Saskatoon, Canadá.

Park, J.A., Kim, B.J., (2009). Critical thinking disposition and clinical competence in general hospital nurses. J. Korean Acad. Nurs. 39, 840-850

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice (8th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott/Williams & Wilkins Health.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Research in Nursing & Health, 30(4), 459-467

Revelle, W., & Rocklin, T. (1979). Very simple structure: An alternative procedure for estimating the optimal number of interpretable factors. *Multivariate Behavioral Research*, 14, 403 - 414. Available at: <http://personality-project.org/revelle/publications/vss.pdf>

Scheffer, BK., & Rubinfeld, MG. (2000). A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education*, 39(8), 352-9

Scheffer, BK., & Rubinfeld MG. (2014). *Critical Thinking TACTICS for Nurse, Achieving the IOM competencies*. Jones & Barlett learning

Velicer, W. (1976). Determining the number of components from the matrix of partial correlations. *Psychometrika*, 41(3), 321 -327.

Zuriguel Pérez, E, Falcó-Pegueroles, A., Roldan-Merino, J., Agustino-Rodríguez, S., Gómez-Martín ,MC., Lluch-Canut MT. (2017). Development and Psychometric Properties of the Nursing Critical Thinking in Clinical Practice Questionnaire. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2017; 14:4, 257–264.

POSTER 48**AUTORES/AUTHORS:**

Álvaro Vázquez Sánchez, M^a José Cao Torija, Arantxa Valleandrés Goyenechea

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO DE LA CALIDAD DEL SUEÑO Y SU RELACIÓN CON EL TURNO ROTATORIO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE VALLADOLID

Introducción: El sueño constituye una de las funciones fisiológicas fundamentales, tomando un papel esencial en los procesos de regulación y homeostasis de nuestro cuerpo. Diversos estudios muestran al insomnio como una de las patologías con mayor prevalencia y repercusión a nivel psicosocial. Especialmente se objetiva un mayor riesgo en el contexto de la enfermería y la universidad.

El objetivo general enunciado fue analizar la calidad del sueño y su posible relación con el turno rotatorio en los alumnos de la Facultad de Enfermería de Valladolid. El mismo fue respondido analizando la calidad del sueño en este grupo determinando el consumo de fármacos hipnótico-sedantes, comparando la calidad del sueño entre la población con turno partido y las diferentes opciones del turno rotatorio. También se determinó el grado de conocimiento estimado en herramientas de higiene del sueño.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo, donde se estudiaron 142 estudiantes de enfermería de 2º y 4º curso de la Facultad de Enfermería de Valladolid. Para la recogida de datos se utilizó una encuesta, que usó como herramienta el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh. Se llevó a cabo la recogida y organización de los datos dividiendo la muestra en grupos según el tipo de turnicidad. Posteriormente se realizó un análisis estadístico utilizando para ello la aplicación Statgraphics Centurion versión XV.I.

Resultados: La calidad de sueño en los estudiantes de enfermería fue de 6.96 en la escala del índice Pittsburgh. Se obtuvo un detrimento de la calidad del sueño en los alumnos cursando el turno mañana-tarde-noche ($p < 0.05$). Además se obtiene que un 46% refiere un problema moderado o grave en el grado de somnolencia diurna, observándose como el alumnado con turno mañana-tarde-noche presenta una mayor somnolencia diurna ($p < 0.05$). Por otro lado la frecuencia de uso de hipnóticos encontrada fue de un 10%, frente a un 2% que se encuentra en tratamiento con algún tipo de psicotrópicos. Se obtiene que un 90% de la muestra considera nunca haber recibido información sobre educación para la salud en higiene del sueño o han recibido información en alguna ocasión, pero la consideran insuficiente.

Discusión: Los datos obtenidos para este estudio muestran como la media del Índice de Calidad del sueño Pittsburgh en este estudio fue de 6.96, muy similar a lo encontrado en la búsqueda bibliográfica. Se obtuvo un elevado resultado en cuanto a la mala calidad del sueño en la facultad de Enfermería de Valladolid (75%), apareciendo un detrimento de la calidad del sueño en los turnos con nocturnidad. Por otro lado la educación para la salud recibida en torno a la higiene del sueño obtuvo una puntuación muy baja. En cuanto a las limitaciones de este estudio nos encontramos con que en este estudio puede producirse un sesgo de recuerdo, así como un sesgo de subjetividad. Se podría encontrar una mayor objetividad y consonancia con la realidad realizando un estudio polisomnográfico del sueño en un posible nuevo estudio, donde sería necesario un aumento de la muestra y donde sería interesante añadir un control de ingesta de bebidas estimulantes.

Se concluye afirmando la necesidad de generar intervenciones que trabajen para la mejora del conocimiento y aplicación de herramientas de higiene del sueño.

Palabras clave: Dormir-sueño, calidad, insomnio, ansiedad, trastornos, enfermería, estudiantes, higiene, turnos rotatorios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Granados-Carrasco, Z., Bartra-Aguinaga, A., Bendezú-Barnuevo, D., Huamanchumo-Merino, J., Hurtado-Noblecilla, E., Jiménez-Flores, J., León-Jiménez, F. and Chang-Dávila, D. (2014). Calidad del sueño en una facultad de medicina de Lambayeque. *Anales de la Facultad de Medicina*, 74(4), p.311.
2. Gallego Gómez, J. (2013). Calidad del sueño y somnolencia diurna en estudiantes de Enfermería: estudio de prevalencia. Tesis Doctoral. Universidad Católica San Antonio.
3. Palazón E, Sánchez JC. Calidad del sueño del personal de enfermería. Comparativa entre profesionales con turnos de 8 y de 12 horas. *Revista Enfermería del Trabajo*. 2017. 7; 2: 30-37

5. Aasvik, J., Stiles, T., Woodhouse, A., Borchgrevink, P. and Inge Landrø, N. (2017). The Effect of Insomnia on Neuropsychological Functioning in Patients with Comorbid Symptoms of Pain, Fatigue, and Mood Disorders. *Archives of Clinical Neuropsychology*, pp.1-10.
6. Palmer, C., Oosterhoff, B., Bower, J., Kaplow, J. and Alfano, C. (2017). Associations among adolescent sleep problems, emotion regulation, and affective disorders: Findings from a nationally representative sample. *Journal of Psychiatric Research*, 96, pp.1-8.
7. Palhares, V., Corrente, J. and Matsubara, B. (2014). Association between sleep quality and quality of life in nursing professionals working rotating shifts. *Revista de Saúde Pública*, 48(4), pp.594-601.
9. Almojali, A., Almalki, S., Alothman, A., Masuadi, E. and Alaqeel, M. (2017). The prevalence and association of stress with sleep quality among medical students. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 7(3), pp.169-174.
11. -Van der Heijden, K., Vermeulen, M., Donjacour, C., Gordijn, M., Hamburger, H., Meijer, A., van Rijn, K., Vlak, M. and Weysen, T. (2017). Chronic sleep reduction is associated with academic achievement and study concentration in higher education students. *Journal of Sleep Research*.
12. Friedrich, A. and Schlarb, A. (2017). Let's talk about sleep: a systematic review of psychological interventions to improve sleep in college students. *Journal of Sleep Research*.
13. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guías de práctica clínica en el SNS Ministerio de sanidad y política social. Salud Madrid 2009.
14. Aprendiendo a conocer y manejar el insomnio. Guías de práctica clínica para el manejo de pacientes con insomnio en atención primaria. SNS 2009.

POSTER 49**AUTORES/AUTHORS:**

Javier Montes-Hidalgo, Joaquín Tomás-Sábado, Yessica Marqueño-Prada, Cecilia Brando-Garrido, Ana María Marchal-Torralbo, Esther Sala-Barat, M^a José Gómez-Romero

TÍTULO/TITLE:

Influencia de la procrastinación académica sobre las conductas suicidas en estudiantes de enfermería

Objetivos

Los objetivos de este trabajo fueron analizar la relación entre la procrastinación académica y el riesgo de conductas suicidas en una muestra de estudiantes de enfermería.

Método

Sujetos: el estudio se realizó con una muestra incidental de 212 estudiantes pertenecientes a los cuatro cursos del grado de enfermería.

Instrumentos: los participantes respondieron un cuestionario que entre otros instrumentos contenía las formas españolas de la Escala de Procrastinación de Tuckman (TPS) y el Cuestionario Revisado de Conductas Suicidas (SBQ-R).

Procedimiento: previamente se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Institución donde se realizó el estudio. Los cuestionarios fueron administrados por los propios profesores y respondidos por los alumnos durante su horario lectivo, después de haber solicitado su consentimiento informado.

En el análisis de los datos se calcularon coeficientes de correlación de Pearson y t de Student para muestras independientes.

Resultados

Se obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson positivo y significativo ($r=0,198$; $p< 0,01$) entre la escala de procrastinación (TPS) y el cuestionario de conducta suicida (SBQ-R).

Asimismo, se compararon las puntuaciones medias de la SBQ-R de aquellos estudiantes con el cuartil inferior de puntuaciones en procrastinación ($n=54$) con los que presentaban puntuaciones incluidas en el cuartil superior ($n=52$). Los resultados de la t de Student indicaron que existen diferencias significativas ($p<0,01$) en riesgo suicida entre los sujetos más y menos procrastinadores.

Discusión

Los resultados obtenidos coinciden con la literatura especializada que asocian las conductas procrastinadoras con un aumento del estrés psicológico. Esta variable a su vez guarda relación con la aparición de cuadros de ansiedad y depresión que están en la base de buena parte de las conductas suicidas. Otra consecuencia de la procrastinación académica es la relación con un aumento del consumo de sustancias tóxicas que atenúen los sentimientos de culpa por no haber cumplido con los plazos de entrega de las actividades académicas. El consumo de estas sustancias se asocia a una desinhibición que también puede empujar a la persona a cometer un acto suicida.

Implicaciones para la práctica

Desde la perspectiva docente es fundamental detectar aquellos elementos que pueden contribuir a minimizar el riesgo de conductas suicidas en los estudiantes. Algunas iniciativas, en este sentido, implementadas hace unos años en universidades norteamericanas han supuesto una mejora, tanto en la detección de personas especialmente vulnerables, como en la aplicación de planes de prevención.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Klibert, J., Langhinrichsen-Rohling, J., Luna, A., & Robichaux, M. (2011). Suicide proneness in college students: relationships with gender, procrastination, and achievement motivation. *Death Studies*, 35, 625-645.

Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8(4), 443-454.

Plutchik, R., Van Praag, H., Conte, H. R., & Picard, S. (1989). Correlates of suicide and violence risk, I: The suicide risk measure. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 296-302.

Tuckman, B. (1991). The development and concurrent validity of the procrastination scale. *Educational and Psychological Measurement*, 51, 473-480.

POSTER 50**AUTORES/AUTHORS:**

Paula Pérez Herrero, Verónica Velasco González

TÍTULO/TITLE:

Respeto y buen trato al paciente, la familia y el personal sanitario por parte de los alumnos de enfermería.

Objetivos:

Históricamente la enfermería ha tenido un papel importante en cuanto al consuelo y acompañamiento del paciente(1). La formación en habilidades sociales de los alumnos de enfermería puede resultar insuficiente ya que éstas han pasado a un segundo plano dentro de los programas educativos(2). Al incorporarse a la práctica clínica, la interacción con el paciente y otros miembros del equipo puede ser uno de los retos que el estudiante deba afrontar. Investigaciones previas demuestran que la integración de las habilidades sociales en los planes de estudios ayudaría a formar profesionales más competentes y capacitados para valorar holísticamente al paciente(3-4). Por otra parte, el buen trato entre los miembros del equipo favorece la pronta recuperación del paciente(5) y uno de los principales condicionantes de dicha relación, son las habilidades comunicativas.

El estudio trata de evaluar las habilidades sociales de un grupo de estudiantes de enfermería y valorar si es posible potenciar el buen trato al paciente, la familia y el resto del personal del equipo sanitario por parte de dichos estudiantes durante su formación teórica mediante una intervención educativa y evaluaciones posteriores.

Métodos:

Se diseñó un estudio cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo. La muestra estuvo compuesta por los estudiantes de segundo curso del Grado en Enfermería de la Universidad de Valladolid matriculados en la asignatura de Metodología de la Investigación. Se realizó una intervención educativa con role-playing y se les aplicó en tres ocasiones el cuestionario autoadministrado EMES-C sobre habilidades sociales: antes de la intervención, inmediatamente después y pasado un mes de la misma. Dicho test consta de 44 variables que se clasifican en 12 categorías y deben ser puntuadas entre 0 y 4 refiriéndose el 0 a pensamientos nada habituales y el 4 a pensamientos muy frecuentes(6). La puntuación óptima del cuestionario sería 0 en cada una de las variables, lo que indicaría que las habilidades sociales del sujeto le aportan la confianza y seguridad necesaria para afrontar sin estrés las situaciones planteadas. Se analizaron únicamente aquellas categorías seleccionadas por su relación con el tema.

Se añadieron también las variables sexo y fecha de nacimiento. Asimismo, se realizó una encuesta de satisfacción tipo Likert para la que se consideraron las siguientes puntuaciones: [4-5] satisfecho o de acuerdo, [3] neutro o indiferente y [1-2] insatisfecho o en desacuerdo. Las variables cuantitativas se presentan en forma de medias y desviación estándar. Las medias obtenidas por categoría para los tres momentos de medición se han comparado aplicando el test t de student, con un nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Resultados:

Se obtuvo una participación del 77% (n=89) y el tamaño final de la muestra fue n=75. En la mayoría de las categorías se observó una disminución en las mediciones realizadas tras la intervención. Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$) en cuatro de las categorías seleccionadas en la comparación del cuestionario basal y la medición realizada inmediatamente después de la intervención: en la categoría I disminuye la puntuación en un 72% (n=54) de los individuos, en la II en un 60% (n=45), en la III en un 53% (n=40) y en la categoría VI en un 56% (n=42). En la categoría I existe una disminución en el 72% de los individuos (n=54) en la comparación del cuestionario basal y la última medición. La encuesta de satisfacción obtuvo una participación del 56% (n=42). Un 80% (n=34) de los estudiantes considera la intervención útil, el 82% (n=35) considera su formación previa adecuada y al 90% (n=38) le gustaría recibir más información sobre el tema.

Discusión:

A pesar de que la formación recibida y las habilidades sociales de los alumnos son adecuadas, queda demostrado al igual que en estudios previos(4) que una intervención educativa permite una mejora de las mismas. Como refieren investigaciones anteriores(7-8), es imprescindible el uso de nuevas técnicas educativas que faciliten la adquisición de conocimientos como puede ser el role-playing. Las limitaciones encontradas abren la puerta a investigaciones futuras en las que se valore la posibilidad de realizar la intervención justo antes de comenzar la práctica clínica y se evalúen las habilidades sociales de los alumnos antes y después de la misma. Además, sería interesante valorar el uso de un cuestionario reducido.

Implicaciones para la práctica:

La buena relación entre los miembros del equipo sanitario repercute en la evolución del paciente(5). Asimismo, un buen trato a la familia y un uso adecuado de las habilidades sociales crean un ambiente o#769;ptimo para su recuperacio#769;n y ayudan a disminuir la prevalencia de patologi#769;as relacionadas con un mal afrontamiento. La mayor parte del trabajo de enfermería se realiza en el campo asistencial, el estrés asociado al mismo puede desencadenar en patologi#769;as como el “cansancio del cuidador” o el si#769;ndrome de Burnout(9-10). Una formacio#769;n adecuada con herramientas que faciliten la superacio#769;n de los retos que puede suponer esta tarea, ayudara#769; a reducir la aparición de dichas afecciones.

El estudio no posee ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Hernández Martín F, Gallego Lastra R, Alcaraz González S, González Ruiz J. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades* [Internet]. 1997;(02):21-35.
2. Rosenbaum M. Dis-integration of communication in healthcare education: Workplace learning challenges and opportunities. *Patient Education and Counseling* [Internet]. 2017;100(11):2054-2061.
3. Tomová Š, Botíková A. The use of teaching methods in communication training of nurses at universities. *Kontakt* [Internet]. 2017;19(3): e192-e198.
4. Latifah A. The Process of Teaching Caring as a Multidimensional Phenomenon in Undergraduate Nursing Programs. [Internet]. 2016.
5. Woodworth J. Promotion of Nursing Student Civility in Nursing Education: A Concept Analysis. *Nursing Forum* [Internet]. 2015;51(3):196-203.
6. Caballo V, Ortega A. La escala multidimensional de expresión social: algunas propiedades psicométricas. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 1989;2(42):215-221.
7. Hasanpour-Dehkordi A. The Efficacy of Three Learning Methods Collaborative, Context-Based Learning and Traditional, on Learning, Attitude and Behaviour of Undergraduate Nursing Students: Integrating Theory and Practice. *JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH* [Internet]. 2016.
8. Marín Sánchez M, León Rubio J. Entrenamiento en habilidades sociales: Un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. [Internet]. 2001.
9. De Vries J, Timmins F. Teaching psychology to nursing students-a discussion of the potential contribution of psychology towards building resilience to lapses in compassionate caring. *Nurse Education in Practice*. 2017; 26: 27-32.
10. Kutluturkan S, Sozeri E, Uysal N, Bay F. Resilience and burnout status among nurses working in oncology. *Annals of General Psychiatry*. 2016;15(1).

POSTER 51**AUTORES/AUTHORS:**

Teresa Balaguer Pallarés, Inés Balaguer Pallarés, Pablo Salas Medina

TÍTULO/TITLE:

Proceso de validación de un cuestionario para evaluar la adquisición de competencias en alumnos de enfermería

OBJETIVOS:

El objetivo general de este estudio es diseñar y validar un formulario para determinar la adquisición de las competencias en los alumnos de segundo curso del grado en enfermería.

Como objetivos específicos encontramos seleccionar las competencias a evaluar, formular los ítems para evaluar las competencias, determinar la validez de contenido de la herramienta a través de un grupo de expertos y establecer las propiedades psicométricas del cuestionario.

MÉTODO:

Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo para desarrollar y validar una herramienta de evaluación. La población a estudio son los alumnos de segundo curso del grado en enfermería de la Universitat Jaume I de Castelló de la Plana. Las variables del estudio fueron las preguntas creadas y las dimensiones son las competencias de las asignaturas a estudio. Se utiliza un cuestionario autocomentado con escala Likert y opinión para la valoración de los expertos y para la prueba piloto, con una muestra $n=15$, se administró el cuestionario creado. El análisis de los datos se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS statistics 25. La validez de contenido se estableció con el panel de expertos, la validez de constructo se estudió con la Correlación de Pearson (r) entre las diferentes competencias de ambas asignaturas. Para la fiabilidad se utilizó alfa de Cronbach para la consistencia interna del cuestionario y el Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI) para la Fiabilidad Inter-Observador. Para la prueba piloto se utilizaron el Coeficiente de Correlación de Pearson y alfa de Cronbach.

RESULTADOS:

La tasa de respuesta del panel de expertos es de 57,89% ($n=11$). La consistencia interna del global del cuestionario es excelente, con un alfa de Cronbach = 0,95. El grado de correlación global también es excelente, con un CCI = 0,95. Si se estudian los resultados por competencias, la fiabilidad es cuestionable, aunque el 87,93% ($n=51$) de los ítems obtienen una validez de contenido $> 0,8$, y sólo dos competencias muestran una validez de constructo con $r < 0,3$.

DISCUSIÓN:

Los resultados de fiabilidad indican que la mayoría de los ítems consiguen un nivel adecuado en función a la consistencia interna del cuestionario. Cuando son agrupados por competencias se observa que la fiabilidad es menor que la global y, por tanto, la homogeneidad de la herramienta es cuestionable en este aspecto. El alfa de Cronbach y el Coeficiente de Correlación Intraclass del global muestran una fiabilidad excelente. Los resultados de la validez de contenido otorgan a los ítems un nivel entre aceptable y óptimo, por lo que se representan adecuadamente las competencias del constructo que se pretende medir. La validez de constructo de las competencias muestra coeficientes de correlación de fuerza moderada y adecuada, por lo que se entiende que se relacionan entre ellas de forma coherente dentro del constructo que se estudia. El cuestionario muestra propiedades psicométricas que lo hacen válido y fiable.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Morales Vallejo P. La fiabilidad de los tests y escalas. Estadística aplicada a las Ciencias Sociales. Madrid; 2008.
- Frias-Navarro D. Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida. Univ Val. 2006;(2003):1-3. [Acceso el 24/01/18] Disponible en: <http://www.es/friasnav/>
- Cunha-Miranda L, Santos H, Miguel C, Silva C, Barcelos F, Borges J, et al. Validation of Portuguese-translated computer touch-screen questionnaires in patients with rheumatoid arthritis and spondyloarthritis, compared with paper formats. Rheumatol Int. 7 de diciembre de 2015;35(12):2029-35.

- Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez Á. Validez De Contenido Y Juicio De Expertos: Una Aproximación a Su Utilización. Av en Medición. 2008;6(Septiembre):27-36.

POSTER 53**AUTORES/AUTHORS:**

Elena Toledano, Durán, Carolina González, Hernando

TÍTULO/TITLE:

GBEROU WOKOUBOU ANÁLISIS SOCIO-CULTURAL Y PROPUESTAS ESTRATÉGICAS EN UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD SEXUAL Y REP

Objetivos: Detectar y superar las barreras socio-culturales que dificultan el éxito de una buena educación en salud sexual y reproductiva, en la comuna de Nikki.

Identificar las desigualdades de género relacionadas con el cuidado de la salud sexual y reproductiva en Nikki y adaptar el programa para disminuirlas.

Establecer las diferencias socioculturales entre España y Nikki para adecuar correctamente un programa de educación para la salud a la población diana.

Analizar las barreras presentes en las dos etnias predominantes de la comuna de Nikki y definir estrategias para salvarlas.

Métodos: Se trata de una investigación cualitativa de carácter descriptivo basada en el estudio etnográfico de las diferentes perspectivas relacionadas con la sexualidad y la reproducción en la comuna de Nikki.

Fase preparatoria (09/2016–07/2017)

En esta fase se evaluaron los datos recogidos en terreno durante el inicio del proyecto “Né a Nikki” de salud materno-infantil en el verano del 2016. Además, los futuros investigadores realizaron formación en cooperación al desarrollo y una primera revisión bibliográfica para después diseñar el nuevo programa.

Fase de trabajo de campo (07/2017–08/2017)

Se inició la puesta en marcha del proyecto en terreno y se recogieron nuevos datos. A su vez se inició un acercamiento sociocultural que propició el estudio etnográfico recogiendo datos utilizando técnicas cualitativas como: observación simple no regulada, participante y no participante, entrevistas no estructuradas, estructuradas y dirigidas.

Fase analítica (12/2017–06/2018)

Tras el trabajo de campo se dedican unos meses a realizar otra revisión bibliográfica, esta vez enfocada a la realización del TFG. A su vez se realizó el análisis de la información recogida utilizando la categorización y triangulación de datos²⁹:

Categorización: se releeron los datos del diario personal y la bitácora mientras se registraba la información por categorías manual y electrónicamente. Cada categoría se asoció a un color.

Triangulación: se realizó una triangulación de datos y una triangulación del investigador completando su información con la del resto de miembros del equipo.

También se analizaron algunas barreras generales detectadas durante la puesta en marcha del proyecto “Né à Nikki” como: el idioma y analfabetismo, la distancia y el medio de transporte y la formación y recursos de los responsables de la sensibilización.

IV. Fase informativa: (Diciembre 2017 – Junio 2018).

Se redactó el informe final.

Resultados y discusión:

En la categoría de barreras generales se propone resolver los problemas de analfabetismo, distancia y transporte a los pueblos, y la falta de recursos humanos mediante la contratación de una "animatrice". Previamente se la formará en temas de salud sexual y reproductiva. Esta "animatrice" deberá manejar el lenguaje Baatonum, ya que la mayoría de la población es analfabeta pero este idioma lo manejan tanto Peulhs como Baribas. Además utilizará panfletos sencillos y pictogramas. Será esta profesional la que se traslade a los pueblos y realizará las sensibilizaciones en los mercados y CS, para evitar el desplazamiento de la población y suplir la falta de personal que realice la actividad.

En cuanto a la desigualdad de género se plantean diferentes estrategias para disminuir la dependencia de la mujer y el problema de la poligamia, facilitando así los ODS 5- "Igualdad de género" y 10- "Reducción de las desigualdades"²². Se realizarán sensibilizaciones a las mujeres sobre su salud sexual y reproductiva y se les explicará las opciones de MAC con los que cuentan en su entorno, como método de empoderamiento, aumentando su capacidad de elección. A los hombres se les informará sobre los problemas de ITS que trae consigo la poligamia y la importancia que tiene su prevención mediante el uso de la PF.

Las diferencias socioculturales entre España y Nikki hacen que la información los objetivos deban adecuarse correctamente al entorno. Según las recomendaciones de la OMS se deben realizar entre 4 y 8 contactos sanitarios, y ha publicado que en los países

en desarrollo 214 millones de mujeres en edad fecunda desean posponer la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno. En este proyecto se propone conseguir 4 CPN y aumentar en un 25% el número de mujeres en edad fértil que acuden a consulta de PF. En las mujeres Peulh es importante sensibilizar sobre la importancia de la CPN y la asistencia de parto, ya que esta cultura existe miedo a las exploraciones sanitarias y a ser vistas desnudas. Sin embargo en los Bariba es más importante informar sobre la prevención de ITS ya que tienen una mayor tasa de ITS. Además, la información se debe acercar tanto a los más jóvenes como a los ancianos (considerados los sabios) para terminar con los "tabús".

Entre las etnias Bariba y Peulh existen diferencias en cuanto a las necesidades de formación. La afluencia a la CPN es menor en las mujeres Peulh, por lo que es importante explicar las pruebas que en ella se realizan y pierdan el miedo. Las Bariba necesitan más información sobre el uso de MAC barrera para evitar ITS

Implicación para la práctica: adaptar el proyecto de EPS sexual y reproductiva a la sociedad de Nikki

Este trabajo no presenta conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Oficina de información diplomática, ministerio de asuntos exteriores y cooperación. Ficha del país Benín 2018.
2. Ministère de la sante, Republique du Benin. Annuaire statistiques du Zone Sanitaire NikkiKalalé-Pérééré. 2016 Zone Sanitaire Nikki-Kalalé-Pérééré.
3. Ministère de la décentralisation, de la gouvernance local, de la administration et de l'aménagement du territoire. Plan de developpement comunal. [Internet] Departement du Borgou. Commune de Nikki. 2011-2015. Disponible en: http://www.oaninternational.org/uploads/3/7/7/0/37702469/pdc_nikki_2011-2015_.pdf
4. Almudena Mari Saez. Construcción de la identidad de las mujeres africanas en la región del Borgou (República de Benín). Coordinadoras: Lilibana Suárez, Emma Martín, Roalba Hernández. Feminismos en la antropología: nuevas propuestas críticas. 6. España. 2008. Pág 241 a 258.
5. OAN Internacional. [Internet] Madrid. OAN. Proyectos, biosanitarios. 2015. Disponible en: <http://www.oaninternational.org/proyectos-biosanitarios.html>
9. Banco mundial. [Internet] Washington. EEUU. El progreso mundial en materia de salud materna y planificación familiar es insuficiente 09/09/2009. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2009/07/09/worlds-progress-on-maternal-healthand-family-planning-is-insufficient>
10. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet] Ginebra, Suiza. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. 07/11/2016. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnantwomen-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
6. "Né à Nikki." (Nacido en Nikki). Proyecto de seguimiento de mujeres embarazadas y sensibilización comunitaria para la reducción de la mortalidad materno-infantil, aumento de los conocimientos acerca de salud materna y reproductiva, y la emisión de certificados de nacimiento en la comuna de Nikki (Benín).
7. Mari A. Construcción de la identidad de las mujeres africanas en la región del Borgou (República de Benin) En: Suárez L, Martín E, Hernández R., editores. Actas del XI Congreso de Antropología, Feminismos en la antropología: Nuevas propuestas críticas. Donostia (San Sebastián). ANKULEGI antropologia elkarte. 2008. p. 240-258
8. Guichard M. L' « ethnicisation » de la société peule du Borgou (Bénin). Cahiers d'études africaines. 1990;30(117):17-44.
9. African Union. AU. Agenda 2063 "The Africa we Want". 1999. Disponible en: <http://www.au.int/agenda2063>

POSTER 55**AUTORES/AUTHORS:**

Silvia Nogales Santos, Gabriele Deprat, Inés García Bouyssou, Joaquín Tomás Sábado

TÍTULO/TITLE:

Traducción y adaptación preliminar de la forma española de la escala de distrés moral (moral distress sacale = MDS)

El Distrés Moral es un desequilibrio psicológico causado por la alta de realización de una acción considerada moralmente correcta. Se relaciona con situaciones en que una enfermera no puede realizar una acción, las respuestas psicológicas que se desencadenan y que se presentan en el entorno laboral. Los objetivos del estudio fueron: traducir al español la escala de DM (Moral Distress Scale: MDS) y determinar sus propiedades psicométricas preliminares. El método contó con la participación de 230 enfermeras de tres hospitales y tres centros de Atención Primaria del Área Metropolitana de Barcelona. Se usaron los instrumentos: Escala de Distrés Moral (Moral Distress Scale: MDS) y Escala de Sensibilidad Moral (Moral Sensibility Scale: MSQ). Los resultados obtenidos fueron: un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.943 para la escala de intensidad y de 0.853 para la de frecuencia y se obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson de -0.349 ($p>0.01$) entre la escala de intensidad de la MDS y la de MSQ y un coeficiente de 0.162 ($P>0.05$) entre la MSQ y la frecuencia. Con todo ello demostró que la forma española de la MDS tiene propiedades psicométricas aceptables y que el instrumento contribuirá a evaluar de forma fiable un aspecto del estrés del trabajo de enfermería. Pudiendo encontrar como implicaciones para la práctica clínica: 1. Un alto grado de DM puede afectar directamente a indicadores de calidad en la valoración de atención al paciente y 2. Cumplimentar la propia escala permite la autorreflexión del personal de enfermería dando paso a una evolución en su propio pensamiento crítico y en sus competencias profesionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Marcelino Ramos A et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Moral Distress Scale-Revised for nurses. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(5):1011-7.

Corley MC et al. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing.* 2001; 33: 250-256.

Ann Baile Hamric, Christopher Todd Borchers & Elizabeth Gingell Epstein (2012) Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals, *AJOB Primary Research*, 3:2, 1-9.

Dalla Nora, Carlise,R., Elma L C P Zoboli and Margarida M Vieira. Validation of a Brazilian version of the moral sensitivity questionnaire. *Rev. Nurs.Ethics.* 2017; 1-10

POSTER 57**AUTORES/AUTHORS:**

M. Encarna Domènech Bonilla, Mònica V. Guillén Mesalles, Ester Mateus Solé, Magda Camí Capell, Meritxell Cunillera Batlle

TÍTULO/TITLE:

Resolución de la gestión de la demanda aguda de procesos agudos por enfermera en zona rural

Introducción:

La atención a la patología leve por enfermería es una práctica habitual en el Reino Unido, Estados Unidos o Canadá. En Cataluña se inicia a partir del año 2009 en el Instituto Catalán de la Salud (ICS) siendo una de sus principales líneas estratégicas.

La gestión de la demanda aguda (GDA) en enfermería constituye uno de los puntos clave para determinar la calidad asistencial en Atención Primaria.

La GD enfermera es la respuesta que da enfermería a un paciente con un problema de salud y necesita una "resolución preferente". La protocolización de la GDA, permite en muchos casos una resolución de forma autónoma por parte de la enfermera, mediante consejos de salud y la educación sanitaria.

Previo a la implantación, se elaboró un circuito y una guía por un equipo multidisciplinar donde se definieron los problemas de salud que se programarían en la consulta espontánea de enfermería: contusión, herida, anticoncepción de emergencia, epistaxis, gripe, mareo, tensión arterial elevada...y así hasta 22 problemas de salud protocolizados en adultos y hasta 23 problemas de salud en pediatría: piel atópica, cuerpo extraño en la oreja, diarrea, cólico del lactante, regurgitación, con algoritmo de actuación que incluye anamnesis, valoración y resolución del problema o derivación (actuación compartida con el médico) según marque la lista de motivos de exclusión elaborada para cada problema de salud.

Objetivos:

Conocer el volumen de consultas realizadas por enfermería en gestión de la demanda.

Valorar el grado de resolución.

Detectar si existen carencias para elaborar un plan de mejora y obtener una mayor resolución en el futuro.

Métodos:

Estudio descriptivo de la gestión de la demanda enfermera en un área rural de la provincia de Lleida de enero a mayo de 2018. En nuestra área tenemos una población de 16.000 habitantes repartidos en núcleos pequeños y dispersos de población: 6.000 habitantes en un consultorio semi urbano y el resto dividido en 15 consultorios locales.

A través del aplicativo de GDA, incluido en el programa e-cap (programa informático utilizado en els ICS), se valoran la totalidad de consultas realizadas y el porcentaje de resolución autónoma.

Resultados:

Consultas totales: 344, resueltas autónomamente por enfermería: 173.

Que corresponde a un 50,29% de resolución.

Ante los datos y la impresión de que hay un infravalor de éstos, se consulta a los diferentes profesionales sobre la actividad realizada. Se objetiva que los resultados totales obtenidos a través del KHALIX son menores al volumen realizado de consultas de gestión de la demanda.

Dado que los motivos están protocolizados, pensamos que el porcentaje de resolución es bajo, seguramente porque algunos profesionales de enfermería no utilizan el aplicativo correspondiente.

Además, existe un apartado de otros, no protocolizado, en que muchos de los motivos tienen que resolverse como función interdependiente, de los que no se obtienen resultados de resolución.

Discusión:

Diferenciamos GDA de triaje porque ésta pretende dar una solución al problema de salud planteado y triaje se refiere a la recepción, acogida y clasificación de pacientes y su posterior derivación.

Se pretende conseguir agilizar el proceso asistencial de las “demandas espontáneas”: alcanzar la resolución de los problemas planteados, mejorar la accesibilidad, estandarizar la toma de decisiones e intervenciones y aumentar el desarrollo de las competencias enfermeras.

La gestión de la demanda permite reducir el tiempo de espera de los usuarios para ser visitados, mejora la accesibilidad a los centros sanitarios y mejora la cohesión, el desarrollo de competencias profesionales y coordinación multidisciplinar.

Pese a la realización de formación continuada on line y presencial no obligatoria que se impartió al inicio y se sigue realizando para aumentar las habilidades enfermeras, creemos que esta formación debe ser obligatoria, individualizada y presencial para subsanar las carencias que presente cada profesional según su formación de base y su experiencia.

También creemos necesario potenciar y formar en el uso del aplicativo de gestión de la demanda para poder realizar una asistencia más homogénea y garantizar la seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Brugués Brugués A, Peris Grao A, Pavón Rodríguez F, Mateo Viladomat E, Gascón Ferret J, Flores Mateo G. [Evaluation of Nurse Demand Management in Primary Care]. *Atencion primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria*. 2016 Mar; 48 (3) :159-65. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26209014>

http://weblleida.cpd1.grupics.intranet/weblleida/professionals/doc/Infermeria/Patologia%20aguda%20pediatria/Guia_Processos_Aguts_Ped_Adolescents.pdf

<http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2013/07/gestion-enfermera-de-la-demanda-en-la.html>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716303328>

<https://www.coib.cat/ca-es/actualitat-professional/regulacio-professional/la-gestio-infermera-de-la-demanda.html>

<http://www.academia.cat/files/425-6433-DOCUMENT/Brugues-62-11Abril14.pdf>

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/55469/1/55469.pdf>

POSTER 59**AUTORES/AUTHORS:**

TAMARA RUIZ MERLO, JULIA ORIGÜEN SABATER, PATRICIA PARRA ARAGÓN, ANA HIDALGO PAREJA, MARIA RUIZ RUIGÓMEZ, MARIO FERNÁNDEZ RUIZ, JOSE MARIA AGUADO GARCÍA

TÍTULO/TITLE:

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y DE PARENTESCO DE LOS DONANTES VIVOS DE RIÑÓN.

Introducción y Objetivos

El trasplante renal es el mejor tratamiento ante la enfermedad renal crónica (1,2). España es el primer país en donaciones de cadáver por millón de población (3) pero debido al descenso de muertes por accidentes de tráfico y laborales, los pacientes jóvenes han visto como aumenta su permanencia en lista de espera para recibir un riñón de cadáver. Programas de donación activa, como el que puso en marcha en 2011 el Hospital Universitario "12 de Octubre", han aumentado significativamente la tasa de trasplantes renales vivos en España (4).

El objetivo del presente estudio es realizar un análisis descriptivo de los aspectos básicos demográficos y de parentesco de los donantes vivos de riñón y conocer si el número de donaciones de este tipo ha aumentado desde el año 2004 hasta la actualidad.

Metodología

Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron todos los trasplantes de riñón procedentes de donante vivo realizados en el Hospital Universitario "12 de Octubre" de Madrid entre Enero de 2004 y Mayo de 2018. La identificación de los casos se realizó a través de la Coordinación de Trasplantes. Comparamos dos periodos consecutivos de estudio (2004-2010 [periodo 1] vs. 2011-2018 [periodo 2]).

Resultados

Durante el periodo de estudio se realizaron 151 trasplantes de riñón de donante vivo: 55 (36,4%) de los donantes fueron hombres y 96 (63,6%) mujeres, de los cuales, 28 (18,5%) eran esposas, 13 (8,6%) esposos, 30 (19,9%) madres, 20 (13,2%) padres, 31 (20,5%) hermanas, 16 (10,6%) hermanos, 4 (2,7%) otros familiares, 6 (4%) de donación cruzada y 2 (1,3%) de donación altruista. La edad media de los donantes fue de 49,46 +- 10,39 años. Los países de origen de los donantes fueron: España 128 (84,8%), Latinoamérica 13 (8,7%), Europa del Este 6 (4,1%), Francia 2 (1,3%) y Marruecos 1 (0,7%). El tiempo medio de ingreso fue de 5,96 +-3,68 días. La tasa de trasplante de riñón vivo se incrementó notablemente (4,0% [periodo 1] versus 11,6% [periodo 2]; P=0,0001). También se observa una clara tendencia ascendente en el número de donantes extranjeros (9,6% [periodo 1] versus 18,18% [periodo 2]; P=0,17).

Discusión

A pesar de conocer que por sus características, los riñones procedentes de mujeres influyen negativamente en la evolución de los injertos cuando se trasplanta a hombres (5-10), éstas siguen ocupando el mayor número de donaciones. Aunque el número de donantes vivos ha aumentado, se deben seguir haciendo esfuerzos para conseguir equipararnos a otros países con tasas superiores como Australia, Holanda o Países Nórdicos (4).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Morales Ruiz E. [Pre-emptive kidney transplant]. Nefrología [Internet]. 2008 [cited 2017 Jul 18];28 Suppl 3:123–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19018750>
2. Andres A. [Indications and contraindications of living-donor kidney transplantation]. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2017 Jul 18]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Indicaciones+y+contraindicaciones+de+la+donación+renal+de+vivo>.
3. Guiradi Perih L OSF. Trasplante renal de donante vivo. Traspl Ren donante vivo En Lorenzo V, López Gómez JM Nefrol al Día. 2017;<http://dev.nefro.elsevier.es/es-monografias-nefrol>.
4. González Monte E, Delgado I, Polanco N, Hernández E, Dipalma T, Hernández A, et al. Results of a Living Donor Kidney Promotion Program. Transplant Proc [Internet]. Elsevier; 2017 Jul 18;42(8):2837–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2010.09.013>

5. JM C. Kidney transplantation in the United States. *Clin Transpl*. 2008;2008:1-18.
6. Fuggle S V., Allen JE, Johnson RJ, Collett D, Mason PD, Dudley C, et al. Factors Affecting Graft and Patient Survival After Live Donor Kidney Transplantation in the UK. *Transplantation* [Internet]. 2010 Mar [cited 2017 Jul 18];89(6):694–701. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00007890-201003270-00010>
7. Neugarten J, Silbiger SR. The impact of gender on renal transplantation. *Transplantation* [Internet]. 1994 Dec 15 [cited 2017 Jul 18];58(11):1145–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7992353>
8. Neugarten J, Srinivas T, Tellis V, Silbiger S, Greenstein S. The effect of donor gender on renal allograft survival. *J Am Soc Nephrol* [Internet]. 1996 Feb [cited 2017 Jul 18];7(2):318–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8785403>
9. ??ien CM, Reis??ter AV, Leivestad T, Dekker FW, Line PD, Os I. Living Donor Kidney Transplantation: The Effects of Donor Age and Gender on Short- and Long-Term Outcomes. *Transplantation* [Internet]. 2007 Mar 15 [cited 2017 Jul 18];83(5):600–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17353781>
10. Vereerstraeten P, Wissing M, De Pauw L, Abramowicz D, Kinnaert P. Male recipients of kidneys from female donors are at increased risk of graft loss from both rejection and technical failure. *Clin Transplant* [Internet]. 1999 Apr [cited 2017 Jul 18];13(2):181–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10202615>

POSTER 61**AUTORES/AUTHORS:**

NOELIA RODRIGUEZ BLANCO, MARIA TERESA BOIX PELLICER, MARACOS CAMACHO AVILA, JULIA CANAL COVEDO, LUCIA ESPINOSA BARRAGAN, LUCIA FUERTES CANOVAS, JOSE LUIS DURO TORRIJOS

TÍTULO/TITLE:

PARTOS SIN LUZ: Afrontamiento de la matrona ante la pérdida perinatal

OBJETIVO. Conocer las necesidades expresadas por las matronas que se ven inmersas en situaciones de pérdida perinatal durante su desarrollo profesional, nos permitirá identificar las dificultades en estas situaciones e implantar medidas para corregirlas. Conocer las estrategias de actuación y el tipo de afrontamiento de las matronas según sus experiencias frente al proceso del duelo perinatal, en tres Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana. **METODOLOGÍA.** Estudio descriptivo, exploratorio y transversal. La recogida de datos fue realizada a través de un cuestionario ad hoc basado en las principales recomendaciones de actuación frente a las pérdidas perinatales y en el que, previamente a su cumplimentación, dan su consentimiento. Se incluyeron a todas las matronas pertenecientes a los Departamentos de Salud 21, 22 y 24 (Orihuela, Torrevieja y Elche Creventente) de la Comunidad Valenciana. Estos centros prestan sus servicios a una amplia población de 600.000 hab. del sur de Alicante. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados e inferencial utilizando nivel de significación 0,05. Usado el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 21.0. El periodo estudio (octubre del 2013 a mayo del 2015). **C. Inclusión:** Matronas que presten su servicio en los centros laborales del ámbito de estudio, den su consentimiento informado y hayan asistido algún caso de muerte perinatal. **Exclusión:** No deseo de participar o no haber tenido la experiencia de una pérdida perinatal Fue aprobado por los comités de ética e investigación de los tres departamentos y sus autores no presentan conflicto de intereses en el mismo. Se entregaron 60 cuestionarios, de los cuales tras la aplicación de los criterios de inclusión se obtuvieron 47. La edad media de las matronas incluidas en el estudio fue de 37,68 años. El 91,5 % eran mujeres. El centro de trabajo, un 78,7 % de las matronas desarrollan su labor profesional en el hospital y el 21,3 % en atención primaria. La media de años de experiencia fue de 8,45 años, siendo la mínima experiencia de 1 año y la máxima de 36. El 31,9% de las matronas realizó formación complementaria mientras que el 68,1 % restante, solo la formación universitaria. Formación específica sobre el duelo el 19,1% .La media obtenida de casos de muerte perinatal atendidos fue de 5, 53 casos. El 83% no tienen o desconocen la existencia de protocolos en su lugar de trabajo. Los sentimientos fueron tristeza (97,9%), impotencia (59,6%) y estrés (36,2%), y los menos comunes ira (2,1%) y culpa (2,1%). Las acciones más realizadas fueron acompañar; proximidad física y el ofrecimiento para ver y/o sostener al bebé. y las menos aconsejar un nuevo embarazo lo antes posible e información acerca de anticonceptivos. La expresión más utilizada fue "siento mucho lo sucedido", las menos usadas "no llores", "al menos no llegasteis a conocerle" y "el tiempo lo cura todo". El 57,4% no se sienten preparadas para afrontar dichas situaciones. Al 42,6% estas situaciones les afectan a su vida personal. La mayoría tenía deseo de recibir más formación, disponer de un lugar apropiado, la participación de otros profesionales (psicólogo) y un seguimiento de los cuidados posterior. Las matronas con más años de dedicación son las que menor estrés presentan, aunque el sentimiento de tristeza lo tienen un 97,9%. **DISCUSION.** El 100% de las matronas que se han recibido formación y disponen de protocolos, no presentan sentimientos de frustración. El 83% de las matronas no cuentan con protocolo de asistencia a la muerte perinatal en sus lugares de trabajo. La sedación potente es utilizada por el 46,8% de las matronas encuestadas como práctica habitual, a pesar de no estar recomendada^{2,3,4,5}. Según las guías consultadas^{3,4,5,6}, ofrecer información sobre grupos de apoyo es una acción recomendada pero solamente realizado por un 19,1%.⁷, al igual que hacerlo sobre métodos anticonceptivos con un 4,3%.^{4,7} y no se realiza una evaluación del entorno familiar^{8,9,10,11}. La expresión más usada por las matronas es "siento mucho lo sucedido", sin embargo, afirmaciones como "estamos todos muy tristes" o "todo pasa por alguna razón", que no están incluidas en las guías de actuación, son nombradas en muchos cuestionarios. Este trabajo encuentra su principal limitación en la muestra reducida. Algunas de las fortalezas de esta investigación es que ha sido capaz de demostrar que la existencia de protocolos y circuitos mejora los sentimientos de seguridad y reduce la frustración de las matronas estudiada. El estudio en tres departamentos de salud distintos permite analizar las deficiencias en cada centro de trabajo y también las similitudes. Todas coinciden en la necesidad sentida de recibir más formación al respecto y así como poder realizar un cuidado más integral y continuo de los casos asistidos a estas familias⁸. **CONCLUSIÓN.** Este estudio debe ser objeto de reflexión para todo el personal sanitario involucrado en estas situaciones, sirva de incentivo en la búsqueda de una mayor formación continuada, así como un estímulo para la implantación de Guías para el abordaje de la pérdida perinatal

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Protocolo asistencial. Actuación de la matrona ante la muerte perinatal. 2011. [Internet]. Disponible en: http://www.redelhuecodemivientre.es/wpcontent/uploads/Protocolo_Gregorio_Maranon_Madrid.pdf. Consultado: 15-4-2015.
2. Guía para atención para la muerte perinatal y neonatal. Umamanita; 2009.
3. Guías de buenas prácticas en enfermería Cómo enfocar el futuro de la enfermería Intervenciones para la depresión posparto. [Internet]. RNAO Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Intervenciones_para_la_depresion_posparto.pdf. Consultado 12-1-2017
4. González Castroagudín S, Juárez López I, Polanco Teijo F, Ledo Marra MJ, Rodríguez Vidal E. Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. Cad. Aten. Primaria. 2013; 19 (2): 113-7.
5. Oviedo Soto S, Urdaneta Carruyo E, Parra Falcón FM, Marquina Volcanes M. Duelo materno por muerte perinatal. Rev. Mex. Pediatr. 2009; 76(5):215-9.
6. Montoliu E, Roig Garcia MC, Barana Vidal C, Borràs Bentanachs ME, Gabriel Torrens A, Navarro Tolosa MJ. El papel de la matrona ante el duelo perinatal. Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. Generalitat de Catalunya.
7. Actuación psicósomática en las pérdidas fetales y perinatales. Protocolos SEGO. [Internet]. Consultado: 29-11-2010.
8. Guías de buenas prácticas en enfermería. Atención de apoyo a las familias ante circunstancias previsibles e inesperadas. [Internet]. RNAO Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_ApoyoFamilia_022014_-_with_supplement.pdf Consultado 18-3-2018
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia. España. [Internet]. Madrid;2012. Disponible en: <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf> . Consultado: 10/8/2018
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. España. [Internet]. Madrid; 2011. Disponible en: <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>. Consultado: 1/6/2018
11. Canadian Pediatric Society Statement. Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. Pediatr Child Health. 2001; 6(7):469-77

POSTER 63**AUTORES/AUTHORS:**

Carmen Jerez Molina

TÍTULO/TITLE:

Valoración y manejo del dolor pediátrico en la cirugía del estrabismo en una unidad de cirugía ambulatoria.

Objetivo: Conocer cómo las enfermeras de la unidad manejan el dolor del niño postoperado de cirugía del estrabismo y determinar la eficacia de su tratamiento.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron los documentos de registro enfermero del 2017 de una Unidad de Cirugía Ambulatoria. Paralelamente se realizó un cuestionario ad hoc que fue enviado por mail a las enfermeras de la unidad para conocer cómo evaluaban el dolor y cuál su manejo.

Resultados: Durante el 2017 se operaron en la unidad un total de 165 niños de cirugía del estrabismo. Se obtuvieron datos completos de 143 registros (53% niños; 47% niñas; M=8,3 años). Al 67% del total de los niños se les administró analgesia postquirúrgica endovenosa durante su estancia en la sala de recuperación al medio: 90% Paracetamol, 8% Tramadol y al 2% les fue administrado Ibuprofeno oral. El tiempo medio que un niño/a al salir de quirófano requirió analgesia postquirúrgica fue de 1h y el tiempo medio que el niño permanece en la unidad desde que sale de quirófano y antes del alta es de dos horas.

Las enfermeras refieren que el dolor que manifiesta el niño en la sala de recuperación al medio es verbalizado como picor, escozor, pinchazos, sensación de cuerpo extraño, etcétera, que conlleva un niño nervioso, irritable e intranquilo y unos padres angustiados.

De las 14 enfermeras que completaron la encuesta sólo dos utilizaron siempre herramientas válidas y fiables para evaluar el dolor y es el juicio clínico mediante la observación de las conductas del niño el que orienta la evaluación y el tratamiento del dolor postquirúrgico en la cirugía del estrabismo.

Discusión: Un adecuado control del dolor es un indicador de buena práctica clínica y calidad asistencial. Según la guía de manejo del dolor agudo postoperatorio en Cirugía Ambulatoria el dolor se presenta tras una cirugía en tres aspectos y cada uno de los cuales debe ser diferenciado para lograr un control satisfactorio del mismo. El dolor en movimiento, el dolor a la estimulación y el dolor en reposo.

Los comportamientos y conductas que las enfermeras de la unidad reportaron en la encuesta se pudieron clasificar en dolor en movimiento y dolor a la estimulación, siendo el dolor en reposo uno de los aspectos del dolor que menos predomina en la cirugía del estrabismo. El dolor que muestra el niño le impide descansar, relajarse y no calma con el analgésico administrado en quirófano por lo que podemos concluir que el tratamiento del dolor en la cirugía del estrabismo requiere un enfoque multimodal y estratégico múltiple, adaptando las técnicas no farmacológicas dependiendo de la edad del niño y administrando tratamiento farmacológico no opioide sugerido por la OMS para el dolor leve-moderado.

Implicaciones para la práctica: Entender que el dolor postquirúrgico en la cirugía del estrabismo tiene múltiples aspectos ha proporcionado a las enfermeras las claves para comprender los comportamientos y conductas que el niño manifiesta durante su estancia en la unidad, pudiendo proporcionar a los padres y al niño en edad de comprensión la información sobre las sensaciones que le ocurren y tratar con medidas no farmacológicas el alivio de los síntomas, así como seleccionar del protocolo hospitalario el tratamiento farmacológico más efectivo y promover la importancia de evaluar el dolor con escalas estandarizadas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ullán AM, Fernández E, Badía M, Lorente F, Malmierca F, Zapatero I. Opiniones y actitudes del personal sanitario hacia los sistemas de evaluación y tratamiento del dolor. *An Pediatr.* 2013;79(2):95-100.
2. López S, López A, Zaballos M, Argente P, Bustos F, Carrero C, Cía P, de Andrés J, Echeverría M, Gomar C, González J, Isar MC, Jiménez A, Moliner S, Salgado I TL. Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria. 2a edición. Madrid: ASECMA; 2012. 137 p.
3. Chou R, Gordon DB, De Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, et al. Management of postoperative pain: A clinical practice guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Commi. *J Pain.* 2016;17(2):131-57.
4. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Manual de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. 2008;163.

5. Brant JM, Mohr C, Coombs NC, Finn S, Wilmarth E. Nurses' Knowledge and Attitudes about Pain: Personal and Professional Characteristics and Patient Reported Pain Satisfaction. *Pain Manag Nurs*. 2017;18(4):214-23.
6. Benzon HT, Rathmell JP, Wu CL, Turk DL, Argoff CE, Hurley R w. *Practical Management of Pain*. 2014. 1115 p.
7. Twycross A, Forgeron P, Williams A. Paediatric nurses' postoperative pain management practices in hospital based non-critical care settings: A narrative review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(4):836-63.

POSTER 65

AUTORES/AUTHORS:

Fátima León Larios, Isabel Corrales Gutiérrez

TÍTULO/TITLE:

Riesgo percibido por las embarazadas sobre los efectos teratogénicos del consumo de alcohol en la gestación

Objetivos:

La exposición fetal en periodo prenatal al Alcohol produce defectos congénitos en el recién nacido claramente demostrados y cuyo exponente más importante es el síndrome del espectro alcohólico fetal (FASD en su acrónimo inglés) aunque puede actuar como un agente teratogénico (Jones and Smith, 1973) y producir retraso de crecimiento, alteraciones neurológicas y malformaciones (Comman-Homonoff et al., 2011; Truong et al., 2012). No consumiendo alcohol en el embarazo, evitaríamos este síndrome. Aunque los factores sociodemográficos son muy importantes en la predicción del consumo de alcohol (Skageström, Chang and Nilsen, 2011), las creencias y el riesgo percibido pueden modificar el consumo y el comportamiento hacia el consumo de alcohol. Nuestro estudio evalúa en primer lugar la percepción del riesgo que tiene una muestra representativa de mujeres embarazadas sobre el consumo de alcohol durante el embarazo. El segundo objetivo fue identificar los factores que llevaron a estas mujeres a pensar así. Y en base al riesgo percibido, la actitud que tomaron con respecto al consumo de alcohol durante el embarazo.

Método:

Se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra de 426 embarazadas en la semana 20, aleatorizadas mediante técnicas de muestreo sistemático (1:2), cumpliendo los criterios de inclusión y que acudieron a consulta en el Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla). Los datos se recogieron a través de entrevistas estructuradas realizadas por profesionales sanitarios capacitados usando una encuesta diseñada ad hoc recogiendo información sobre datos sociodemográficos, riesgo percibido con respecto al consumo de alcohol durante el embarazo, con respecto al posible daño fetal, con respecto al tipo de bebida y la secuencia de consumo. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS (v22) mediante análisis univariante expresado mediante frecuencias y porcentajes, y bivariante mediante χ^2 y t de Student.

Resultados:

Con respecto a la pregunta sobre la posible existencia de riesgo para el bebé y/o la madre, el 47.4% de los participantes indicaron que podría haber efectos solo en el bebé, mientras que el 43.6% informó que también las gestantes podrían sufrir efectos negativos. Además, el 8% de las participantes no conocía el efecto o pensaba que no había efectos o solo en caso de abuso de consumo de alcohol. Las diferencias en el conocimiento sobre los efectos del alcohol también se encontraron por nivel educativo, por lo que las mujeres con menor nivel educativo informaron menor conocimiento percibido sobre las consecuencias del consumo de alcohol, $\chi^2(3, 426) = 14.44$, $p = .002$. En cuanto a la percepción del riesgo sobre una mínima cantidad segura de alcohol consumido en la gestación, el 30.4% de las mujeres que dijeron que había un consumo mínimo de alcohol sin efectos adversos informaron de que bebían alcohol una o más veces al mes. Se detectó una asociación significativa entre la percepción del riesgo sobre qué tipo de efecto adverso podría ocurrir y la frecuencia del consumo de alcohol, $\chi^2(4, 418) = 33.48$, $p < .001$, $Y = .58$. Se observó un consumo de alcohol más frecuente en mujeres que informaron que los efectos nocivos del alcohol no existen o solo aparecen cuando se abusa. Igualmente, un mayor consumo de cerveza/vino en mujeres embarazadas que no percibían ningún daño como consecuencia del consumo de alcohol.

Las gestantes de mayor edad (>36 años) reportaron que cualquier consumo de alcohol es nocivo $\chi^2(1, 366) = 3.86$, $Y = -.20$, $p = .046$.

En relación a las diferencias de frecuencia de consumo de alcohol durante el embarazo con respecto a datos demográficos, no se encontraron diferencias significativas con respecto a la edad $\chi^2(12, 418) = 8.79$, $p = .721$, nivel de estudios $\chi^2(12, 418) = 12.23$, $p = .427$ o situación laboral $\chi^2(12, 412) = 10.76$, $p = .549$.

En la regresión multinomial realizada que intenta explicar la frecuencia reportada de consumo de alcohol durante el embarazo, entre las variables incluidas, solo la creencia sobre el tipo de daño y la creencia de mínima cantidad segura de consumo, presentó significación.

Discusión

En nuestro estudio, encontramos que hay mujeres que creen que una cantidad mínima segura de alcohol podría tomarse sin consecuencias para el bebé o la madre. La relación entre el consumo de alcohol durante el embarazo y los resultados perinatales adversos es motivo de controversia. Una revisión sistemática en la que se estudiaba el consumo moderado y bajo de alcohol en el

embarazo no demostró efectos adversos relevantes, aunque muchos de los estudios presentaron deficiencias metodológicas. (Henderson, Gray & Brocklehurst, 2017). La relación de consumo bajo/moderado de alcohol durante el embarazo y los resultados adversos en el mismo es difícil de determinar, pero el mero hecho de consumo aun con dosis bajas no se considera seguro. La conclusión con respecto a esta revisión, indica que la falta de riesgo percibido con respecto al consumo gestacional de alcohol, es el principal factor para su consumo.

El consejo de salud de evitar el consumo de alcohol durante el embarazo solo llega a una minoría de mujeres embarazadas. Se necesitan programas institucionales que faciliten a los profesionales sanitarios llevar a cabo actividades preventivas efectivas de FASD.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Jones, K., & Smith, D. (1973). RECOGNITION OF THE FETAL ALCOHOL SYNDROME IN EARLY INFANCY. *The Lancet*, 302(7836), 999-1001. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(73\)91092-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(73)91092-1)
- Cornman-Homonoff, J., Kuehn, D., Aros, S., Carter, T., Conley, M., & Troendle, J. et al. (2011). Heavy prenatal alcohol exposure and risk of stillbirth and preterm delivery. *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 25(6), 860-863. <http://dx.doi.org/10.3109/14767058.2011.587559>
- Skagerström, J., Chang, G., & Nilsen, P. (2011). Predictors of Drinking During Pregnancy: A Systematic Review. *Journal Of Women's Health*, 20(6), 901-913. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2010.2216>
- Henderson, J., Gray, R., & Brocklehurst, P. (2007). Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 114(3), 243-252. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01163.x>

POSTER 67**AUTORES/AUTHORS:**

Cristina Gonzalez-Martin, Raquel Veiga-seijo, Vanesa Balboa-Barreiro, M^a Teresa Seoane-Pillado, Sonia Pertega-Diaz, M^a Teresa Garcia-Rodriguez

TÍTULO/TITLE:

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

Introducción:

La artritis reumatoide (AR) y psoriásica (APs) destacan entre las enfermedades reumáticas (ER) de mayor prevalencia (0,5% AR y 6/100 000 personas año APs) y mayor impacto económico¹. Sin embargo, son escasas las investigaciones que tratan sobre la trascendencia que presentan sobre el pie, constituyendo una laguna de conocimiento en la actualidad. Así, Nueva Zelanda², Australia³, y Reino Unido⁴ son países pioneros en estudios sobre este ámbito, siendo de referencia para países como España, donde todavía no se han realizado investigaciones de esta índole.

Objetivos:

Determinar en pacientes con artritis reumatoide (AR) o psoriásica (APs): la prevalencia de patología podológica, la funcionalidad, dolor del pie.

Métodos:

Estudio descriptivo de prevalencia en el Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC) (n= 151 pacientes (75 diagnosticados de AR y 76 de APs). Esta muestra nos permitiría estimar las variables de interés con una seguridad del 95%, una precisión de $\pm 11,3\%$. Tras la aprobación del CEIC (2016/544) y el consentimiento informado por parte de cada paciente, se estudiaron las siguientes variables: sociodemográficas (edad, sexo, parámetros antropométricos), diagnóstico de la enfermedad (tipo de artritis, síntomas habituales), de estudio podológico (dolor del pie, mediciones en huella plantar por pedigráfica (Ángulo de Clarke, Índice de Staheli, Índice de Chippaux-Smirak) y a través del podoscopio, alteraciones del antepié, mediopié y retropié; dérmicas, ungueales, funcionalidad y dolor del pie a través del cuestionario Foot Function Index (FFI) y la salud del pie a través del Foot Health Status Questionnaire (FHSQ). Se realizó un estudio descriptivo de las variables. La comparación de medias entre dos grupos se ha realizado mediante la prueba T de Student o Test de Mann Whitney según proceda tras comprobación de la normalidad con el Test de Kolmogorov Smirnov. La asociación de variables cualitativas se ha determinado con el estadístico Chi Cuadrado o test de Fisher según proceda. Se ha considerado el p-valor $< 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados:

La edad media de la muestra es de $57,9 \pm 12,2$ años, predominando el sexo femenino (61,6%) y los pacientes con sobrepeso (43,0%). Los síntomas más habituales son el dolor articular (92,1%), articulaciones hinchadas (69,5%), la rigidez (61,6%) y la pérdida de movilidad (52,3%). En cuanto a la huella plantar, según el ángulo de Clarke, predomina el pie normal (61,6% P.D., 62,9% P.I.), según el índice de Staheli, predomina el pie cavo (51,7% P.D., 53,6% P.I.) y según el índice de Chippaux, predomina el pie normal (58,9% P.D., 61,6% P.I.) La alteración del antepié predominante es el Hallux Abductus Valgus (78,8%) seguida del Hallux Limitus (51,0%). La alteración del retropié más común es la fascitis plantar (29,8%). La alteración ungueal más frecuentes fue la onicocriptosis (57,0%). Entre las alteraciones dérmicas más prevalentes encontramos la xerosis (40,4%) y la hiperqueratosis en la 2^a cabeza metatarsal (37,1%). El 82,8% de la muestra afirma tener dolor al principio de la enfermedad y 77,5% en el momento de la entrevista. La media del cuestionario FFI ha sido de $31,7 \pm 21,4$. La media del FHSQ ha sido de $69,0 \pm 25,6$ para el dolor del pie, $74,6 \pm 29,8$ para la función del pie, $38,5 \pm 33,1$ para el calzado y $39,4 \pm 24,6$ para la salud del pie.

Conclusiones:

La prevalencia de patología podológica es elevada en AR y APs. El dolor es un síntoma predominante en las personas con AR y APs. Los resultados de los cuestionarios estudiados no muestran valores relacionados con un elevado dolor y una elevada disfuncionalidad del pie. En la práctica clínica esto puede ayudar a los pacientes y a los profesionales de la salud con estas patologías a la hora de conocer las alteraciones más frecuentes y realizar tratamientos más específicos encaminados a evitar el dolor.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012. Edición revisada 2015.

- [Internet] Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaria general técnica. 2015 [acceso 14 de octubre 2016]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
2. Rome K, Erikson K, Ng A, Gow PJ, Sahid H, Williams AE. A new podiatry service for patients with arthritis. *N Z Med J.* 2013; 126: 70-7.
 3. Hendry GJ, Gibson KA, Pile K, Taylor L, Du Toit V, Burns J, et al. "They just scraped off the calluses": a mixed methods exploration of foot care access and provision for people with rheumatoid arthritis in south-western Sydney, Australia. *J Foot Ankle Res.* 2013; 6: 1-11.
 4. Otter SJ, Lucas K, Springett K, Moore A, Davies K, Cheek L, et al. Foot pain in rheumatoid arthritis prevalence, risk factors and management: an epidemiological study. *Clin Rheumatol.* 2010; 23: 255-271

POSTER 68**AUTORES/AUTHORS:**MARÍA MORÁN MARTÍN, M^a ÁNGELES BARBA PÉREZ**TÍTULO/TITLE:**

EL JUEGO COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR PEDIÁTRICO

El dolor en el niño se ha considerado hasta muy recientemente como un elemento de segundo plano en la actividad asistencial, ya que existían una serie de ideas preconcebidas y sin base científica que llevaron en la práctica a no tomarse la valoración y el tratamiento del dolor infantil con la misma actitud que en el adulto. Actualmente se acepta la necesidad de analgesia pediátrica y cada vez se utilizan más terapias alternativas en el campo asistencial que unidas a la terapia farmacológica provocan beneficios sin ningún tipo de efecto secundario.

OBJETIVO: Mostrar la utilidad del juego como herramienta terapéutica en la asistencia pediátrica para el manejo del dolor en el niño.

METODOLOGÍA

Se realiza revisión sistemática para responder a la pregunta: ¿es eficaz el juego en el tratamiento del dolor en la edad pediátrica? Se buscan publicaciones relacionadas con el uso terapéutico del juego para el tratamiento del dolor pediátrico en las bases de datos: Cochrane, Pubmed, Scielo, Padiaclic, Medline Plus y Joanna Briggs. Aplicando el formato PICO se utilizan los términos de búsqueda: niños, infancia, pediatría, dolor, manejo y control, analgesia no farmacológica, jugar, juego terapéutico, enfermería y el booleano and. Criterios de inclusión: población diana niños de 3 a 14 años. Idiomas: inglés, portugués y español. Criterios de exclusión: publicaciones sobre menores de 3 años y mayores de 14 y artículos no disponibles a texto completo. Se limita la búsqueda a una antigüedad inferior a 15 años. La lectura crítica se realiza con las plantillas CASPe seleccionando las que alcanzan una puntuación de 6. Se seleccionan 2 revisiones sistemáticas, 2 revisiones bibliográficas y 4 estudios de tipo descriptivo.

RESULTADO

Magnabosco G, y col (2008) concluyen que el juego y el juguete terapéutico fomentan la interacción y la comunicación entre el niño y los profesionales, Del Cañizo M (2017) concluye que no existe evidencia científica suficiente que confirme la efectividad del juego en el manejo del dolor en pacientes oncológicos pediátricos pero que puede ser útil como elemento distractor. Miró J y col (2007) confirman que el uso de la Realidad Virtual ayuda a reducir la intensidad del dolor y el malestar asociado a procedimientos médicos porque distrae y divierte al paciente desviando su atención del dolor. Mussa C y col (2008) constató los efectos positivos de la actividad lúdica realizada con niños hospitalizados. García-Carpintero E afirma que el uso por el personal de enfermería de terapias alternativas como el juego puede provocar beneficios sin ningún tipo de efecto secundario. Alves F y col (2008) concluyen que la actividad lúdica como recurso terapéutico estimuló la verbalización de sentimientos y fortaleció la autoestima del paciente, disminuyendo la ansiedad y el miedo. Toni Kiche M, y col (2009) consiguen aliviar el dolor y la tensión del niño usando un juguete terapéutico, además el niño comprende mejor la necesidad del procedimiento y coopera más. Medeiros de Azevedo D y col (2007) concluyen que el juego favoreció la aceptación de los procedimientos clínicos invasivos y no invasivos y mejoró las relaciones interpersonales. Castanheira Nascimento L, y col (2011) estudian el uso del juego en las salas de espera y concluyen que disminuye la ansiedad en los niños.

DISCUSIÓN

Podemos concluir que no existen suficientes estudios científicos con rigor metodológico que demuestren la eficacia del juego para el tratamiento del dolor pero es una intervención bien aceptada por los niños que resulta útil en la actividad asistencial pediátrica porque les distrae, permite que se diviertan durante el procedimiento asistencial, reduce su ansiedad porque centra su atención en el entorno virtual y reduce el tiempo que dedica a pensar en el dolor, y mejora la comunicación y la interacción con los profesionales facilitando la adherencia al procedimiento al que se somete. El juego mejora la comprensión por parte del paciente pediátrico y facilita su cooperación en la actividad asistencial por lo que debe fomentarse su uso en el medio hospitalario.

Es preciso crear estructuras físicas adecuadas en los hospitales, fomentar intervenciones distractivas y concienciar y cualificar a los profesionales desde las facultades de enfermería para incluir nuevas estrategias de cuidado como el uso del juego con el fin de humanizar la asistencia del niño.

Las autoras declaran que no existen conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Del Cañizo MM. Manejo del dolor a través de la terapia del juego: revisión sistemática. TOG (A Coruña) [Internet]. 2017. [cited 4 April 2018]; 14(25):195-206. Available from: <http://www.revistatog.com/num25/pdfs/revision2.pdf>
2. García-Carpintero E. La importancia del juego en el control del dolor pediátrico. Enferm.glob [internet].2010 [cited 16 March 2018]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000100018&script=sci_arttext&lng=en
3. Magnabosco G, Nascimento Fonseca A, Deggau Hergeto S. Abordagens no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada submetida a procedimentos: uma revisão de literatura. Universidade Estadual de Londrina - UEL; 2008.
4. Miró J, Nieto R, Huguet A. Realidad virtual y manejo del dolor. C. Med. Psicosom. 2007; 82(1):52-64
5. Mussa C, Korn Malerbi F. O impacto da atividade lúdica sobre o bem-estar de crianças hospitalizadas. Psicologia: Teoria e prática. 2008; 10(2):83-93.
6. Toni Kiche M, De Amorim Almeida F. Brinquedo terapéutico: estratégia de alívio da dor e a tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. Acta. Paul. Enferm. 2009;22(2):125-130.
7. Castanheira Nascimento L, Silva Pedero IA, Capelani Poleti L et al. O brincar em sala de espera de um ambulatorio infantil: a visao dos profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(2):465-472.
8. Medeiros de Azevedo D, Da Silva Santos et al. O brincar como instrumento terapéutico na visao da equipe de saúde. Cienc Cuid Saude. 2007; 6(3):335-341.
9. Quiles M, van-der Hofstadt C, Quiles Y. Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión (2ª parte) [Internet]. Scielo.isciii.es. 2018 [cited 15 April 2018]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462004000600005&script=sci_arttext&lng=en
10. Pabón-Henao T, Pineda-Saavedra L-F, Cañas-Mejía O-D. Fisiopatología, evaluación y manejo del dolor agudo en pediatría. Salutem Scientia Spiritus.2015; 1(2):25-37.
11. Rodrigue dos Reis GM, Santos Costa LP, et al. Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Academia do Design; 2013.
12. Brunoro Motta A, Fiorim Enumo SR. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. Psicologia em Estudo. 2004; 9(1): 19-28.

POSTER 70**AUTORES/AUTHORS:**

Celia Gómez Montero, Rosa Cárdbaga García, Jesús Redondo Acebes, Agustín Mayo Íscar

TÍTULO/TITLE:

ANÁLISIS DE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y SALUD MENTAL EN EL CLIMATERIO

1. Objetivo:

Analizar la salud mental de las mujeres en la etapa climatérica y su relación con factores sociodemográficos.

2. Método:

Tipo de estudio:

Estudio de tipo epidemiológico, transversal, descriptivo y correlacional.

Variables:

Independientes: Factores sociodemográficos (edad, nivel económico, estado civil, nivel de estudios, situación laboral y orientación sexual).

Dependiente: Salud mental (Instrumento GHQ-12) (1-3)

Población: Mujeres del Área de salud Valladolid Oeste, cuyas edades están comprendidas entre los 45 y 64 años inclusive.

Captación: En las consultas de enfermería y matrona del Centro de Salud Arturo Eyries, mediante cuestionario online en formato Google Forms.

Criterios de inclusión: Mujeres en edades comprendidas entre los 45 y 64 años, hispanohablantes y que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión: Varones, mujeres transgénero, con historial de patología mental grave, con patología física grave o con menopausia precoz o quirúrgica.

Instrumento: Los aspectos psicológicos son evaluados mediante el cuestionario validado y no modificado GHQ-12, que es un cuestionario autoadministrado formado por 12 ítems, 6 formulados en positivo y 6 en negativo, y que se emplea como instrumento de cribado para detectar morbilidad psicológica. El cuestionario tiene una fiabilidad de acuerdo con diferentes estudios realizados con alfa de Cronbach que varía entre .82 y .86. Los factores sociodemográficos se recogen en la encuesta elaborada ad hoc.

Consideraciones éticas: Ante la necesidad de acceder a datos personales de la muestra de estudio, se solicita por escrito la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Valladolid Oeste, siendo este favorable con fecha 2 de mayo de 2018.

3. Resultados:

Se obtuvo una muestra de 62 registros evaluables, con una distribución bastante homogénea en los dos grupos de edades.

Respecto al estado civil, es notoriamente mayoritario el porcentaje de mujeres casadas (75,81%), componiendo el 80,65% del total junto con aquellas que referían tener pareja de hecho (4,84%). Un 66,13% de las encuestadas contaba con un empleo remunerado, y más de la mitad (53,23%) tenían estudios universitarios. La orientación sexual fue predominantemente heterosexual (95,16%) así como el nivel de ingresos medio (82,26%).

Un 12.9% de las mujeres presentaba puntajes elevados (superiores a 16 sobre 36), asociados a una peor salud psíquica. La puntuación se situó en torno a 11.11 ± 3.89 , siendo según el método de corrección de esta herramienta, valores asociados a indicios de psicopatología.

No aparecieron relaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y las puntuaciones (Global, Ansiedad/depresión y Disfunción social), ni al utilizar contrastes paramétricos, ni al utilizar contrastes no paramétricos. Sin embargo, la relación entre el nivel de estudios y la escala de Ansiedad/depresión estuvo muy cerca de la significación estadística ($p=0.05$).

También fue observada una ligera tendencia a valores más elevados en mujeres perimenopáusicas de 45 a 54 años ($M= 3.231$), que en el grupo de mayores de 55 ($M=2.934$), aunque no apareció como estadísticamente significativa ($p=0.28$). Por otro lado, apareció una correlación estadísticamente significativa entre la escala de Ansiedad/depresión y la Disfunción social ($r=0.54$, $p<0.001$).

4. Discusión:

Los resultados señalan que un porcentaje nada desdeñable de mujeres climatéricas puede presentar patología psíquica sin que se haya diagnosticado, lo cual nos lleva a plantear la necesidad de realizar programas de prevención y mejora de la salud mental en esta etapa de la vida(3).

Además, las mujeres que cuentan con estudios primarios puntúan más alto en el instrumento de medida de salud mental, lo cual indica una posible peor salud psíquica en estas mujeres en términos de ansiedad y depresión, que aquellas que tienen estudios secundarios o universitarios(4,5).

Por último, indicar que generar líneas de investigación en el climaterio con perspectiva de género y su influencia sobre los componentes del estado de bienestar bio-psico-social de la salud de las mujeres, contribuiría en el desarrollo de una atención enfermera de calidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *Int J Clin Heal Psychol* [Internet]. 2011 [consultado 20 Mar 2018];11(1):125–139. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33715423008>
2. Bravate A. El Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana. *Rev Iberoam Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*. 2014;1(37):11–29.
3. Sánchez López MP, Dresch V. The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*. 2008; 20 (4): 839-843.
4. Bones Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema* [Internet]. 2010 [consultado 20 Abril 2018]; 22(3):389–95. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714400006>
5. Giménez Páez MA. Influencias de género en factores de vulnerabilidad cognitiva y salud psicológica en mujeres adultas [tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid; 2017.

POSTER 72**AUTORES/AUTHORS:**

Pedro Hidalgo Lopezosa, María Hidalgo Maestre, Ana Isabel Cobo Cuenca, Juan Manuel Carmona Torres, Pedro Manuel Rodríguez Muñoz, M^a Aurora Rodríguez Borrego

TÍTULO/TITLE:

Influencia de la edad materna en el riesgo de muerte fetal tardía.

Objetivo:

El objetivo de este trabajo fue conocer la relación existente entre el riesgo de mortalidad fetal tardía y la edad de la madre.

Métodos:

Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo y transversal realizado con datos extraídos de fuentes públicas oficiales de mujeres que tuvieron un parto con más de 28 semanas de gestación entre Enero y Diciembre de 2015 en el territorio español. Se realizó un estudio descriptivo de las variables sociodemográficas relacionadas con el riesgo de muerte fetal tardía. Posteriormente se llevó a cabo un análisis univariante de cada una de estas variables con la variable dependiente muerte fetal tardía, de forma que las variables con mayor significación se sometieron a un estudio de regresión logística múltiple (RLM) para determinar su relación con la variable dependiente. Se calculó el intervalo de confianza al 95% y se consideró un valor de $p < 0.05$.

Resultados:

El modelo de regresión logística múltiple determinó que la variable edad materna ≥ 35 años estaba asociada con el riesgo de muerte fetal tardía (OR 1,60, IC95% 135-195, $p < 0.001$). Otros factores que aparecieron relacionados fueron una baja preparación académica de la madre y madres procedentes de África.

Discusión:

Los investigadores vienen a coincidir en la importancia de incrementar la investigación sobre las causas de la mortalidad fetal tardía debido a que los estudios sobre el tema no son suficientes. Otros autores coinciden con los resultados de este trabajo en cuanto a que la edad materna avanzada incrementa el riesgo de tener un feto muerto. La edad materna por tanto juega un papel importante por lo que se hace necesario incrementar los controles prenatales en embarazadas añosas.

Implicaciones para la práctica clínica: los resultados de este estudio revelan la necesidad de considerar la edad materna avanzada como un riesgo importante en la mortalidad fetal tardía y que debe ser tenido en cuenta a la hora de poner en marcha protocolos de actuación más eficaces en los programas de control del embarazo y parto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gregory EC, MacDorman MF, Martin JA. Trends in fetal and perinatal mortality in the United States, 2006-2012. NCHS Data Brief. 2014 Nov;(169):1-8.
2. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales (2011) Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/es/ Accessed 15 April 2017.
3. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report (2010) The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. Available from: www.europeristat.com. Accessed 22 May 2017.
4. Instituto Nacional de Estadística. Muertes fetales tardías. Movimiento natural de la población española. Available from: www.ine.es. Accessed 15 April 2017.
5. Luke B, Brown MB (2007) Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. Human Reproduction 22(5):1264–1272.
6. Heras Pérez B, Gobernado Tejedor J, Mora Cepeda P, Almaraz Gómez A (2011) La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Prog Obstet Ginecol 54(11):575-580. doi: 10.1016/j.pog.2011.06.012

POSTER 78**AUTORES/AUTHORS:**

ANA ISABEL ALVAREZ ALVAREZ, BARBARA GONZALEZ LOPEZ, MARTIN ORTEGA GIL, MARGOT RODRIGUEZ DIEZ, MARIA RAIMUNDEZ GARCIA, PURIFICACION ROMERO VEDO, SUSANA VIDAL GARCIA, VICTORIA EUGENIA DIEZ FERNANDEZ, ROSARIO MUÑOZ OTERO

TÍTULO/TITLE:

IMPORTANCIA DE LA CORRECTA INDICACIÓN DEL SONDAJE VESICAL PARA REDUCIR COMPLICACIONES EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

OBJETIVO

Analizar la aparición de complicaciones derivadas del sondaje vesical en los pacientes ingresados en las plantas de medicina interna.

MÉTODOS

Ámbito del estudio: Servicio de Medicina Interna (70 camas) en un Hospital del grupo 3 (de área).

Diseño: Estudio prospectivo en el que se valoró durante 45 días a todos los pacientes ingresados.

Sujetos: Todos los pacientes ingresados durante el periodo de abril a mayo de 2018.

Variables: se valoraron las variables relacionadas con la indicación del sondaje vesical y su impacto sobre los resultados en salud.

Recogida y análisis de datos. Se recogieron los datos mediante encuesta. Se realizó un análisis descriptivo señalando porcentajes e intervalos de confianza al 95%.

RESULTADOS

La muestra consta de 153 pacientes analizados de forma prospectiva ingresados entre los meses de abril y mayo. El 25% de los pacientes tuvo sonda provisional durante el ingreso y un 5% adicional era portador de sonda permanente. Un 52% de los pacientes con demencia tuvo sonda durante el ingreso. En la mitad de los pacientes con sonda vesical se colocó para control de diuresis y el 45% por episodios de retención aguda de orina. Uno de cada 15 (IC 95% 6-43) pacientes con sonda presentó fiebre en relación a la misma. En uno de cada 22 (IC 95% 7-82) se prolongó el ingreso debido a esta complicación. En un 18% de los pacientes con sonda por retención aguda de orina y en un 6% de los pacientes con sonda para control de diuresis no se pudo retirar al alta.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados proporcionaron datos similares a estudios previos realizados en otros hospitales. A pesar de que el porcentaje total de los pacientes sondados no es elevado en la mitad de ellos la indicación era el control de diuresis, pudiéndose valorar en muchos de los casos alternativas a la sonda para conseguir dicho fin. A su vez, dentro del grupo de pacientes con demencia se observa un elevado porcentaje de sondajes. Este grupo de pacientes es más frágil y propenso a complicaciones por lo que es necesario ser muy cuidadoso a la hora de la colocación de éstas, intentando reducirlo a las indicaciones inevitables como es la retención aguda de orina.

Se comprueba que el sondaje es una maniobra que aumenta el riesgo de complicaciones como la infección, la prolongación de la estancia hospitalaria e incluso la imposibilidad de retirada de la misma.

La disminución de las complicaciones y el empleo de dispositivos alternativos al sondaje repercutirán sobre el gasto sanitario.

IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA

Una correcta indicación de sondaje vesical reduciría la aparición de dichas complicaciones. Por el contrario, los sondajes innecesarios supondrían para el

paciente un aumento de riesgos indeseados para su salud.

Para conseguir esta disminución, es necesario concienciar a los profesionales sobre el uso de técnicas alternativas para el control de diuresis tales como la colocación de colectores, pesaje de pañales, etc.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

1 Quori A, Trujillo-Alemán S, Molina-Cabrillana J, Ojeda-García I, Dorta-Hung E, Ojeda-Vargas M.M. Proyecto de mejora en prevención de infecciones del tracto urinario asociadas a sondaje vesical. *Rev Calid Asist.* 2013; 28 (1): 36-41.

2 Abásolo I, Lekuona A, Mena M, Rezola B. Revisión del protocolo del sondaje vesical. ¿Y ahora qué?. *Enfuro.* 2015; 129: 15-18.

3 [Bitly.com/nohacerelbierzo](https://bitly.com/nohacerelbierzo) [Internet]. Ponferrada: Unidad de Calidad y Seguridad del paciente Gerencia de Atención Sanitaria El Bierzo; c2017. Available from: <https://bitly.com/nohacerelbierzo>

POSTER 81**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Isabel González Díaz, Rosa M^a Fuster Perna, M^a Begoña Mantecón Francés, M^a Fátima Rojas Bravo, Natalia Muñoz Orellana, Laura Pérez Tirado, Gemma Hervás Jimenez, M^a Elena González Jadraque, Grupo de trabajo Formadores DAVC

TÍTULO/TITLE:

Impacto de la formación en el conocimiento de las enfermeras para el manejo de Dispositivos de Acceso Vascular Central.

Introducción

Mejorar la calidad de los cuidados en los pacientes con dispositivos de acceso vascular central (DAVC) y prevenir sus complicaciones es una prioridad para garantizar la seguridad de los pacientes y su uso óptimo, ya que facilitan el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas o graves y son imprescindibles en la práctica asistencial diaria para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Se insertan a través de una vena central (subclavia, yugular o femoral) o a través de una vena periférica y su punta queda alojada en la vena cava. Sin embargo, no están exentos de complicaciones. Según el estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales EPINE-EPPS, se pone de manifiesto que el 10,41% (6422) de los pacientes estudiados eran portadores de estos dispositivos y que el 17,30% (715) de ellos adquirieron una bacteriemia o infección asociada al catéter en el propio hospital. Las enfermeras son responsables de sus cuidados, por lo que deben de conocer y aplicar las recomendaciones de los Centros para el control y prevención de enfermedades (CDC). Disponer de guías clínicas y formación actualizada para aplicarlas correctamente es fundamental para unificar criterios de actuación y disminuir las tasas de infección. Por ello, nos planteamos diseñar talleres teórico-prácticos de actualización dirigidos a las enfermeras y puesta en marcha de una guía multidisciplinar. Están acreditados y forman parte de programa de formación continuada del hospital. Se imparten utilizando una metodología de trabajo novedosa: la simulación para la parte práctica. Una vez impartida la parte teórica, se pone en práctica en Fantoms (simuladores de pacientes) portadores de los distintos tipos de catéteres utilizados en el hospital.

Objetivo

Evaluar el nivel de conocimiento y el grado de satisfacción conseguidos por las enfermeras que han recibido un taller teórico-práctico como herramienta de actualización de conocimientos en el manejo de dispositivos de acceso vascular central.

Método

Estudio cuasi experimental, realizado desde octubre del año 2017 hasta mayo del 2018 en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, tras poner a disposición de los profesionales una guía multidisciplinar actualizada para el manejo de DAVC.

Se realizaron un total de 27 talleres, 24 dirigidos a 249 enfermeras que trabajan con adultos y 3 a 33 enfermeras de neonatos y pediatría. Fueron impartidos por 12 formadores tras haber realizado un curso de Experto Universitario en esta disciplina y conocer la guía de actuación del hospital.

Se diseñaron consensuando los contenidos y se preparó tanto la teoría como la práctica de manera unificada y conjunta. Se diseñó un formulario de evaluación de conocimientos ad hoc con 10 preguntas. Lo rellenaron (pre y post) los asistentes de manera voluntaria y anónima. Se adaptaron los contenidos por expertos para pediatría y neonatos, siguiendo la misma estructura.

Los datos se resumieron en porcentajes y frecuencias absolutas. Las diferencias en el porcentaje de aciertos antes y después se calcularon mediante chi cuadrado.

Resultados

Se cumplimentan un total de 315 cuestionarios. 219 antes del taller (tasa de respuesta 69%) y 96 después de haber recibido el taller (tasa de respuesta 30%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de aciertos tras la formación en 7 de las 10 preguntas planteadas: en la P1 (28,1%), en la P4 (15,2%), en la P5 (36,8%), en la P7 (23,7%), P8 (53,8%) en todas estas con $p=0,000$; en la P6 (10,4%), $p=0,002$ y en la p10 (12,9%), $p=0,017$.

El nivel de satisfacción de los asistentes en cuanto a la metodología y organización de los contenidos obtuvo una valoración media de 3.7 puntos (escala de 1 a 4), en el 95% de los asistentes.

Discusión

La tasa de respuesta a la encuesta ha sido baja, particularmente después del taller. Puede ser debido a que las enfermeras, tras recibir el taller, debían de volver a su unidad asistencial y los talleres estaban muy ajustados en el tiempo. Planteamos la necesidad de ampliar la duración del taller y poner énfasis en que la respondan. Hay dos preguntas que mayoritariamente no se contestan correctamente, incluso después de la formación, por lo que nos planteamos revisarlas, ya que la encuesta utilizada no estaba

validada.

Los talleres teórico-prácticos bien estructurados son una herramienta eficaz, que permiten a las enfermeras adquirir un nivel de conocimientos adecuado y actualizado para poner en práctica la evidencia disponible en su práctica asistencial. La formación específica, la utilización de guías clínicas basadas en la evidencia científica, el desarrollo de protocolos y el análisis de su cumplimiento, minimiza la variabilidad en la práctica enfermera, optimiza resultados, disminuye eventos adversos, mejora la seguridad y aumenta la calidad de vida del paciente. Consideramos que debe formarse a todos los enfermeros que manejan estos dispositivos, dado que en nuestro hospital no hay Equipo de Terapia Intravenosa.

El grado de satisfacción ha sido bueno, ya que cumple sus expectativas, resuelve sus dudas y además lo ven muy aplicable a su actividad. Los asistentes solicitan más tiempo para el taller.

Conclusión

La formación es eficaz para adecuar la evidencia científica disponible a la práctica asistencial

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Vaqué J. coordinador. Informe global de España. Análisis EPINE-EPPS 2017. Barcelona: Grupo para el Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España; 2017
2. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Centers for Disease Control and Prevention, 2011.
3. Guía de atención a pacientes con dispositivos de acceso vascular central. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, 2017
4. Carrero Caballero MC. Accesos vasculares. Implantación y cuidados enfermeros. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2013.
5. Infusion Nurses Society. Standards of practice. Infusion equipment. J Infusion Nurse 2011 02; 34(1):S31-6.
6. Estudio Nacional sobre los Eventos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005.
7. Flebitis Zero. Buenas prácticas en seguridad del paciente [sede Web]. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene; 2016. www.flebitiszero.com

POSTER 82**AUTORES/AUTHORS:**

BEATRIZ RUBIO RUIZ, HILARIO HERNÁNDEZ OVEJERO, HÉCTOR CUCALÓN IZQUIERDO, MARIANO CARLOS HERNÁNDEZ GARCÍA, FELIPE RUBIO CAVERO, ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ

TÍTULO/TITLE:

¿Cómo se protegen los profesionales de Enfermería de los medicamentos peligrosos?

Introducción y objetivos: Las neoplasias son patologías muy prevalentes en la actualidad. En su tratamiento se utilizan principios activos que mejoran las tasas de supervivencia y la calidad de vida de los pacientes. Recientemente se ha publicado un informe por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) que recoge que muchos medicamentos pueden suponer un riesgo para los profesionales sanitarios que los manipulan sin las medidas de protección adecuadas. Existen 3 grupos de medicamentos peligrosos: antineoplásicos (grupo 1), no antineoplásicos que cumplen con algún criterio de peligrosidad (grupo 2) y medicamentos que presentan riesgo reproductivo en hombres y mujeres que están intentando concebir activamente y mujeres embarazadas o en período de lactancia (grupo 3). Los profesionales de enfermería suelen ser conscientes de los riesgos al manejar medicamentos del grupo 1 pero se estima que infravaloran los riesgos asociados a la manipulación de medicamentos peligrosos de los grupos 2 y 3. Con el presente estudio se pretende valorar la autopercepción sobre conocimientos en materia de bioseguridad y medicamentos peligrosos, especialmente con fármacos citostáticos en el personal de enfermería, su capacidad para identificar distintos principios activos como medicamentos peligrosos y describir las medidas de protección usadas por el personal de enfermería para la administración de medicamentos citostáticos.

Material y método: Estudio descriptivo, transversal, con metodología cuantitativa a través de la distribución por conveniencia de un cuestionario de elaboración propia, autoadministrado a profesionales de enfermería de la Comunidad de Madrid.

Resultados y discusión: 167 profesionales participaron en el estudio. Su percepción sobre sus propios conocimientos en materia de bioseguridad fue calificada de aceptable. La mayoría no identificó la totalidad de los medicamentos peligrosos propuestos, especialmente aquellos que no estaban comprendidos en el grupo 1. En cuanto a la selección de equipos de protección individual (EPIs) solo 2 profesionales identificaron todos los componentes necesarios para la administración de antineoplásicos. En general, los profesionales de enfermería están muy concienciados en su exposición a los riesgos biológicos y físicos pero sin embargo, tienden a menospreciar el riesgo químico asociado a la manipulación de medicamentos peligrosos.

Implicaciones para la práctica clínica: Los profesionales tienen una falsa sensación de seguridad en relación con los medicamentos peligrosos, ya que tienen una autopercepción sobre conocimientos de bioseguridad aceptable, pero presentan carencias para identificar los principios activos incluidos en la relación de medicamentos peligrosos así como en los componentes de un EPI. Por ello, sería conveniente invertir en campañas de difusión para la identificación de los medicamentos peligrosos, fomentar las medidas de prevención y desarrollar programas de formación específica para la administración de estos fármacos.

Palabras clave: “Peligros en la salud por sustancias”, “productos y materiales”, “antineoplásicos”, “medicamentos peligrosos” y “riesgos laborales”

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gómez-Álvarez S, Porta-Oltra B, Hernández-Griso M, Pérez-Labaña F, Climente-Martí M. Evaluación de dos sistemas cerrados en el proceso de elaboración de quimioterapia parenteral. *Farm Hosp.* 2016; 40 (1): 36-43.
- 2 Pérez Tobaoda S, Gancedo García A, Chudáik M, Riaño Galán I, Fernández Carreira JM, Feito Álvarez M. Conocimiento y cumplimiento de las medidas de bioseguridad del personal de Enfermería en los servicios especiales. *Metas Enferm.* 2016; 19(10): 15-20.
- 3 Orden de 22 de abril de 1992, de la Consejería de Salud, por la que se regulan las normas de funcionamiento y requisitos de los Centros, Servicios y Establecimientos, que manejan medicamentos citotóxicos. Consejería de Presidencia, Justicia y Portavocía del Gobierno. Comunidad de Madrid.
http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&idnorma=654&word=S&wordperfect=N&pdf=S#no-back-button
- 3 Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. *Boletín Oficial del Estado*, nº27, (31-01-1997). Última modificación: 10-10-2015

- 4 National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH List of Antineoplastic and Other Hazardous Drugs in Healthcare Settings, 2016. Cincinnati, OH: 2016. DHHS (NIOSH): 2016-161
- 5 Ribed Sánchez A. Programa de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes en tratamiento con antineoplásicos oral [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2015
- 6 Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2014 [actualizado 23 de noviembre de 2015; acceso 7 de marzo de 2018]. Situaciones de exposición a agentes químicos. Disponible en: <http://stp.insht.es/stp/basequim/015-preparaci%C3%B3n-de-f%C3%A1rmacos-antineopl%C3%A1sicos-en-los-servicios-de-farmacia-hospitalaria-expos>
- 7 Conde-Estévez D, De Mateu AJ. Actualización del manejo de extravasaciones de agentes citostáticos. Farm Hosp. 2012; 36(1):34-42
- 8 Toril Rubio M, Rodríguez Borrego MA. Revisión sistemática de las complicaciones de los dispositivos de administración de tratamiento al paciente oncológico. Enfer Global. 2017; 16(46): 544-561
- 9 Villarini M, Gianfredi V, Levorato S, Vannini S, Salvatori T, Moretti M, et al. Occupational exposure to cytostatic/antineoplastic drugs and cytogenetic damage measure using the lymphocyte cytokinesis-block micronucleus assay: a system review of the literatura and meta-analysis. Mutat Res Rev Mutat Res. 2016; 770(Pt A): 35-45

POSTER 82**AUTORES/AUTHORS:**

BEATRIZ RUBIO RUIZ, HILARIO HERNÁNDEZ OVEJERO, HÉCTOR CUCALÓN IZQUIERDO, MARIANO CARLOS HERNÁNDEZ GARCÍA, FELIPE RUBIO CAVERO, ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ

TÍTULO/TITLE:

¿Cómo se protegen los profesionales de Enfermería de los medicamentos peligrosos?

Introducción y objetivos: Las neoplasias son patologías muy prevalentes en la actualidad. En su tratamiento se utilizan principios activos que mejoran las tasas de supervivencia y la calidad de vida de los pacientes. Recientemente se ha publicado un informe por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) que recoge que muchos medicamentos pueden suponer un riesgo para los profesionales sanitarios que los manipulan sin las medidas de protección adecuadas. Existen 3 grupos de medicamentos peligrosos: antineoplásicos (grupo 1), no antineoplásicos que cumplen con algún criterio de peligrosidad (grupo 2) y medicamentos que presentan riesgo reproductivo en hombres y mujeres que están intentando concebir activamente y mujeres embarazadas o en período de lactancia (grupo 3). Los profesionales de enfermería suelen ser conscientes de los riesgos al manejar medicamentos del grupo 1 pero se estima que infravaloran los riesgos asociados a la manipulación de medicamentos peligrosos de los grupos 2 y 3. Con el presente estudio se pretende valorar la autopercepción sobre conocimientos en materia de bioseguridad y medicamentos peligrosos, especialmente con fármacos citostáticos en el personal de enfermería, su capacidad para identificar distintos principios activos como medicamentos peligrosos y describir las medidas de protección usadas por el personal de enfermería para la administración de medicamentos citostáticos.

Material y método: Estudio descriptivo, transversal, con metodología cuantitativa a través de la distribución por conveniencia de un cuestionario de elaboración propia, autoadministrado a profesionales de enfermería de la Comunidad de Madrid.

Resultados y discusión: 167 profesionales participaron en el estudio. Su percepción sobre sus propios conocimientos en materia de bioseguridad fue calificada de aceptable. La mayoría no identificó la totalidad de los medicamentos peligrosos propuestos, especialmente aquellos que no estaban comprendidos en el grupo 1. En cuanto a la selección de equipos de protección individual (EPIs) solo 2 profesionales identificaron todos los componentes necesarios para la administración de antineoplásicos. En general, los profesionales de enfermería están muy concienciados en su exposición a los riesgos biológicos y físicos pero sin embargo, tienden a menospreciar el riesgo químico asociado a la manipulación de medicamentos peligrosos.

Implicaciones para la práctica clínica: Los profesionales tienen una falsa sensación de seguridad en relación con los medicamentos peligrosos, ya que tienen una autopercepción sobre conocimientos de bioseguridad aceptable, pero presentan carencias para identificar los principios activos incluidos en la relación de medicamentos peligrosos así como en los componentes de un EPI. Por ello, sería conveniente invertir en campañas de difusión para la identificación de los medicamentos peligrosos, fomentar las medidas de prevención y desarrollar programas de formación específica para la administración de estos fármacos.

Palabras clave: “Peligros en la salud por sustancias”, “productos y materiales”, “antineoplásicos”, “medicamentos peligrosos” y “riesgos laborales”

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gómez-Álvarez S, Porta-Oltra B, Hernández-Griso M, Pérez-Labaña F, Climente-Martí M. Evaluación de dos sistemas cerrados en el proceso de elaboración de quimioterapia parenteral. *Farm Hosp.* 2016; 40 (1): 36-43.
- 2 Pérez Tobaoda S, Gancedo García A, Chudáik M, Riaño Galán I, Fernández Carreira JM, Feito Álvarez M. Conocimiento y cumplimiento de las medidas de bioseguridad del personal de Enfermería en los servicios especiales. *Metas Enferm.* 2016; 19(10): 15-20.
- 3 Orden de 22 de abril de 1992, de la Consejería de Salud, por la que se regulan las normas de funcionamiento y requisitos de los Centros, Servicios y Establecimientos, que manejan medicamentos citotóxicos. Consejería de Presidencia, Justicia y Portavocía del Gobierno. Comunidad de Madrid.
http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&idnorma=654&word=S&wordperfect=N&pdf=S#no-back-button
- 3 Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. *Boletín Oficial del Estado*, nº27, (31-01-1997). Última modificación: 10-10-2015

- 4 National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH List of Antineoplastic and Other Hazardous Drugs in Healthcare Settings, 2016. Cincinnati, OH: 2016. DHHS (NIOSH): 2016-161
- 5 Ribed Sánchez A. Programa de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes en tratamiento con antineoplásicos oral [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2015
- 6 Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2014 [actualizado 23 de noviembre de 2015; acceso 7 de marzo de 2018]. Situaciones de exposición a agentes químicos. Disponible en:
<http://stp.insht.es/stp/basequim/015-preparaci%C3%B3n-de-f%C3%A1rmacos-antineopl%C3%A1sicos-en-los-servicios-de-farmacia-hospitalaria-expos>
- 7 Conde-Estévez D, De Mateu AJ. Actualización del manejo de extravasaciones de agentes citostáticos. Farm Hosp. 2012; 36(1):34-42
- 8 Toril Rubio M, Rodríguez Borrego MA. Revisión sistemática de las complicaciones de los dispositivos de administración de tratamiento al paciente oncológico. Enfer Global. 2017; 16(46): 544-561
- 9 Villarini M, Gianfredi V, Levorato S, Vannini S, Salvatori T, Moretti M, et al. Occupational exposure to cytostatic/antineoplastic drugs and cytogenetic damage measure using the lymphocyte cytokinesis-block micronucleus assay: a system review of the literatura and meta-analysis. Mutat Res Rev Mutat Res. 2016; 770(Pt A): 35-45

POSTER 83**AUTORES/AUTHORS:**

Elvira Hernández Domingo, Verónica Velasco González, Laura Mena García, Alfredo Holgueras López, Zoraida Navarro Blanco, Emerita Bécares Codesal, Miguel González Carvajal, Jose Carlos Pastor Jimeno, María Isabel López Galvez

TÍTULO/TITLE:

PROGRAMA DE CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA: GRADO DE SATISFACCIÓN Y CONOCIMIENTO PREVIO DE LOS PACIENTES

OBJETIVOS:

Analizar el grado de satisfacción y conocimientos sobre las complicaciones de la diabetes de los pacientes incluidos en el Proyecto de Cribado Sistemático de Retinopatía Diabética de la Junta de Castilla y León, evaluar el grado de información proporcionada a los diabéticos sobre su patología y las complicaciones de la misma, concienciar a la población diabética de las complicaciones oculares de la diabetes mediante un tríptico informativo y describir el papel de Enfermería como educador en salud dentro de los programas de cribado.

METODOLOGÍA:

Estudio cuasiexperimental realizado en una muestra aleatoria de 50 pacientes diabéticos del Área de Salud Valladolid Este. Los grupos de comparación fueron constituidos por pacientes que recibieron la información habitual del programa (n=25) frente a pacientes que recibieron, además, un tríptico con información complementaria sobre la diabetes (n=25). En ambos grupos se realizó un cuestionario de conocimientos sobre la diabetes y sus complicaciones previo a la captura de las retinografías y otro post-captura sobre su grado de satisfacción de acuerdo a la información recibida.

Como criterios de inclusión de la muestra se establecieron: pacientes diabéticos tipo I y II, sin revisión de fondo de ojo en el último año, con capacidad adecuada para responder las cuestiones planteadas, con el consentimiento informado firmado para participar en el programa de cribado y para la realización de la encuesta.

Las variables a estudio fueron: sexo, edad, tiempo de evolución de la diabetes, conocimientos previos de las complicaciones oculares de la diabetes, grado de satisfacción de la información proporcionada y necesidad de información complementaria a la facilitada.

Los resultados cualitativos se han presentado en forma de frecuencias y porcentajes y los cuantitativos en medias y desviaciones estándar. Todos los datos analizados fueron anonimizados y el estudio obtuvo las autorizaciones ético-legales correspondientes.

RESULTADOS:

De los pacientes que componen la muestra, 24 fueron hombres y 26 mujeres; respecto a la edad, el 6% (n=3) fueron menores de 50 años. El 58% de la muestra (n=29) tenía conocimiento sobre las complicaciones de la diabetes, siendo la más destacada (96%, n=24) la afectación ocular. Otras complicaciones señaladas fueron: pie diabético (37,9%, n=11), nefropatía (24,1%, n=7), alteración de la cicatrización (13,8%, n=4) y cardiopatías (6,9%, n=2). El 74% (n=37) de la muestra conocía la existencia de afección ocular por causa diabética, pero únicamente el 12% (n=6) tenía consciencia sobre la retinopatía diabética. El 42% (n=21) desconocía la finalidad de la retinografía.

El grupo intervenido, empleando como instrumento de medida una escala numérica del 1 al 5, estableció el valor medio de su aumento de conocimientos sobre las complicaciones diabéticas en 3,4 puntos (± 1); el grupo de no intervenidos lo puntuó con un valor medio de 1,6 ($\pm 0,9$). El valor medio del grado de satisfacción respecto a la información recibida durante el programa en el grupo intervenido fue de 4 puntos (± 1) frente a los 2,8 puntos ($\pm 1,2$) de los no intervenidos; de éstos al 64% (n=16) le hubiese gustado

recibir más información sobre las complicaciones diabéticas y la retinografía.

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:

Según los resultados del estudio de Baca Martínez, B. y col., titulado "Nivel de conocimientos del diabético sobre sus cuidados", el 78,7% de los pacientes presentan un conocimiento insuficiente sobre los cuidados de esta patología. Otro estudio relacionado con lo anteriormente expuesto, "Relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de estilos de vida del paciente con Diabetes Mellitus" refleja que el 23% (n=40) de los pacientes diabéticos presenta un conocimiento bueno sobre su patología, el 37,9% (n=66) regular y el 39,1% (n=68) malo (29). Los resultados de los estudios mencionados concuerdan con los obtenidos en este trabajo; los pacientes diabéticos poseen una infraeducación sobre la diabetes y las complicaciones derivadas de la misma, contraria a la indicada para el buen control de su patología.

Se ha demostrado que los pacientes diabéticos con un mayor conocimiento sobre su enfermedad tienen un menor número de ingresos hospitalarios que aquellos que no poseen unos conocimientos mínimos adecuados, además, esta infraeducación supone un factor determinante para la aparición de complicaciones crónicas, invalidez y muerte prematura.

La evaluación de los conocimientos de los pacientes diabéticos sobre su patología es fundamental para mejorar y priorizar líneas futuras de educación sanitaria. En este sentido, la actuación de Enfermería en la educación para salud de estos pacientes es indispensable para que los enfermos diabéticos adquieran un mayor conocimiento sobre el manejo de sus autocuidados y la prevención y retraso del desarrollo de las complicaciones derivadas de la diabetes, con el fin último de mejorar su calidad de vida.

Los autores declaran no poseer ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. CiberIsciii. Actualización del Estudio Di@betes. Disponible en:
www.ciberdem.org/noticias/estudio-di-betes-cerca-de-400000-personas-desarrollan-diabetes-cada-ano-en-espana
2. Organización Mundial de la Salud. Diabetes Action Online. Disponible en:
http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index3.html
3. National Institute of Health. Cómo prevenir los problemas de la diabetes. NIH; 2017. Disponible en:
<https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/prevenir-problemas/ojos>
4. American Academy of Ophthalmology. What Is Diabetic Retinopathy? AAO; 2013. Disponible en:
<https://www.aao.org/salud-ocular/enfermedades/retinopatia-diabetica-causas>
5. Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada. Proyecto de cribado sistemático de la retinopatía diabética para la Junta de Castilla y León. Disponible en:
<http://www.ioba.es/proyecto-de-cribado-sistemico-de-la-retinopatia-diabetica-para-la-junta-de-castilla-y-leon2/>

6. Baca Martínez, B., Bastidas Loaiza MJ., Aguilar, M. et al. Nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado. *Enfermería Global* [revista en Internet]. 2008; 13 (1): 1-13. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/14691/14171>
7. Corbacho Armas K., Palacios García N., Vaiz Bonifaz R. Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. *Rev Enferm Herediana* [revista en Internet]. 2009; 2(1):26-31. Disponible en: https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2009/enero/ART4_CORBACHO.pdf
8. Cabrera-Morón R., Motta-Quijandría I., Rodríguez-Robladillo C., et al. Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chíncha. *Rev Enferm Herediana* [revista en Internet]. 2010; 3(1):29-36. Disponible en: https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2010/enero/Autocuidado%203_4.pdf
9. Otero Miyar L. Impact of a health promotion program carried out by nursing among type 2 diabetes patients, within the community. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [revista en Internet]. 2003; 11(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21762017000300014&script=sci_arttext&tlng=en
10. Gómez-Encino G., Cruz-León A., Zapata-Vázquez R., et al. Nivel de conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en relación a su enfermedad. *Salud en tabasco* [revista en Internet]. 2015; 21(1): 17-25. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48742127004.pdf>

POSTER 84**AUTORES/AUTHORS:**

Isabel Barroso, Maria da Conceição Rainho, Jerónimo Manuel Ferreira, Maria João Monteiro

TÍTULO/TITLE:

Intervención en Enfermería Comunitaria: Capacitación de profesores en Soporte Vital Básico y Primeros Auxilios

Introducción: En Portugal, el Soporte Vital Básico (SVB) y Primeros Auxilios (PA) está contemplado en el "Plano Nacional de Saúde Escolar". Su objetivo es formar 20% de los profesores hasta el 2020. El "Instituto Nacional de Emergencia Médica" (INEM) y la "Dirección General de Educación" firmaron, en el 2015, un acuerdo para la formación de profesores y estudiantes de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) con la finalidad de adquirir conocimientos básicos dirigidos a la intervención pre hospitalaria, como siendo un acto de ciudadanía. El SVB integra los contenidos programáticos del ESO (9º año de escolaridad). Los enfermeros tienen un papel muy importante en la formación de profesores en SVB/PA. Se pretende que les sea posible ser agentes con capacidad de intervención en casos de paraje cardiorrespiratorio. Así, podrán iniciar maniobras de reanimación para mantener alguna circulación y oxigenación, ganando tiempo hasta la llegada de los equipos de emergencia pre hospitalaria y, eventualmente, el restablecimiento del funcionamiento cardiaco y respiratorio normal (Instituto Nacional de Emergencia Médica [INEM], 2011).

Objetivos: i) Capacitar los profesores en SVB/PA; ii) Evaluar la eficacia de un proyecto de intervención en enfermería comunitaria; iii) Aumentar los conocimientos en SBV/PA en 80% de los profesores; iv) Conseguir que 70% de los profesores ejecuten correctamente los procedimientos del algoritmo de SVB; v) Conseguir que el 20% del total de los profesores cumpla el plano formativo sobre SBV/PA.

Metodología: Teniendo como base la metodología de planificación de la salud, realizamos un estudio descriptivo, cuantitativo y longitudinal. El proyecto de intervención en enfermería contempló dos momentos de recogida de datos distintos: antes y después de la intervención. Se construyó un cuestionario para evaluación de conocimientos de forma a comparar en qué medida se verificó la adquisición de conocimientos en SVB/PA y una rejilla de observación para la evaluación de las competencias en SVB. El proyecto integró 16 sesiones de formación en SBV/PS, equivalente a 48 horas de formación certificada y participaron 35% de los profesores, divididos por grupos de 21 profesores cada.

Resultados: Participaron en el proyecto de intervención 84 profesores, de un total de 237, siendo la mayoría del sexo femenino, 69 (82,1%), con una media de edades de 49,6 años (desviación estándar de 6,2 años), siendo la edad mínima de 34 años y la máxima de 60 años. Cuanto al tiempo de servicio, la media fue de 25 años, siendo el tiempo de servicio máximo de 38 años y el mínimo de seis años (desviación estándar de 6,4 años). Tocante al grupo disciplinar, la mayoría de los profesores trabajaba con el primero ciclo, 28 (33,2%), e en la educación preescolar, 18 (21,4%). Correspondientemente a las competencias académicas, la mayoría era licenciada, 75 (85,7%). Del análisis realizado se constató un aumento estadísticamente significativo de conocimientos del antes para el después de la intervención. Todos los profesores aumentaron los conocimientos en SVB/PA, del momento 1 para el momento 2 de evaluación. En el momento 1, la mayoría de las respuestas correctas se situó entre 70% y 79%, mientras que en el momento 2, se quedó entre 90% y 99%. En cuanto a las competencias, la mayoría de los profesores realizaron correctamente los procedimientos de SVB. Sin embargo, el procedimiento de "mantener el posicionamiento correcto durante las maniobras" fue el que obtuvo un mayor porcentaje de participantes que no ejecutó de forma correcta. Los objetivos, metas y indicadores del proyecto de intervención fueron logrados.

Discusión: La metodología de la planificación de la salud ha permitido la realización de la intervención dirigida a la formación de profesores, contribuyendo así para los objetivos del "Plano Nacional de Saúde Escolar", en Portugal. Según el PNS 2012-2016 (DGS, 2012), la mejor estrategia para la obtención de beneficios en salud es la capacitación, tal como se verificó, ya que los profesores estaban receptivos y motivados en el proceso de aprendizaje. Han entendido que la ejecución correcta de procedimientos, de forma secuencial y coordinada, de acuerdo con la cadena de supervivencia, permiten el abordaje de las víctimas y por consiguiente preservar la vida, minimizar las secuelas y aumentar la tasa de supervivencia en situaciones de PCR que ocurren en ambiente extra hospitalario (Conselho Português de Ressuscitação, 2015). Del proyecto de intervención se destacan sus implicaciones por la práctica clínica, por la importancia que los enfermeros tienen en la capacitación de grupos en el ámbito de la intervención en SVB/PA. Proyectos similares tienen que continuar a ser desarrollados para la población en general de modo a aumentar la literacia en SVB y PS para alcanzar más personas. Algunos estudios realzan que la formación en SBV es importante y debe ser reciclada periódicamente, para mejorar los conocimientos y la confianza de los intervinientes (Meissner, Kloppe & Hanefeld, 2012). En un futuro no muy lejano se espera un avance para otro nivel de formación cuanto a la reanimación, en que sea posible el uso de desfibriladores automáticos externos por la población.

El estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Conselho Português de Ressuscitação. (2015). Recomendações 2015 para a reanimação do European Resuscitation Council.

Retirado de <http://www.cpressuscitacao.pt/files/2/documentos/20101025153119640078.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2012). Programa nacional de saúde 2012-2016. Retirado de

<http://pns.dgs.pt/files/2013/12/brochura-pns.pdf>.

Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa nacional de saúde escolar 2015. Lisboa: Autor. Retirado de

www.spp.pt/UserFiles/file/.../015_2015_AGO.2015.pdf.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). Manual de suporte avançado de vida (2a ed.). Lisboa: Autor.

POSTER 86**AUTORES/AUTHORS:**

Ma. Elvira Moreno Pulido, Ma. Aurora Montañez Frausto, María Cristina Caudillo Hernández, Ma. Gloria Vega Argote, Luis Enrique Najera Ortíz, Francisco Javier Álvarez Torres

TÍTULO/TITLE:

CUIDADO DE PIES EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 PARA PREVENIR ÚLCERAS Y/O AMPUTACIÓN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia resultado de la deficiencia de la secreción de insulina, su acción o ambos (ADA, 2013). Estimaciones mundiales refieren 371 millones de personas con diabetes, estimándose alcanzar 552 millones para el 2030 (FID, 2012). México ocupa el sexto lugar en el mundo con personas con diabetes, la ENSANUT 2012 reporta un 18 % de prevalencia, lo que equivale a 6.4 millones de adultos mexicanos.

EL OBJETIVO de este estudio fue Prevenir el riesgo de úlceras y/o amputación en los pacientes con diabetes tipo 2.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, transversal. Participaron 29 personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 y con tiempo de evolución de 1 hasta 20 años. Muestreo por conveniencia. El instrumento utilizado fue valoración de pies. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

- 1.-Se realizó inicialmente la visita a la unidad médica de atención primaria la salud (UMAPS) para la gestión de permisos, establecer fechas de trabajo y solicitud de nombres de pacientes que viven con diabetes.
2. Se hizo la invitación directamente en su domicilio.
- 3.-En la primera reunión se dieron a conocer las actividades a realizar en las sesiones educativas y se firmó el consentimiento informado.
- 4.-Se realizó la valoración de sonometría, toma de signos vitales y monitorización de glucosa, (esta actividad se realizó en todas las sesiones educativas).
- 5.-Se impartió la plática para sensibilizar a los pacientes sobre la importancia en el cuidado de los pies y las complicaciones que desencadena el no realizar su autocuidado.
- 6.-Se enseñó a las personas sobre el cuidado correcto de los pies, mostrando las acciones que sí y no debe realizar en las actividades diarias de aseo personal, lavado secado e hidratación, uso de calzado adecuado, limado de uñas y protección de los pies.
- 7.-Se realizaron 3 subgrupos el primero de 11 personas, el segundo 8 y tercero de 10 personas, en cada grupo se realizó la valoración de los pies en diferente fecha a cada grupo.
- 8.- Para el cierre de las actividades se realizó la elaboración de una crema hidratante que se entregó a los pacientes, junto con un Kit de cuidado para sus pies agradeciendo su participación y con el compromiso de formar Grupo de Ayuda Mutua (GAM).

RESULTADOS

La edad de los participantes osciló entre los 29 a 79 años, con una media de 56.62 (DE=13.38). El 51.7% (f=15) correspondió al género femenino y el 48.3 % (f=14) al género masculino. Se realizó la valoración física de ambos pies evaluando aspectos importantes como la sensibilidad vibratoria que se encuentra presente en ambos pies con un 62%, el edema 86%, resequedad 82%, sensación de dolor 75%. Es alarmante el tipo de calzado y características que usan las personas que viven con Diabetes. La Unidad

Médica de Atención Primaria a la Salud de Guanajuato, Es una unidad de la Secretaría de Salud Estatal, conformada por dos núcleos básicos integrados cada uno por un médico y dos enfermeras. Atiende a una población total de 8500 personas, de los cuales 343 (4.03%) tienen algún tipo de enfermedad crónica degenerativa; 210 personas (2.47%) viven con diabetes mellitus tipo 2 y de ellos son 6 personas (0.07%) quienes presentan complicaciones graves en los pies.

DISCUSIÓN.

El reto para el Educador en Diabetes es enfrentarse a la valoración de pies con la suficiente preparación y conocimientos profesionales, para dar los cuidados específicos e integrales que mejoren la calidad de vida y permita a las personas autocuidarse, para prevenir el riesgo de úlceras y/o amputación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.-American Diabetes Association (2013). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 35(Supplement 1), S64-S71.
- 2.-Encuesta Nacional de Salud [ENSANUT]. (2012). recuperado el día 24 de abril del 2018 a las 10:21pm. www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800009.
- 3.-Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016 .Washington, DC, 6 de abril de 2016 (OPS/OMS)

POSTER 88**AUTORES/AUTHORS:**

Carmen Larraondo Marín, Patricia Atalaya Lopez, Juan Manuel Picardo García, María José Abellán Hervás, Consuelo Lopez Fernandez

TÍTULO/TITLE:

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE APOYO AL AUTOCUIDADO (AC) EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA (ICC).

Objetivo: Evaluar el efecto de un programa, gestionado por enfermeras y orientado a capacitar para el AC a los pacientes con ICC, que incluye en el mismo a los cuidadores principales. Método: Cuasi experimento con pre/post-test y grupo de comparación sin asignación aleatoria. Participaron 122 pacientes (97 hombres y 25 mujeres), de entre 33 y 85 años (Md=66,5; Mo=74), atendidos en la Unidad de ICC de un hospital público. Criterio de inclusión: ICC sistólica con fracción de eyección del ventrículo izquierdo <35-40% y disnea con clase funcional II, III o IV estable, determinada mediante escala NYHA. Exclusión: Peiffer indicativo de deterioro cognitivo. Datos obtenidos en 2017. Todos los participantes ofrecieron consentimiento al uso de los datos. Procedimiento: Captados al alta hospitalaria o derivados a la consulta enfermera, los participantes acudieron acompañados por algún familiar implicado en sus cuidados. Valorada la necesidad de cuidados, se recogieron datos de perfil y evaluaron las variables dependientes (pretest): funcionalidad (NYHA; Test de la marcha en 6 minutos); calidad de vida (Minnesota Living Heart Failure Quality); capacidad para el AC en la ICC (European Heart Failure Self-care Behaviour); y, adherencia al régimen terapéutico (DecaMIRT). Tras pretest, se aplicó un programa individual de educación terapéutica (PIDET) particularizado al conocimiento de paciente y cuidador sobre la ICC, que incluyó: entrenamiento de la actuación deseable (detección-decisión-acción) ante posibles descompensaciones; entrega de material suplementario escrito personalizado; información sobre la existencia de talleres grupales de profundización en ICC, mensuales y voluntarios. Seis meses tras PIDET se realizó el post test. Análisis estadístico: descriptivo según variables; prueba de normalidad (K-S para una muestra); U de Mann-Whitney para establecer similitud entre participantes en cuanto a las variables y para evaluar el efecto del taller grupal. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para calcular cambio en las medidas pre/postest. Valor de p al nivel de significación de $\alpha = 0.05$. RESULTADOS: Los datos reflejan diferencias significativas pre/postest: mayor calidad de vida ($p = 0,000$), mayor capacidad para el AC relacionado con la ICC ($p = 0,000$) y mayor adherencia al régimen terapéutico ($p = 0,000$). Los participantes en el taller grupal muestran puntuaciones significativamente más altas en funcionalidad (Test de la marcha $p = 0,031$) y en adherencia ($p=0,002$) que quienes no asistieron. DISCUSIÓN: La educación terapéutica personalizada, realizada conjuntamente al paciente y su cuidador habitual, parece favorecer el compromiso con el AC, suponiendo al paciente mejoras en la funcionalidad y calidad de vida. Cuando se suma la estrategia formativa grupal, el compromiso con el AC aumenta. Nuestros resultados coinciden con quienes han identificado el papel reforzador del cuidador en la adherencia del paciente. Sugieren la necesidad de incluir al cuidador durante la atención a pacientes con ICC especialmente cuando existan oportunidades para comprender en mayor profundidad la toma de decisiones cotidianas sobre el AC.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Maggioni AP, Anker SD, Dahlström U, Filippatos G, Ponikowski P, Zannad F, et al. Are hospitalized or ambulatory patients with heart failure treated in accordance with European Society of Cardiology guidelines? Evidence from 12,440 patients of the ESC Heart Failure Long-Term Registry. *Eur J Heart Fail.* octubre de 2013;15(10):1173-84.
2. Strömberg A. The crucial role of patient education in heart failure. *Eur J Heart Fail.* 7(3):363-
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Registro de Altas de los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud. CMBD. Norma Estatal [Internet]. [citado 26 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd.htm>
4. Boyde M, Peters R, New N, Hwang R, Ha T, Korczyk D. Self-care educational intervention to reduce hospitalisations in heart failure: A randomised controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs J Work Group Cardiovasc Nurs Eur Soc Cardiol.* febrero de 2018;17(2):178-85.
5. Sayago-Silva I, García-López F, Segovia-Cubero J, Sayago-Silva I, García-López F, Segovia-Cubero J. Epidemiology of Heart Failure in Spain Over the Last 20 Years. *Rev Esp Cardiol.* 1 de agosto de 2013;66(8):649-56.
6. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P. Situación epidemiológica de la insuficiencia cardiaca en España. *Rev Esp Cardiol.* 15 de junio de 2006;6(Supl.C):4-9.

7. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, et al. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 22 de septiembre de 2009;120(12):1141-63.
8. van der Wal MHL, van Veldhuisen DJ, Veeger NJGM, Rutten FH, Jaarsma T. Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. *Eur Heart J*. junio de 2010;31(12):1486-93.
9. Evangelista LS, Shinnick MA. What do we know about adherence and self-care? *J Cardiovasc Nurs*. junio de 2008;23(3):250-7.
10. Boyde M, Peters R, New N, Hwang R, Ha T, Korczyk D. Self-care educational intervention to reduce hospitalisations in heart failure: A randomised controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs J Work Group Cardiovasc Nurs Eur Soc Cardiol*. febrero de 2018;17(2):178- 85.

POSTER 92**AUTORES/AUTHORS:**

María Isabel Martínez Güemes

TÍTULO/TITLE:

VALORACION TACTICAS ESTRATEGICAS VACUNACION DE LA GRIPE EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Objetivo Principal:

-Valorar el efecto de la campaña educativa, en la cobertura vacunal, mediante el registro de la vacunación de la campaña 2017-2018.

Objetivos específicos:

- Informar-sensibilizar a la población diana sobre la necesidad de vacunarse.
- Divulgación de la campaña en los consultorios locales de la Zona Básica de Sedano, así como en la zona Básica para mejorar la accesibilidad a los puntos de vacunación.

METODOLOGIA

Estudio observacional, descriptivo y cuasi experimental realizado durante el período de duración de la campaña vacunal 2017-2018. (n:145). Aprobado por CEIC de referencia. La captación de la población se realizó en los ambulatorios locales y en el Centro de Salud Principal, mediante carteles, se les explico el objetivo del estudio y consentimiento informado, se realiza un test de conocimientos previo a las charlas informativas (35 minutos) sobre prevención de la gripe, Se dieron 7 charlas, así como se distribuyeron folletos educativos.

Sera básicamente descriptivo, se calculará la cobertura vacunal alcanzada (nº de personas de 18 años y más, vacunados de la gripe/nº de personas de 18 años y más) se compara con la cobertura del año anterior para conocer el efecto de la intervención educativa.

El Análisis estadístico de los datos será básicamente descriptivo de los valores calculándose con medidas de tendencia central o medidas de distribución de frecuencias. Todas las estimaciones llevadas a cabo se expresaron en porcentajes. Serán representadas por mediante tabla de frecuencias y diagramas.

- Población de estudio: personas de alto riesgo de complicaciones de la gripe.
- Personas de 65 años o más.
- Personas institucionalizadas en residencias o centros de atención a crónicos.
- Mayores de 6 meses con patología crónica:
 - Enfermedades crónicas del sistema respiratorio, (incluida el asma), cardiovascular, (excluida la HTA), hepáticas, renales, neurológicas o neuromusculares. Así como, Trastornos y enfermedades que conllevan disfunción cognitiva: síndrome de Down, demencias....
- Asplenia, hemoglobinopatía, anemia, Cáncer, Inmunosupresión (incluida la causada por medicamentos o infección por VIH).
- Obesidad mórbida (índice de masa corporal > o: 40 en adultos,> o: 35 en adolescentes)
- Implante coclear o a la espera del mismo.

B. Personas que pueden transmitir la enfermedad a personas de alto riesgo.

Criterios de inclusión, población mayor de 18 años, que acuden a las reuniones informativas.

Criterios de exclusión, población que no puede aportar información por padecer demencia.

RESULTADOS

Con respecto al resultado del estudio observo 57% varones, 43 % mujeres, 67% tienen conocimientos adecuados de gripe, destacando el sexo femenino llama la atención que el 38 % desconoce qué es ser población de riesgo así como el 26 % de estos son mayores de 70 años, también cómo el 33 % desconoce las posibles complicaciones de no vacunarse siendo vulnerable, y casi la mitad 48 % no tiene claro el periodo de contagio y sorprendentemente el 100 % conoce las medidas higienicosanitarias para prevenirlo. Así como las coberturas alcanzaron 65 % (mejoraron 10 %).

CONCLUSIONES

“La vacunación antigripal tiene como objetivo reducir la morbimortalidad asociada a la gripe y el impacto de la enfermedad en la comunidad, así como alcanzar coberturas de vacunación del 65 %”. (2) (Comisión de Salud Pública 28 de septiembre de 2017).

La enfermera comunitaria es la clave en la campaña de la gripe y fundamental en la educación sanitaria, la vacunación repetida reduce el impacto de la enfermedad severa en mayores. son la mejor estrategia de salud pública que más vidas ha salvado, (1) (2) (3) “el potencial completo de inmunización sólo puede hacerse realidad por medio del aprendizaje, el progreso continuo y la innovación en investigación y desarrollo, así como la eficiencia y mejora de la calidad audaz en todos los aspectos de la inmunización”.

El factor de impacto, con respecto a las coberturas de la vacunación es estadísticamente significativo porque se ha conseguido llegar al objetivo marcado 65 %. (4)(5)

IMPLICACIONES

Es fundamental alcanzar coberturas razonables si queremos disminuir la incidencia de la gripe, hospitalizaciones, muertes, y altos costes sociosanitarios, así como considerar que la vacunación individual produce empoderamiento, protegiendo a la comunidad.

El autor declara no tener conflicto de intereses

I

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Instituto de Salud Carlos III. Informe de Vigilancia de la Gripe en España. Temporada 2015-2016 (Desde la semana 40/2015 hasta la semana 20/2016). Sistema de Vigilancia de la Gripe en España. Disponible en : <http://www.isciii.es/ISCIII.es/contenidos/Pd-servicios-cientifico-tecnicos/Pd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/gripe.shtml>
2. Diseño y validación de un cuestionario sobre vacunación de estudiantes de ciencias de la salud. Fernández Prada M, Ramos Martín P, Madroñal Menéndez J, Martínez Ortega C, González Cabrera J.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS), Cobertura Vacunal. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/es/>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción Mundial sobre vacunas 2011-2020. Ginebra: Ediciones de la OMS; 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85398/1/9789243504988_spa.pdf
5. RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN FRENTE A LA GRIPE Temporada 2017-2018. Comisión de Salud Pública .visitado 19 de junio 2018 .Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Recomendaciones_vacunacion_gripe.pdf

POSTER 94**AUTORES/AUTHORS:**

María Isabel Martínez Güemes

TÍTULO/TITLE:

RECOMENDACIÓN VACUNA DE TETANOS EN URGENCIAS DE ATENCION PRIMARIA

OBJETIVOS

Describir las características de la demanda asistencial población que acude a su centro de salud en horario de atención continuada después de sufrir una herida/lesión y su estado inmunitario contra el tétanos.

Describir las indicaciones de profilaxis con vacuna antitetánica y/o gammaglobulina antitetánica en pacientes con lesiones.

METODOLOGIA

Estudio descriptivo retrospectivo. La población atendida fueron 1218 personas, (47% varones-53% mujeres) que acuden a urgencias durante el periodo del 1 de enero 2017 al 31 diciembre 2017.

Se realiza en una zona básica de salud rural, el horario de trabajo de urgencias está dividido en días laborables que son de 17 horas y fines de semana y festivos que son de 24 horas de jornada continua, situado a una distancia de 60 Km del Hospital Universitario de Burgos.

La toma de datos se realiza mediante una hoja de registro de Urgencias, de la cual se extraería los datos para realizar dicho estudio, omitiendo la identidad de los pacientes.

Las variables objeto de estudio serían cuantitativas (edad) y cualitativas (sexo, origen de la procedencia, motivo de consulta, así como destino al alta e indicación de vacunación antitetánica después de sufrir la herida/lesión).

Con respecto al motivo de consulta, se establecen seis criterios (fracturas abiertas/mordeduras /picaduras /quemaduras/congelaciones).

Edad se ha clasificado en (1-25 años) (26-50 años) (51-75 años) y mayores de 75 años.

Criterios de inclusión:

Se recogerá información sobre vacunación antitetánica en pacientes que acuden a consulta de atención continuada como consecuencia de heridas o lesiones por accidentes/fracturas abiertas/mordeduras /picaduras /quemaduras/congelaciones esté o no indicada la vacunación antitetánica.

Criterios de exclusión:

- Heridas producidas como consecuencia de intervenciones quirúrgicas, úlceras por presión, vasculares y abscesos.

El Análisis estadístico de los datos será básicamente descriptivo de los valores calculándose con medidas de tendencia central o medidas de distribución de frecuencias. Todas las estimaciones llevadas a cabo se expresaron en porcentajes. Serán representadas por mediante tabla de frecuencias y diagramas.

Consultadas bases de datos Medline, Pubmed, Scielo.

RESULTADOS

Criterios estudio,66 % varones,34 % mujeres, la prevalencia de Picaduras, heridas, traumatismos, quemaduras y mordeduras son 55 %,48 %,22 % ,9 % y 6 % respectivamente, se derivaron al hospital de referencia 2 % (64 % hombres) con 61 % fractura,33 % heridas 3% quemaduras y mordeduras.

Precisaron vacunación antitetánica 9 %, 33% mujeres, media 58 años causa calendario vacunal incompleto/dosis recuerdo.

CONCLUSIONES

La antitetánica es una vacuna inactivada (contiene la toxina, pero no causa toxicidad) con el fin de estimular la producción de anticuerpos contra ella.

Forma parte de la vacuna hexavalente y la pentavalente con pautas de 2, 4, 6 y 15-18 meses, y también se incluye en el preparado trivalente de los 4-6 años (Tdpa/DTPa). Asimismo, está incorporada en la vacuna de refuerzo de los adolescentes, junto con el componente de difteria y en ocasiones también con el de la tosferina (Td/Tdpa).

El tétanos neonatal se puede prevenir asegurándose de llevar al día el calendario de vacunaciones antes de dar a luz y de que el parto tiene lugar en unas condiciones higiénicas y sanitarias adecuadas.

Las personas que desarrollan la enfermedad del tétanos deben recibir tratamiento en un hospital, generalmente en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Se les administran grandes dosis de antibióticos para matar la bacteria del tétanos, así como antitoxinas

tetánicas (un medicamento que neutraliza la toxina del tétanos). Es posible que también sea necesario administrar otros medicamentos para controlar los espasmos musculares.

DISCUSION

Las altas coberturas de vacunación están disminuyendo la incidencia y mortalidad por tétanos en España, la media de edad que preciso vacunación 56 años (33% mujeres, 67 % hombres), así como del 2005-2014 fallecieron por tétanos 25 personas (72%, mujeres) y 136 casos de tétanos (56 % hombres) (1). En nuestro país, el tétanos es ahora más frecuente en personas mayores que en niños, porque los primeros están a veces mal vacunados.

La vacuna de tétanos se utiliza habitualmente en los servicios de prevención de Riesgos Laborales por lo que las posibilidades reales de no haber recibido primovacuna aumentan en mujeres mayores que no hayan tenido contacto con el mundo laboral siendo estas más vulnerables, así como a partir de 1967 las fuerzas armadas, vacunaron con toxoide tetánico a todos los reclutas, motivo por el que la mayoría de los varones están revacunados, pero cabe destacar que son los que más accidentes sufren, por ello los que más se derivan al hospital de referencia, y se revacunan. (2)

IMPLICACIONES

La intervención formativa por enfermería en la prevención del tétanos podría reducir la morbimortalidad. Es preciso definir las mejores acciones y estandarizar los procedimientos para establecer cuáles son las acciones con mayores probabilidades de éxito, optimizando los recursos sanitarios más adecuados en cada caso concreto, mediante un plan de intervención individualizado para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA

1. Grupo de trabajo recomendaciones Td 2017. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Recomendaciones de utilización de vacunas Td. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de salud Ministerio de Sanidad, servicios Sociales e igualdad, 2017. [consultado 11 de marzo de 2018] Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/TetanosDifteria_2017.pdf
2. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/PROTOCOLOS_RENAVE-ciber.pdf
3. Grupo de trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en trabajadores sanitarios. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017. http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Vacunacion_sanitarios.pdf

POSTER 95**AUTORES/AUTHORS:**

Mònica V. Guillén Mesalles, Meritxell Cunillera Batlle, Ester Mateus Solé, M. Encarna Domènech Bonilla, Magda Cami Capell

TÍTULO/TITLE:

ELABORACIÓN DE UN MAPEO COMUNITARIO.

Introducción:

Para mejorar la salud de la población es fundamental identificar y reforzar sus activos en salud. Un activo es un recurso que genera bienestar a las personas o grupos de una comunidad que lo utilizan i/o disfrutan. Personas, entornos, equipamientos y actividades comunitarias pueden ser activos en salud. El mapeo de activos es un elemento fundamental en procesos de salud comunitaria y a su vez detecta y contribuye al diagnóstico de salud de la misma.

Los mapeos en la comunidad, son una estrategia para implicar a distintas entidades, personas en la identificación de activos de salud.

Los activos de salud son recursos que existen en la comunidad y que, con su uso, genera bienestar a la persona o grupos que los utiliza.

Personas, entornos, equipamientos y actividades comunitarias pueden ser activos de salud y pueden ser utilizados directamente por la población, por eso, es fundamental identificarlos y reforzarlos. La realización del mapeo de activos, es una actividad vital en el proceso de elaboración de proyectos de salud comunitaria

A su vez, sirve para detectar carencias y/o necesidades de la comunidad, siendo fundamental para la realización del diagnóstico de salud comunitario y también para iniciar procesos en los que a través de las relaciones con instituciones locales, se mejore la calidad de vida y se promueva la salud de nuestra población y de nuestro territorio, reduciendo las desigualdades en salud.

Objetivos:

Identificar los activos de salud de la comunidad de nuestra área asistencial a través de los propios usuarios.

Potenciar la prescripción social en las consultas de enfermería para mejorar el bienestar integral del individuo.

Métodos:

El mapeo se realizó a través de los referentes de salud comunitaria de nuestra área básica de salud (ABS).

Como material se utilizó una plantilla/encuesta donde se registró: edad, sexo, ocupación actual y recurso de salud que utilizan.

El cuestionario se pasó a integrantes de la comunidad de todas las edades, incluyendo niños y adolescentes, y eran ellos mismos quienes rellenaban la plantilla para evitar influencias externas de los profesionales de salud.

Las encuestas se pasaron en dos días distintos y en dos sitios distintos: en el propio centro de salud y en la plaza mayor durante el día de mercado semanal, para la obtención de una muestra más heterogénea.

Esta encuesta se realizó en el núcleo de población con más habitantes del área básica de salud, en Les Borges Blanques, capital de la comarca y con una población de 6005 habitantes según último padrón facilitado por IDESCAT en 2017.

Los profesionales referentes de salud comunitaria del centro de salud de nuestra área rural (EAP Les Borges Blanques) realizaron una encuesta a los usuarios que acudían al servicio de análisis clínicos durante un día laborable y también se desplazaron al lugar donde se realiza el mercado semanal para así obtener una muestra más heterogénea.

Esta encuesta se realizó en el núcleo de población con más habitantes del área básica de salud, en Les Borges Blanques, capital de la comarca y con una población de 6005 habitantes según último padrón facilitado por IDESCAT en 2017.

Se elaboró una plantilla de registro con distintos apartados, donde los participantes rellenaban sus datos de manera individual, sin influenciarlos.

Las variables que recogía la plantilla eran: edad, sexo, ocupación actual, recurso que utiliza de la población para mejorar su estado de salud/bienestar

Resultados:

Se obtuvieron 66 activos en salud, siendo el de mayor porcentaje el de la restauración junto con los lugares para el deporte.

Se trasladó esta información a un plano de la población, donde se diferenció por colores los diferentes tipos de activos: restauración, ocio, deportes, naturaleza... para así convertirlo en un MAPA DE ACTIVOS DE LA POBLACIÓN DE LES BORGES BLANQUES.

También se hicieron fotografías de los lugares para potenciar su ubicación en el mapa.

Se presentaron los resultados y el mapa en una sesión al resto de equipo de salud y se realizó un taller para explicar los objetivos y la metodología empleada para su ejecución.

Discusión:

La intención del taller realizado es que durante este año 2018/2019 se lleve a cabo en el resto de poblaciones pertenecientes a nuestra área básica de salud.

Aprovechando la detección de estos activos se ha contactado con el ayuntamiento de la población para trabajar conjuntamente con las entidades reconocidas como activo de salud para implementar el programa de prescripción social desde nuestras consultas y así fomentar la salutogénesis de nuestra comunidad.

Debemos trabajar CON la comunidad, mejorar su autoestima, las estrategias de afrontamiento de las habilidades de resiliencia de las relaciones, de las amistades, de los conocimientos y de los recursos personales, y para empezar debemos conocer qué les hace sentir bien.

Una vez identificados los activos de salud existentes en nuestra comunidad y haber creado un plano visual para la comunidad para su fácil identificación, es el momento de que la población los utilice y los disfrute para mejorar su bienestar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/Plans-estrategics/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/
- http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/sobre_lagencia/pinsap/actius_i_salut/material/Guia_del_docent.pdf
- <https://salutcomunitarialleidaics.wordpress.com/page/2/>
- https://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Guia_salud_comunitaria_2016.pdf
- https://semfyc.eventszone.net/pacap2015/uploads/docs/Descargas/Conoce%20tu%20barrio_mapeo%20de%20activos%20y%20salutogenesis_presentacion.pdf
- https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Activos_salud.pdf
- <https://www.idescat.cat/emex/?id=250582&lang=es>
- http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/Plans-estrategics/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/
- http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/sobre_lagencia/pinsap/actius_i_salut/material/Guia_del_docent.pdf
- <https://salutcomunitarialleidaics.wordpress.com/page/2/>
- https://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Guia_salud_comunitaria_2016.pdf
- https://semfyc.eventszone.net/pacap2015/uploads/docs/Descargas/Conoce%20tu%20barrio_mapeo%20de%20activos%20y%20salutogenesis_presentacion.pdf
- https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Activos_salud.pdf
- <https://www.idescat.cat/emex/?id=250582&lang=es>

POSTER 96**AUTORES/AUTHORS:**

Beatriz Braña Marcos, Silvia Díaz Fernández

TÍTULO/TITLE:

Desigualdades sociales en la cesta de la compra. Observación participante en dos barrios urbanos

Introducción:

La literatura señala que los alimentos más caros y saludables son consumidos en niveles socioeconómicos más altos, mientras que los de menor valor nutricional y menos saludables, generalmente más baratos, tienden a ser consumidos en niveles socioeconómicos más bajos¹.

Objetivos:

- General: observar hábitos de compra de alimentos en un supermercado de la misma cadena en 2 barrios urbanos.
- Específicos: Explorar el perfil socioeconómico de las personas que van a comprar y las diferencias conductuales al hacerla en los 2 barrios. Analizar las diferencias

Metodología:

Observación participante en personas que compran en supermercados de la misma cadena en el Barrio A, de nivel socioeconómico y cultural medio-bajo o bajo, con población envejecida y numerosos inmigrantes, y el Barrio B, una zona residencial joven, de nivel socioeconómico y cultural alto.

Las observaciones se realizaron en periodos de 30 min, en días laborables y en sábados, en los mismos horarios. Se observaron hábitos de compra de productos frescos, congelados, procesados, alcohol, bollería, fruta, pescado, lácteos y lectura de etiquetas. Se realizó observación previa para estudio físico y social de los entornos a observar. Para integrarnos en la comunidad observada se simuló hacer la compra, realizando la observación focalizada en pasillos de alimentación. Se tomaron notas de campo en el móvil (sexo, edad estimada, Índice de Masa Corporal estimado (IMCe), productos comprados, conductas, imagen/atuendos) y fotografías de cestas/carros y productos seleccionados. Análisis de lo observado.

Resultados:

En el barrio A la mayoría eran mujeres que compraban solas, con apariencia desaliñada, mientras en B compraban con sus hijos y/o en familia y, por lo general, iban bien vestidas y acicaladas. En el barrio A, al contrario que en B, los observados llevaban lista de la compra, parecían llevar un orden para recorrer los pasillos y realizar sus elecciones establecido y no tenían interacción con otras personas, excepto con el personal de las cajas de cobro.

Se observó una mayor tendencia al sobrepeso y a la obesidad (mayor IMCe) en el barrio A. En el B fue más frecuente la compra de fruta, carne, pescado y lácteos.

Los hombres compraban más carne grasa y embutidos/fiambres, existiendo un gradiente descendente con la edad y el nivel socioeconómico. No así para precocinados y bollería, donde hubo mayor consumo en hombres más jóvenes, independientemente del barrio observado. La compra de alcohol fue más frecuente en hombres del barrio A, sin diferencias de edad. Las carnes magras y el pescado fresco se compraron más en el B, donde la compra de fin de semana fue más permisiva en cuanto a productos menos saludables (procesados, grasas saturadas). Solo en el barrio B observamos a varias personas que leían y comparaban valores nutricionales de varios productos, eligiendo el más saludable.

Conclusiones:

Las desigualdades sociales condicionan el estado de salud (IMCe) y parecen jugar papel importante en la información (lectura de etiquetas) de los consumidores y en su capacidad de adquisición. Los productos más saludables, comúnmente más caros, se adquieren con más frecuencia en el entorno del barrio A, de nivel socioeconómico más alto.

Estudios consultados apoyan la hipótesis de que los precios de los alimentos afectan el seguimiento de la dieta de calidad^{1,2}. La identificación de patrones alimentarios ricos en nutrientes, asequibles y atractivos debe ser una prioridad para combatir las desigualdades sociales en nutrición y salud. Desde Atención Primaria tenemos un interesante campo de actuación en este sentido.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía.

1. Darmon N, Drewnowski A. Contribution of food prices and diet cost to socioeconomic disparities in diet quality and health: a systematic review and analysis. *Nutr Rev.* 2015; 73(10):643-60.
2. Aggarwal A, Monsivais P, Cook AJ, et al. Does diet cost mediate the relation between socioeconomic position and diet quality? *Eur J Clin Nutr.* 2011;65:1059–66.

POSTER 97**AUTORES/AUTHORS:**

Cristina Lozano Hernandez, Lucía Nuevo Coello, Pedro Gullón Tosio, Isabel Del Cura González

TÍTULO/TITLE:

ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: INFLUENCIA DEL CONTEXTO SOCIAL EN SU CRIBADO.

Objetivo: Comparar el cribado de actividades preventivas en estilos de vida- consumo de tabaco, alcohol, actividad física y dieta- en población consultante en atención primaria en 3 distritos de la ciudad con diferente nivel socioeconómico. Comparar la prevalencia de los estilos de vida según distrito.

Materiales y métodos: Se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal. Se incluyeron pacientes de 45-75 años que habían acudido a AP al menos una vez en el último año, a fecha de 31/12/2016 residentes en los distritos 5 (Chamartín), 15 (Ciudad Lineal) y 17 (Villaverde) de Madrid. Se obtuvieron los datos anonimizados en el marco de un proyecto europeo de estilos de vida (consumo de tabaco, alcohol, ejercicio, dieta mediterránea) y variables sociodemográficas (edad, sexo) (1,2). Se consideró como alguna actividad preventiva realizada si se había cribado al menos uno de los estilos de vida estudiados. Fuentes de datos: información clínica y el Instituto Nacional de Estadística del Ayuntamiento de Madrid (3). Se realizó análisis descriptivo, bivariado. Se geolocalizaron la presencia de cribado de al menos un estilo de vida, y el nivel socioeconómico de los distritos estudiados, presentados por sección censal con el programa ArcGIS 10.6.

Resultados: Se incluyeron a 230.933 personas residentes de los tres distritos, de las cuales el 54,1% fueron mujeres, con edad media 57,7 (DE) años. 90.514 personas residían en el distrito 5, 86.913 en el 15 y 53.506 en el 17. El 80,3% de la población era de nacionalidad española. El distrito de Villaverde cuenta con mayor número de población inmigrante, sobre todo en menores de 54 años con un 34,2%. Siendo mayor en mujeres en Chamartín (16,8%) y Ciudad Lineal (21,8%) a diferencia de Villaverde que es mayor en hombres (25,6%). En el distrito de Villaverde el cribado al menos un estilo de vida en las consultas de Atención Primaria fue de 41,99%, 39,59% Chamartín y Ciudad Lineal 32,10%. Además, estos resultados muestran variabilidad dentro del distrito, con zonas con alto y bajo cribado dentro del mismo distrito. De los 19.493 fumadores, el porcentaje de hombres fumadores es mayor en Villaverde (33,3%) y en mujeres en Chamartín (24,6%). Presentan grandes diferencias de consumo entre hombres y mujeres en los tres distritos (27,3% vs 9,1% en Chamartín; 25,5% vs 7,7% en Ciudad Lineal y 28,1% vs 5,7% en Villaverde). En cuanto al sedentarismo es mayor en hombres en Chamartín (30,5%) y en las mujeres en Villaverde (30,9%). Se observa un menor consumo de frutas y verduras (≤ 2 /día) en los hombres en los tres distritos, presentando el mayor porcentaje el distrito de Villaverde tanto en hombres como en mujeres (46% y 39,7% respectivamente).

Discusión: El cribado de actividades preventivas en Atención Primaria es mayor en los distritos con menor nivel de renta, probablemente en relación con un mayor uso de servicio sanitario público. La prevalencia de consumo de tabaco, alcohol, actividad física y dieta es diferente en los tres distritos, con diferentes patrones de estilos de vida según el nivel socioeconómico de los mismos con diferencias por sexo y edad. El consumo de tabaco es el estilo de vida más prevalente, El porcentaje de personas con un consumo insuficiente de frutas y verduras fue mayor en los sujetos con un nivel de estudios menor en todos los grupos de edad.

Implicaciones para la práctica: El cribado de estilos de vida y sus recomendaciones son una actividad muy importante en atención primaria y debe garantizarse la mayor cobertura posible en el contexto de un servicio nacional de salud. Para modificar los determinantes de salud, se requiere un cambio de comportamiento, un entorno que lo facilite y unas políticas de salud que lo apoyen.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bilal U, Díez J, Alfayate S, Gullón P, del Cura I, Escobar F, et al. Population cardiovascular health and urban environments: the Heart Healthy Hoods exploratory study in Madrid, Spain. *BMC Med Res Methodol* 2016;16(1):104. doi:10.1186/s12874-016-0213-4.
2. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2016. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2017
3. GBD 2016 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017 Sep 16;390(10100):1151-1210.
4. Marta Sastre Paz. Vulnerabilidad social y salud en el distrito de Villaverde de la ciudad de Madrid Universidad Rey Juan Carlos; 2017.
5. World Health Organization. 9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Shanghai 2016. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/es/>. Accessed 05/01, 2018.

POSTER 100

AUTORES/AUTHORS:

MARIA JOSEFA LOPEZ NAVARRO

TÍTULO/TITLE:

Riesgo de caídas en pacientes con patología crónica que frecuentan la consulta programada de enfermería en A.P. Estudio

AUTORES

López- Navarro MJ*

INTRODUCCIÓN

La cultura de seguridad del paciente viene definida por aquellos valores, creencias, normas y procedimientos que la organización comparte [1]. Un problema de Salud Pública de primer orden son las caídas [2], en la vida de las personas mayores suponen uno de los efectos adversos más frecuentes [3]. Hay un progresivo envejecimiento de la población especialmente significativo del grupo de mayores de 84 años. Los posibles accidentes aumentan con la edad, las caídas suponen el accidente más frecuente 92% del total y el domicilio lugar más común [4]. En España la prevalencia de caídas en la población anciana es elevada entre un 30 % y un 55.1 % de las personas que sufrieron caídas precisaron asistencia sanitaria de forma inmediata [5].

La caída es definida por la OMS como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad” [6]. La evidencia de una caída se basa en el recuerdo de la persona que se cayó y descripciones de la caída de los testigos [7]. Los factores de riesgo para caídas en el anciano se dividen en extrínsecos o ambientales (suelos deslizantes, barreras arquitectónicas, ...) e intrínsecos (enfermedades neurológicas, cardiovasculares...) [8]. Las caídas provocan deterioro funcional, disminución de la actividad social, la mala calidad de vida y hospitalización [9].

El objetivo principal es mejorar la salud y el bienestar de todas las personas mayores [10] para ello hay que medir los factores de riesgo de las caídas [11]. La intervención comunitaria e interdisciplinar puede favorecer a la reducción de la incidencia de caídas [12]. Algunos de los factores de riesgo asociados son modificables, por lo que debemos de fomentar la implantación de programas encaminados a reducir las caídas [2]. Las estrategias preventivas deben ir dirigidas en la captación en la consulta, la educación de los pacientes, la capacitación y la creación de entornos más seguros [6].

OBJETIVO Determinar el riesgo de caídas de los pacientes que frecuentan la consulta programada de enfermería para el control de su patología crónica.

MATERIAL – METODO Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Muestra formada por personas que frecuentan la consulta programada de enfermería para control de sus enfermedades crónicas Consultorio Valentin Area IV de Salud, Región de Murcia. Las variables recogidas fueron sexo, edad, patología crónica (HTA, DM, HPL) y riesgo de caídas mediante cuestionario de caídas DOWTON.

Los datos fueron recogidos por el profesional de enfermería mediante encuesta al paciente en la consulta y recogida de datos de la historia clínica en el periodo de tiempo comprendido entre enero-marzo 2017.

RESULTADOS

Tamaño de la muestra 93 de los cuales son hombres 48.38% y mujeres 51.61%, media de edad 70 años con una desviación típica +/- 10.567. Presentan HTA 95.69%, Diabetes Mellitus 53.7% y Dislipemia 56.98%.

Del total de la muestra presentan riesgo de caídas alto (RCA) 65.59%, riesgo de caídas medio (RCM) 20.43%, riesgo de caídas bajo (RCB) 12.9% y sin riesgo 1.075%. Si tenemos en cuenta el sexo nos encontramos en hombres RCA 55.55%, RCM 28.88%, RCB 15.55% ; mujeres RCA 75%, RCM 12.55%, RCB 10.41% y sin riesgo 2.08%.

Riesgo de caídas por patología crónica; los individuos diagnosticados de HTA presentan RCA 67.41%, RCM 21.34%, RCB 10.11% y sin riesgo 1.12%; Diabetes Mellitus tienen RCA 70%, RCM 20%, RCB 10% ; Dislipemia RCA 66.03%, RCM 20.75%, RCB 13.20%. La población a estudio presenta estado mental orientado 100%; deambulación independiente 94.63%, segura con ayuda 5.37% y trastorno de la marcha 4.3%; presentan déficit auditivo 19.35%, déficit visual 44.08%, déficit movilidad 8.6% y no presentan déficit sensorial 41.93%.

En el tratamiento farmacológico tienen pautado tranquilizantes/sedantes 37.63%; diuréticos 23.65%; hipotensiones no diuréticos 70.96%; antidepresivos 15.05%; antiparkinsonianos 1.075%; otros tratamientos 88.17%, ninguna medicación 1.075%.

Total de caídas en el último año 17.20% de la población a estudio, sufridas por varones 6.25 % y 37.5 por mujeres, de las cuales 43.75 % precisaron asistencia sanitaria. Presentaron 2 o más caídas en el mismo año 7.5%.

CONCLUSIONES

Los pacientes con patología crónica incluidos HTA, DM y DLP que frecuentan la consulta de enfermería es elevado, pero el número de caídas no es elevado, más de la mitad de esas caídas que se producen precisan asistencia sanitaria, en ocasiones ello supone un aumento del gasto sanitario y disminución de la calidad de vida del paciente.

Observamos que los pacientes presentan polimedicación factor que favorece las caídas en su mayoría sobre todo mediación antihipertensiva, sedantes, tranquilizantes y antidepressivos. Presentan nivel sensorial afectado sobre todo aparece un déficit visual alto y déficit auditivo que aunque no es elevado pero debemos controlar. Hay mayor número de caídas en el sexo femenino, sería interesante para siguientes estudios, conocer las causas de esa diferencia. Por ello sería adecuado la prevención de caídas en el domicilio del paciente mediante un diagnóstico precoz de riesgo y llevar a desarrollar actividades preventivas para su disminución desde Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013 Mar 5;158(5 Pt 2):369-74.
- Moliner A, Narvaiza L, Gálvez-Barrón C, de la Cruz JJ, Ruíz J, Gonzalo N, Valldosera E, Yuste A. Falls in the Spanish elderly population: Incidence, consequences and risk factors. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015 Nov-Dec; 50(6):274-80.
- Becker C, Rapp K. Falling in geriatrics. Diagnosis and treatment. *Internist (Berl).* 2011 Aug;52(8):939-45. doi: 10.1007/s00108-011-2805-8.
- de Castro V, Mokoroa O, Artieda J, Muniozgueren N, Etxebarriarteun L, Alvarez L, Garcia Calabuig MA; Physicians Watcher Network of the Basque Country. Epidemiology of accidents in a cohort of adults over 64 years old in the Autonomous Community of the Basque Country. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015 Nov-Dec;50(6):281-4.
- Pellicer García B, Juárez Vela R, Gracia Carrasco E, Guerrero Portillo S, García Moyano ML, AzónBelarre JC. Epidemiología de caídas en la población anciana española no institucionalizada, Revisión sistemática 2014. *Rev ROL Enferm | 2015 | 38(11):760-765.*
- Gil Bernabé AI, Moreno Ortega JA, Moreno Ortega J. Riesgo de caídas en pacientes ancianos en atención primaria. *Rev Paraninfo Digital | 2016 | Año X(25):1-8.*
- Lyons SS. Evidence based protocol: fall prevention for older adults. *J Gerontol Nurs.* 2005 Nov;31(11):9-14.
- Pérez Beltrán a, Frías Gil S, López Ruiz M, Villaño Ansótegui MA, Fernández González R, Moreno Larrea A. La medición de la cultura de seguridad del paciente. *Rev ROL Enferm.* 2013;36(9):602-607.
- Intiso D, Di Rienzo F, Russo M, Paziienza L, Tolfa M, Iarossi A, Maruzzi G. Rehabilitation strategy in the elderly. *J Nephrol.* 2012;25 Suppl 19:S90-5. doi: 10.5301/jn.5000138.
- Martin FC. Falls risk factors: assessment and management to prevent falls fractures. *Can J Aging.* 2011 Mar;30(1):33-44.
- Pérez Beltrán A, Frías Gil S, López Ruiz M, Villaño Ansótegui MA, Fernández González R, Moreno Larrea A. La medición de la cultura de seguridad del paciente. *Rev ROL Enferm | 2013 | 36(9):602-607*
- Pérez-Ros P, Martínez-Arnau F, Tormos Miñana I, López Aracil A, O l t r a S a n c h i s M C , P e c h e n e M e r a L E , T a r a z o n a - Santabalbina FJ. Preliminary results of a community fall prevention programme: Pre-can study all prevention in La Ribera. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2014 Jul- Aug;49(4):179-83.

POSTER 101**AUTORES/AUTHORS:**

Yolanda Lladó Maura, Magdalena Lucía Berga Figuerola, María José Rodríguez Moreno, Verónica Lluch Garvi

TÍTULO/TITLE:

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE "BUNDLES" DIRIGIDOS A REDUCIR LOS EVENTOS ADVERSOS EN EL PACIENTE CON CATÉTER PERIFÉRICO

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad en la reducción de eventos adversos en el paciente portador de catéter venoso periférico (CVP) tras la implantación de "bundles", o paquete de medidas, basados en la evidencia científica.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional retrospectivo descriptivo realizado en tres fases. La población a estudio son los pacientes adultos ingresados en el Hospital Universitario Son Llàtzer, hospital de agudos de 417 camas. Se siguieron las definiciones establecidas en el Programa de Vigilancia de la Infección Nosocomial de Cataluña (VINCAT) para las bacteriemias relacionadas con CVP (BRCVP) y para el cálculo de la tasa de incidencia (TI) (1).

En la primera fase, de Agosto a Diciembre del 2015, se registraron las TI de BRCVP y se organizó un equipo multidisciplinar de BRCVP constituido por representantes de: Medicina Interna, Farmacia, Unidad de Cuidados Intensivos, Microbiología, Formación y Calidad.

En una segunda fase, 2016, se implementaron bundles que incluyeron: actualización de procedimientos de inserción y mantenimiento de CVP y cultivo de punta de catéter, sesiones formativas a todo el personal y una ronda de seguridad para verificar el correcto cumplimiento de los procedimientos establecidos, en unidades de hospitalización, en la que se registró: número de CVP, apósitos en buen estado (si/no), signos de flebitis (si/no), presencia de restos de sangre en equipos y conexiones (si/no), durante este periodo se siguió calculando la TI de BRCVP.

En la tercera y última fase, 2017: se evaluó el impacto de dichas medidas mediante el cálculo de la TI de BRCVP, se realizó una nueva ronda de seguridad en la que se incluyó otra variable: tratamiento endovenoso (EV) prescrito (si/no), y se calculó el impacto económico de las medidas adoptadas basándonos en los costes asociados a BRCVP basados en estudios nacionales recientes (2).

RESULTADOS

De Agosto a Diciembre del 2015 se registró una TI de BRCVP de 0,48 casos/1000estancias (19 casos de BRCVP). Durante la intervención, en el 2016, la TI de BRCVP fue de 0.34/1000estancias (36 BRCVP). En el último periodo, 2017, la BRCVP se redujo a 0,29 casos/1000estancias (28 BRCVP). La TI por BRCVP del programa VINCAT para hospitales de nuestro mismo nivel asistencial es de 0.05 casos/1000 estancias.

En cuanto a las rondas de seguridad, los resultados mostraron una mejora en los cuidados de los CVP, disminuyendo la flebitis de un 4.9% a un 3.6% y la presencia de restos de sangre en el sistema de un 19% a un 2.7%. Sin embargo, no se evidenció ninguna mejora significativa en el porcentaje de apósitos en mal estado que pasó del 14% al 13.5%. El porcentaje de vías sin medicación EV prescrita, ítem incluido únicamente en la última ronda de seguridad, fue del 20.7%.

Los costes derivados de las BRCVP (según el estudio mencionado) en el primer periodo fueron de 287.869 €, en el segundo periodo de 545.436€, disminuyendo en el tercer periodo a 424.228 €. Así pues, la implantación de los bundles ha repercutido en un ahorro económico en nuestro hospital de 121.208 € en el 2017 respecto al 2016.

DISCUSIÓN

La intervención realizada reduce de manera significativa pero insuficiente la TI de BRCVP y los episodios de flebitis. Para seguir progresando en nuestros resultados debemos continuar con la implementación de nuevas medidas de mejora, seguir con la formación continua del personal insistiendo en la retirada precoz de vías y una mayor implicación de otras disciplinas. Este proyecto ha dado lugar a la aparición de un nuevo perfil enfermero, dirigido a pacientes con terapia EV y acorde con las necesidades de nuestro hospital, que potencia la excelencia en los cuidados basados en la evidencia, asume decisiones complejas y gestiona con responsabilidad, contribuyendo a reducir los costes sanitarios. Además, ha favorecido la implantación de un sistema informático de registro de CVP que nos permite disponer de indicadores de calidad relacionados con sus cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1-. Vigilància de la infecció nosocomial als hospitals de Catalunya (VINCat) Informe 2016 Consultado en:
<http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/vincat/documents/informes/Informe-2016.pdf>

2-. Guembe M, Pérez-Granda MJ, et al. Nationwide study on peripheral-venous-catheter-associated-bloodstream infections in internal medicine departments. *Journal of hospital Infection* 97 (2017):260-266

POSTER 104**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Jesús Torrelles Pijuan, Jordi Carrabina Bordoll, Ana Lavedán Santamaría, Carmen Nuín Orrio

TÍTULO/TITLE:

NUEVOS DISPOSITIVOS TECNOLÓGICOS DE DETECCIÓN Y MONITORIZACIÓN DE LAS CAIDAS EN LA GENTE MAYOR. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

PREGUNTA DE LA REVISIÓN. Se utilizó el método PICO. ¿Cuáles son sistemas electrónicos más válidos, fiables, útiles para la detección de caídas en las personas de más de 65 años que viven en la comunidad?

OBJETIVO. El objetivo de este estudio es analizar la validez y fiabilidad de los dispositivos electrónicos de detección de caídas, en términos de validez analítica, clínica y bioética (utilidad clínica) y conocer la usabilidad de estas herramientas tecnológicas en las personas de 65 años o más mediante una revisión sistemática de la literatura.

MÉTODO. Diseño del estudio. Metodología del estudio revisión sistemática de la literatura mediante las recomendaciones del Protocolo Cochrane Library de revisiones sistemáticas (1).

Criterios de inclusión: Se incluyeron a la revisión los estudios publicados de 2012 a Abril de 2017 que incluían personas de 65 años o más que viven en la comunidad; estudios originales de validez diagnóstica, observacionales y cuasi experimentales. **Criterios de exclusión:** personas institucionalizadas, con deterioro cognitivo, dependientes o imposibilidad para la marcha.

Estrategia de búsqueda: La búsqueda se realizó de Abril a Agosto 2017, combinando lenguaje controlado y lenguaje libre mediante AND, OR, NOT en las principales bases de datos de ciencias de la salud y bases de datos multidisciplinarias (PUBMED, OVID, COCHRANE LIBRARY, LILACS, CINAHL PLUS, CUIDEN Plus, WOS, SCOPUS) literatura gris (IEE Xplore, ACM, TESEO, TDX, DART EUROPE, OATD) redes de investigación (ProFound) y Google Scholar; búsqueda manual en las referencias de los artículos encontrados y en revistas, sin restricción idiomática. **Palabras utilizadas:** Accidental Falls, fall detection, devices, systems, elderly, aged, community.

Selección de estudios y análisis: Eliminación duplicados mediante Mendeley®; evaluación de títulos y resúmenes para determinar si cumplían criterios de inclusión; si duda, lectura del artículo completo. **Exclusión:** no obtención del texto completo. Los datos se extrajeron en tablas.

Conflicto de intereses. No se manifiestan al tratar datos secundarios de estudios originales

Evaluación de calidad de los artículos con QUADAS-2 (2) para los estudios de validación diagnóstica y CASPe (3) para experimentales. Dos investigadores evaluaron inclusión de las publicaciones en la revisión y calidad metodológica de las mismas de forma independiente para reducir sesgos. La discrepancia se resolvió por consenso. No se consideró el metaanálisis por la heterogeneidad de los estudios.

RESULTADOS. Un total de 9 estudios (4-12) se incluyeron a la revisión sistemática tras excluir duplicados y estudios que no cumplían los criterios inclusión. 3 estudios fueron excluidos por riesgo de sesgo. Los estudios analizados en entorno real presentan resultados más bajos de sensibilidad y especificidad en comparación a los que presentan los mismos sistemas en condiciones simuladas y de laboratorio. Todos los estudios coinciden en que se producen demasiados falsos positivos. Las muestras utilizadas en los estudios son de poca población. Los estudios incluidos analizaban tanto dispositivos portátiles como dispositivos no portátiles (entorno) y un estudio utilizaba un método mixto. En los estudios de dispositivos portátiles, los sensores se localizan, en la mayoría de estudios, en la zona de la cintura mediante un cinturón, en los no portátiles se situaban cámaras, radares y micrófonos en la zona o zonas principales del hogar de los participantes. Dos estudios presentan resultados sobre las características de las caídas, presentándose cifras de más caídas en el exterior (53,3%) que en el interior (46,7%). En un 60% de los casos las caídas eran causa de tropiezos. Un estudio analizaba que estaba haciendo el usuario antes de la caída y la posición más frecuente fue estar de pie, la dirección de la caída más frecuente fue hacia atrás y el lugar de impacto, el suelo era el más frecuente. Tres estudios evaluaban la usabilidad de los sistemas y, aunque algunos estudios tenían bastantes abandonos, los estudios reflejan que los dispositivos no afectan a su vida diaria. Algunos participantes encontraron dificultoso el uso de la tecnología, aunque el 59% la acepta, los dispositivos portables presentaban menos aceptabilidad, mientras que algunos dispositivos evaluados como las cámaras los participantes manifestaban pérdida de privacidad.

DISCUSIÓN. Los sistemas evaluados deben mejorar. No se puede recomendar ningún sistema específico para detectar caídas adecuadamente. Se requieren más estudios en condiciones de vida real, con muestras más grandes y con la población que utilizará estos dispositivos. Enfermería es una de las disciplinas que puede investigar este campo con objeto de reducir la frecuencia de las caídas e intervenir rápidamente para evitar sus consecuencias. Los programas de prevención deben conocer las características de las caídas y esto será posible gracias al uso de nuevos dispositivos y sistemas innovadores.

El objetivo a largo plazo es que la monitorización de caídas y su riesgo, en las actividades de la vida diaria, permitan al usuario vivir de forma independiente el mayor tiempo posible y evitar institucionalizaciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cochrane Methods Screening Diagnostic Test. Handbook for DTA Reviews | Cochrane Methods Screening and Diagnostic Tests
2. Whiting PF. QUADAS-2: A Revised Tool for the Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies. *Ann Intern Med.* 2011
3. Cabello JB por Casp. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. Cuaderno I. CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante:Caspe; 2005. 5-8 p.
4. Feldwieser F, Gietzelt M, Goevercin M, Marscholke M, Meis M, Winkelbach S, et al. Multimodal sensor-based fall detection within the domestic environment of elderly people. *Z Gerontol Geriatr.* 2014 Dec 12
5. Huq GBB, Basilakis J, Maeder A. Evaluation of Tri-axial accelerometry data of falls for elderly through smart phone. In: ACM International Conference Proceeding Series [Internet]. School of Computing, Engineering and Mathematics, Western Sydney University, Locked Bag 1797, Penrith, NSW, Australia; 2016
6. Bagalà F, Becker C, Cappello A, Chiari L, Aminian K, Hausdorff JM, et al. Evaluation of Accelerometer-Based Fall Detection Algorithms on Real-World Falls. Bayer A, editor. *PLoS One.* 2012 May 16
7. Palmerini L, Bagalà F, Zanetti A, Klenk J, Becker C, Cappello A. A wavelet-based approach to fall detection. *Sensors (Basel).* 2015;15(5):11575–86
8. Chen H, Chen C, Wu H. An Accurate Crowdsourcing-Based Adaptive Fall Detection Approach Using Smart Devices. *Informatics (ICHI),* 2016
9. Liu, L.; Popescu, M.; Skubic, M.; Rantz M; CP. An automatic in-home fall detection system using Doppler radar signatures. *J Ambient Intell Smart Environ.* 2016;8(4):453–66
10. Lustrek M, Gjoreski H, Vega NG, Kozina S, Cvetkovic B, Mirchevska V, et al. Fall Detection Using Location Sensors and Accelerometers. *IEEE PERVASIVE Comput.* 2015;14(4):72–9
11. Stone EE, Skubic M. Fall detection in homes of older adults using the microsoft kinect. *IEEE J Biomed Heal Informatics.* 2015;19(1):290–301
12. Skubic M, Harris BH, Stone E, Ho KCC, Su B-YY, Rantz M. Testing Non-Wearable Fall Detection Methods in the Homes of Older Adults. In: 2016 38th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC).2016

POSTER 106**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Dolores Garcia Raya, Verónica LLuch Garvi, Catalina Munar Mir, Maria José Rodríguez Moreno

TÍTULO/TITLE:

PROYECTO SINCA FASE II: "Sin Caídas Hospitalarias". Análisis situacional pacientes hospitalizados versus pacientes no ho

En una segunda fase el proyecto SINCA permitirá conocer la magnitud de las caídas en el ámbito hospitalario (H) versus no hospitalario (NH).

OBJETIVO: Comparar las caídas comunicadas en el Hospital Son Llàtzer desde el 21/07/2008 al 31/07/2015 en el ámbito de hospitalización y no hospitalización, en relación a: variables sociodemográficas, riesgo de caída, factores de riesgo (estructurales, fisiopatológicos, tratamiento farmacológico y GRD) y descripción del evento (lugar, turno, actividad realizada por el paciente y consecuencias de la caída), analizando si existen relaciones estadísticamente significativas entre ellas.

MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo. **Ámbito:** Unidades asistenciales de hospitalización y unidades de no hospitalización (Urgencias, Unidad de corta estancia, Radiología, Rehabilitación, Quirófano, Diálisis, Banco de sangre, Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospital de día, Consultas Externas). **Población a estudiar:** todos los pacientes en cualquier rango de edad que sufren caída. Las variables de estudio son: caída del paciente, variables sociodemográficas, riesgo de caída (escala Downton), lugar, actividad, factores estructurales y factores del paciente, turno de trabajo en el que se produce y consecuencias de las caídas. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar; las variables cualitativas como porcentajes. Para la comparación de proporciones entre ambos grupos, se utilizó el test de chi-cuadrado. Para la comparación de variables cuantitativas, se utilizó el test de la t de student. Se consideró un $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Se recogerán del sistema de notificación de caídas.

RESULTADOS:

Se comunicaron 1403 caídas, el 91.3% (1281) en H y el 8.69% (122) en NH.

La media de edad respectivamente en ambos entornos es de 70 +/-16 y 67+/-20. Por sexo en H tenemos 58,9% (755) hombres y en NH 52,5% (64).

En la variable valoración de riesgo de caídas, se observa un porcentaje de riesgo del 61,4% en el grupo H frente a un 36,1% en el grupo NH ($p < 0.001$).

Respecto al lugar de la caída los pacientes del grupo H tienen un mayor porcentaje de caídas en la habitación (61,4% vs 39,3%; $p < 0,001$) y en el baño (32,9% vs 22,1%; $p = 0,015$). Por su parte los pacientes NH tienen un mayor porcentaje de caídas en zonas ambulatorias (34,4% vs 1,2%; $p < 0,001$).

Respecto al factor estructural, hubo un mayor porcentaje en el grupo NH en el que fue determinante el mobiliario (10,7% vs 4,1%; $p = 0,003$).

Se observan un mayor porcentaje de caídas en presencia del personal sanitario en el grupo NH (12,3% vs 4,1%; $p < 0,001$).

En cuanto al turno de trabajo se observa un mayor porcentaje de caídas por la mañana en el grupo NH (39,3% vs 28,8%; p), mientras que en el turno de noche hay un mayor porcentaje en el grupo H (46,1% vs 35,2%; $p = 0,022$).

Respecto a las consecuencias de las caídas, hubo un mayor porcentaje de lesiones en el grupo NH (45,9% vs 28,9%; $p < 0,001$).

En ambos grupos, el tipo de lesión más frecuente es la contusión; respecto a la localización de la lesión más prevalente es "Cabeza" seguida de la "extremidad superior"; y la intervención la cura simple y sutura.

Sin embargo no se observaron diferencias significativas en el resto de variables estudiadas: edad, sexo, actividad realizada, caída desde y factores del paciente.

DISCUSIÓN:

Consideramos que en ambos entornos pudiera existir una incorrecta catalogación del paciente valorado sin riesgo de caída. El factor estructural en el grupo NH podría ser determinante en la caída.

Limitaciones del estudio: las poblaciones comparadas son heterogéneas y el sistema de notificación de caídas tiene áreas de mejora en el ámbito NH.

Las implicaciones para la práctica derivadas del estudio son disponer de un sistema de alerta en historia clínica en el que los profesionales identifiquen a los pacientes de riesgo de caídas. Además, deberíamos trabajar en adecuar el entorno estructural en el ámbito de NH y establecer estrategias de educación sanitaria en H a pacientes de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1_ OMS. Caídas. Nota descriptiva nº 344. Septiembre 2016. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en (Consultado el 19/10/2016)
- 2- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Boletín informativo: prevención de las caídas en las personas de edad avanzada. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: www.msssigob.es/profesionales/asludpublica/prevPromocion/docs/caidas.pdf (consultado el 19/10/2016).
- 3_ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011. Oficina de planificación sanitaria y calidad. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Diciembre de 2011. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estrategia_sp_sns_2005_2011.pdf (consultado el 19/10/2016)
- 4_ Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidades de enfermería en hospitalización polivalente de agudos. Estándares y recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad y Política social. 2009
- 5_ Joint Commission. Sentinel Alert Event. Joint Commission Issue 55. Septiembre 28. 2015. Disponible en: www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA.55. (Consultado el 19/10/2016)
- 6_ Aranaz-Andrés, J.M., Limón-Ramírez, R., Aibar-Ramón, C., Miralles-Bueno, J.J., Vitaller-Burillo, J., Terol-García, E. et al. Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias. Informe SESPAS 2008. Gac. San. 2008. 22 (Supl. 1):198-204
- 7_) Healey F, Darowski A, Lamont T, Panesar S, Poulton S, Trembl J, et al. Essential care after an inpatient fall: summary of a safety report from the national patient safety agency. BMJ BRMED J (OVERSEAS & RETIRED DOCTORS ED) 2011 02/12; 342(7793):382-383 2p.
- 8_ Villar MC, Martín Y, García MS y González A. Evidencias para la prevención de caídas en el paciente hospitalizado pluripatólogo. Rev. Enfermería CyL. 2012. 4 (2): 21-39
- 9_ Arnold TV. Falls rates improved in Southeastern Pennsylvania: the impact of a regional initiative to standardize falls reporting. PENN PATIENT SAF ADVIS 2012 2012; 9(2):37-42 6p.
- 10_) Feil M. Falls Prevention: Pennsylvania Hospitals Implementing Best Practices. PENN PATIENT SAF ADVIS 2013 12; 10(4):117-124 8p.
- 11_ Gardner LA. Standardizing reporting of patient falls: a survey of Pennsylvania hospitals. PENN PATIENT SAF ADVIS 2012 2012; 9(2):43-46 4p.

POSTER 107**AUTORES/AUTHORS:**

José Antonio Molina Ortiz, Lara Martínez Gimeno, Saray Blanco Abril, Inmaculada Escanciano Pérez, María Cristina Martín-Crespo Blanco

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de la implantación de evidencia sobre valoración del dolor y valoración del riesgo de caídas

Objetivo

Evaluar la implantación de evidencia sobre valoración del dolor y valoración del riesgo de caídas en entorno hospitalario.

Objetivos específicos

Describir el número y características de los profesionales participantes en el proceso. Evaluar el número de registros realizados.

Describir las barreras detectadas para la implantación así como las soluciones propuestas. Describir las unidades participantes en el estudio

Método

Se realizó un proceso de implantación de evidencia sobre valoración de dolor y valoración del riesgo de caídas con una duración de 18 meses. Como paso inicial se realizó un proceso de formación a los profesionales participantes, posteriormente se inició el período de registro durante el cuál se realizaron reuniones periódicas de seguimiento. La selección de unidades participantes fue intencional. En cada unidad se seleccionó también de forma intencional un líder de opinión. Participaron todos los profesionales de las unidades seleccionadas que decidieron hacerlo de forma voluntaria.

Resultados

Participaron un total de 258 profesionales de los cuáles la mayoría fueron mujeres (78%) y enfermeras un total de 215, el resto de participantes fueron auxiliares de enfermería (43). La edad media se sitúa en 38 años, lo que supone que los participantes son profesionales con más de 10 años de experiencia profesional. Durante el proceso se realizaron 4 auditorías, 8 reuniones de consenso y se crearon 8 nuevos formularios de recogida de datos. Participaron las unidades de hospitalización de adultos correspondientes a Cirugía General, Oncología, Cuidados Paliativos, Traumatología, Ginecología, Medicina Interna, hospitalización pediátrica y los servicios de urgencias, UCI, Paritorio, Reanimación, Quirófano y Neonatología. Respecto a la realización de la valoración del dolor se ha incrementado en un 40% y la valoración del riesgo de caídas un 23%. Como principales barreras detectadas y solucionadas posteriormente se sitúan la región anatómica en la que se produce el dolor, la escala de dolor empleada en población que recibe cuidados paliativos, el momento de la valoración del dolor, el momento de la valoración del riesgo de caídas. Para solventar estos problemas se crearon ocho formularios de registro que evitasen las barreras detectadas. Participaron 14 líderes de opinión de las diferentes unidades participantes en el proceso.

Discusión

Los profesionales de enfermería son proclives a participar en un proceso de implantación de evidencia, reconocen los beneficios para el paciente y para el propio sistema sanitario y se muestran críticos con el proceso promoviendo a su vez mejoras que revierten en la calidad de la asistencia sanitaria. Se van incorporando a la participación en procesos de implantación otros profesionales como las auxiliares de enfermería, aunque en menor medida que las enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Kessenich, C. R., Guyatt, G.H., & DiCenso, A. Teaching nursing students evidenci-based nursing. Nurse Educator, 1997; 22(6): 25-29.

Sackett, D.L., Richardson W.S., Rosenberg W., & Haynes R.B. Medicina basada en la evidencia. 1997. Madrid: Churchill Livingstone.

Ingersoll G.L. Evidence-based nursing: What it is and what it isn't. Nursing outlook. 200; 48(4): 151-152.

POSTER 111**AUTORES/AUTHORS:**

Enrique Verdú Ortells, Lledó Guillamón Gimeno, Pablo Salas Medina

TÍTULO/TITLE:

Intervención educativa sobre alimentación en pacientes con migraña. Un estudio piloto

1. **Objetivos:** Evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre alimentación en pacientes con migraña.
2. **Métodos:** Estudio piloto de diseño cuantitativo, cuasi-experimental de tipo antes-después, realizado a los pacientes con migraña desde la atención primaria. Tamaño muestral estimado de 44 individuos. Se realiza una intervención educativa en 4 etapas: 1) Presentación y Cuestionario Pre-intervención; 2) Actividad educativa y Cuestionario Post-intervención 1; 3) Cuestionario Post-intervención 2 al mes de la intervención educativa; y 4) Cuestionario Post-intervención 3 a los 3 meses de la intervención educativa. La intervención educativa implementada tuvo como objetivo principal proporcionar recomendaciones y estrategias sobre alimentación que pueden facilitar el manejo de la migraña. Los resultados se analizan mediante el paquete estadístico SPSS® versión 20.0.0.
3. **Resultados:** Se observó un aumento significativo de conocimientos en todas las variables generales y en el 81,25% de las variables específicas. El 93,55% de los participantes calificó como útil la intervención educativa. Tras un mes de la intervención, el 77,42% refirió incorporar alguna recomendación dada y el número de crisis se redujo significativamente, no siendo así en la duración e intensidad. Tras tres meses de la intervención, el 87,5% de los participantes refirió incorporar alguna pauta recomendada y el número de crisis descendió.
4. **Discusión:** Los participantes han aumentado su nivel de conocimientos. Apenas existe literatura acerca de intervenciones educativas que pretendan aumentar el nivel de conocimientos que posee el paciente con migraña. En otras patologías crónicas, la educación del paciente sobre los factores de riesgo está ampliamente desarrollada. Al mes de la intervención educativa, el número de crisis se redujo significativamente, la intensidad y la duración de las crisis también se redujeron, aunque esta reducción no fue significativa. Diferentes autores señalan que las intervenciones educativas sobre alimentación en pacientes con migraña pueden reducir la intensidad de los ataques (1,2). En este estudio piloto, se reduce la intensidad, el número y la duración de las crisis. El aumento de conocimientos sobre los factores desencadenantes de la migraña, previene la aparición de patologías asociadas y mejora tanto el estado de salud general como la calidad de vida del paciente con migraña (1,2).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Main A, Abu-Saad H, Salt R, Vlachonikolis I, Dowson A. Management by Nurses of Primary Headache: A Pilot Study. *Current Medical Research and Opinion* [Internet]. 2002 [citado 30 Nov 2017];18(8):471-478. Disponible en: <http://bit.ly/2npfym4>
- (2) Leroux E, Beaudet L, Boudreau G, Eghtesadi M, Marchand L, Pim H et al. A Nursing Intervention Increases Quality of Life and Self-Efficacy in Migraine: A 1-Year Prospective Controlled Trial. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* [Internet]. 2017 [citado 30 Oct 2017]; 00(00):00. Disponible en: <http://bit.ly/2Arr1nN>

POSTER 115

AUTORES/AUTHORS:

Maria Zita Castelo-Branco, Sofia Rodrigues, Maria João Monteiro, Isabel Barroso, Maria da Conceição Rainho

TÍTULO/TITLE:

Personalidad Resistente en Enfermeros

Introducción: La personalidad resistente se define como un conjunto de creencias sobre sí y del contexto, así las personas más resistentes asumen el control de su vida, creen en el compromiso con las metas que definen para alcanzar resultados positivos y perciben los estresores diarios como un desafío (Garrosa, Rainho, Moreno-Jiménez y Monteiro, 2010; Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang, y González, 2008; Silva, Batista & Grazziano, 2014). Luego la personalidad de los sujetos influye en el perfil de resiliencia o de vulnerabilidad a los factores de estrés relacionados con el contexto de trabajo. El estudio desarrollado por Garrosa et al. (2008), en que los participantes eran enfermeros, mostró que la personalidad resistente tiene un papel relevante en la disminución de la vulnerabilidad al Síndrome de Burnout, siendo que las dimensiones control y compromiso de la personalidad resistente, se comportaron como factores protectores del síndrome.

Objetivo: analizar la asociación entre Personalidad Resistente de enfermeros y variables demográficas y socio profesionales, en Unidades de Cuidados Intensivos y de Urgencia, en hospitales de la Administración Regional de Salud del Norte de Portugal.

Métodos: Estudio transversal y correlacional, muestra no probabilística constituida por 160 enfermeros que aceptaron participar en el estudio después de firmar el consentimiento informado. Para la recolección de información se utilizó la escala de Personalidad Resistente que integra el Cuestionario de Desgaste Profesional en Enfermeros (Garrosa et. al, 2008), que evalúa las dimensiones de personalidad resistente: compromiso, reto y falta de control, través de una escala tipo Likert que varía entre 1 totalmente de acuerdo y 4 totalmente de desacuerdo.

Resultados: Participaron en el estudio 160 enfermeros con una media de edades 35,6 años, mayoritariamente del sexo femenino (71,3%). En cuanto a tiempo de trabajo la media era de 11,4 años, el 25,0% tienen funciones de gestión de equipos, la mayoría (84,4%) trabaja 40 horas semanales, 90,6% refirió que interactúa con pacientes más de cuarenta por cien del tiempo de jornada diaria y 83,8% no faltó durante el último año. En cuanto a la Personalidad Resistente los enfermeros presentaron las siguientes puntuaciones en las dimensiones: compromiso (M = 3,14 y DE = 0,50); reto, (M = 3,18 y DE = 0,42), y en la falta de control (M = 1,72 y DE = 0,54). Siendo que en las dos primeras dimensiones se verificó un valor por encima del punto medio de la escala. Con relación a la asociación entre variables socio profesionales con las dimensiones de la Personalidad Resistente de los enfermeros se observó que los que tienen funciones de gestión de equipos presentaron puntuaciones más elevadas en la dimensión reto, en comparación a los que no las tienen ($p < 0,01$) y que cuanto mayor es el número de faltas al trabajo en el último año, bien así cuanto mayor es el tiempo de interacción con el usuario/paciente también más alta es la puntuación en la dimensión reto ($p < 0,01$). Los resultados muestran también que la falta de control se asoció al tiempo de interacción con el paciente, mostró ser negativamente correlacionada con el tiempo de interacción con el usuario/paciente, indicando que cuanto mayor es ese tiempo, menor es la falta de control ($\rho = -0,203$; $p < 0,01$).

Discusión: estos resultados son útiles para la implementación de estrategias que permitan promover la salud de los enfermeros y reducir las consecuencias de la exposición a factores de estrés en el lugar de trabajo. Las instituciones de la salud deben desarrollar intervenciones que enfatizan estrategias dirigidas a los enfermeros en contexto de trabajo, con la finalidad de permitir recuperar el equilibrio entre las expectativas del individuo y las exigencias del trabajo y contribuir para la calidad de los cuidados de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Liang, Y., & González, J.L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (3), 418-427.
- Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B., & Monteiro, M.J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (2), 205-215.
- Grazziano, E.S. & Ferraz Bianchi, E.R. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeiros. *Enfermería Global* Nº 18 febrero 2010, 1-20.

POSTER 117**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Ymelda Tolentino Diaz, Domenico Barbato, Maurizio Marceca

TÍTULO/TITLE:

LAS ENFERMERAS Y LA COMPETENCIA CULTURAL

Introducción:

A nivel mundial, el cuidado culturalmente competente se relaciona con mejores resultados en la atención. En Italia convive población procedente de casi 200 países diferentes, siendo Roma la ciudad con mayor diversidad cultural. Dicha creciente diversidad demográfica y cultural ha generado entornos donde las personas pueden tener diferentes interpretaciones ante un mismo fenómeno de salud/enfermedad. La competencia cultural ofrece un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que capacitan al profesional para proporcionar unos cuidados adecuados tanto a la persona, a la familia o a la comunidad.

Objetivo:

Evaluar la competencia cultural de las enfermeras de centros de atención primaria de salud del sector n.2 de Roma.

Método:

Estudio descriptivo que se llevó a cabo de marzo a septiembre de 2017. Los datos se obtuvieron mediante cuestionario autoadministrado a enfermeras que trabajaban en centros de atención primaria de salud en el sector n. 2 de la ciudad de Roma. La competencia cultural de las enfermeras se evaluó con el instrumento "Cultural Competence Assessment tool" (CCATool4- versión italiana validada). El instrumento incluye dos subescalas, la Cultural Awareness and Sensitivity (CAS) que evalúa el conocimiento y la sensibilidad cultural y la Cultural Competence Behaviors (CCB) que evalúa el comportamiento culturalmente competente. Los análisis estadísticos se realizaron con SPSS 24.0. Las enfermeras fueron informadas sobre el objetivo del estudio así como de la participación voluntaria en la investigación. Los cuestionarios se administraron respetando la privacidad de los profesionales.

Resultados:

Una muestra de conveniencia de 59 enfermeras participaron en el estudio; el 93.2% eran mujeres; la edad promedio de la muestra fue de 50.2 años con un promedio de experiencia laboral de 28.1 años; aproximadamente el 15% contaba con un título universitario. El 45,76% de los profesionales participó en un evento de capacitación sobre la diversidad cultural, que fue organizado por la universidad en el 3% de los casos y 25% por la organización sanitaria. Las enfermeras mostraron un nivel discreto de conocimientos y sensibilidad cultural (media = 3.19, SD = 1.87) y un nivel moderado de comportamiento culturalmente competente (media = 4.19, SD = 1.86). Aproximadamente el 56% de la muestra informó haber conocido pacientes y familiares pertenecientes a más de 5 grupos étnicos en el último año en su lugar de trabajo, mientras que más del 8% dijo que este contacto solo se realizó con un grupo étnico.

Discusión:

La evaluación de la competencia cultural de la muestra no es baja, pero es necesario sensibilizar a las enfermeras sobre la necesidad de adquirir mayor formación sobre la diversidad cultural ya que la mayoría de ellas se han encontrado recientemente con más grupos étnicos que son poco conocidos. Este estudio ofrece un punto de inicio para conocer y evaluar la competencia cultural de las enfermeras de otros centros de salud y a nivel hospitalario de Roma. Esta evaluación puede ser utilizada para planificar una formación adecuada al fin de comprender los valores, las creencias y las formas de vida del paciente, considerando el hecho de evitar los estereotipos o planteamientos culturalistas. Del mismo modo, se cree que es necesario incluir evaluaciones de la competencia cultural de los profesionales de la salud, de las organizaciones y la percepción de los pacientes con la finalidad de ofrecer cuidados de calidad. Este estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cicolini G, Della Pelle C, Comparcini D, Tomietto M, Cerratti F, Schim SM, Di Giovanni P, Simonetti V. Cultural Competence Among Italian Nurses: A Multicentric Survey. *J Nurs Scholarsh* 2015 Nov;47(6):536-43.
- Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Anuario Estadístico Italiano 2017. Población e familias. p.77.
- Kim-Godwin YS, Clarke PN, Barton L. A model for the delivery of culturally competent community care. *J Adv Nurs* 2001 Sep;35(6):918-25.
- Maier-Lorentz MM. Transcultural nursing: its importance in nursing practice. *J Cult Divers* 2008 Spring;15(1):37-43.
- Olavarria M, Beaulac J, Bélanger A, Young M, Aubry T. Organizational cultural competence in community health and social service

organizations; how to conduct a self-assessment. *Journal of Cultural Diversity* 2009 Winter;16(4):140-150.

- Purnell L, Davidhizar RE, Giger JN, Strickland OL, Fishman D, Allison DM. A guide to developing a culturally competent organization. *J Transcult Nurs* 2011 Jan;22(1):7-14.
- Schim S, Doorenbos A, Benkert R, & Miller J. Culturally congruent care: Putting the puzzle together. *Journal of Transcultural Nursing*. 2007; 18 (2): 103-110.
- Starr SS, Wallace DC. Client perceptions of cultural competence of community-based nurses. *J Community Health Nurs* 2011 Apr;28(2):57-69.
- Vasiliou M, Kouta C, Raftopoulos V. The use of the Cultural Competence Assessment Tool (Ccatool) In Community Nurses: The Pilot Study and Test-Retest Reliability. *International Journal of Caring Sciences* 2013 Jan-Apr;6(1):44- 52.

POSTER 119

AUTORES/AUTHORS:

Ana Martínez Rodríguez, Laura Martínez Faneca, M.Carmen Olivé Ferrer, Asociación FEBE

TÍTULO/TITLE:

EL EMERGER DEL SABER ENFERMERO EN LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL ATENTADO DE BARCELONA

Introducción

El 17A impactó la ciudad de Barcelona y supuso una activación de los servicios de emergencia. La asociación Febe, cuya finalidad es el estudio y divulgación de la historia enfermera, planteamos una investigación para hacer visible su actuación. Dispone el proyecto: PREI001-I, de financiación.

Objetivo

Explorar la vivencia de los profesionales de enfermería en la atención a las víctimas del atentado de agosto de 2017 en Barcelona, atendiendo al emerger de los saberes enfermeros.

Métodos

Es un estudio cualitativo con perspectiva fenomenológica (1). Los participantes son profesionales de enfermería de diferentes contextos de atención. A pie de calle: servicio de emergencias médicas, bomberos y voluntarios que estaban en el lugar; En centros sanitarios: atención primaria urgente y hospitales (urgencias y UCI). El muestreo es razonado e intencionado y la saturación de los datos orienta el número de participantes. Para generar la información se realizan entrevistas en profundidad (EP) y grupos de discusión (GD), así como testimonios escritos y estudio de documentación.

En esta comunicación se presentan los resultados de un GD, constituido por 4 profesionales de las urgencias de un hospital de tercer nivel al que acudieron víctimas. El análisis es simultáneo e interpretativo, tomando los saberes enfermeros o patrones, como categorías de estudio: patrón estético, socio-político, emancipador, personal, ético y empírico (2-4).

Resultados

El patrón estético y el personal emergen de forma destacada: Primero hubo caos, se acercaron profesionales que no estaban de guardia, posteriormente la doctora de la UCI organizó equipos: dos enfermeras, un trauma y un anestesista; agradeció la solidaridad de los profesionales e invitó a los que no formaban equipos que marcharan (...) aunque todos querían ayudar, atendieron a la recomendación. Se habilitaron boxes, no sabíamos cuántos heridos llegarían (...) hasta fue bonito como se trabajó, este sentimiento se mezclaba con el miedo; preparar mucho material, boxes, trabajar todos a una... en algún momento vimos la Rambla en el box. Todos aportamos lo mejor, como cada día...

El empírico se evidencia en el cuidado profesional de las víctimas, de sus familias y también de los pacientes que ya estaban en el servicio: la atención en el box de parada fue muy rápida, como debe ser, se estabilizaban, se hacían las pruebas necesarias y se derivaban al quirófano o a la UCI. (...) había que seguir cuidando a los que ya estaban ingresados en la UCI, los que estaban estables se derivaron a planta.

Los profesionales perciben que fue un día "como cualquier otro": mucho trabajo, estrés y necesidad de tomar decisiones rápidas. La diferencia fue el tratamiento mediático y el origen del suceso. Los saberes socio-político y ético se muestran reconocedores de este contexto único: la diferencia con otro día era que el incidente era provocado... nosotras siempre atendemos víctimas... pero aquello era diferente y además había mucha gente que vino a ayudarnos, para nosotras era un contexto conocido (...) una mujer joven estaba pidiendo en inglés por su amiga, le estaban suturando una herida, nadie atendía su demanda, me acerqué i le hablé en su idioma, se tranquilizó. (...) fue difícil olvidar, la prensa, la televisión, siempre hablaban del tema, te preguntaban... está bien, pero es difícil gestionarlo.

La emancipación, vinculada al patrón personal, se encuentra en el saber cuidar al otro con generosidad, siempre, en condiciones difíciles, complejas y en contextos diferentes. Manifiestan que, aunque la experiencia fue dura, se sienten satisfechos por el trabajo bien hecho y son capaces de hacer explícito su aprendizaje experiencial que revierte, de nuevo, a fortalecer sus saberes profesionales: Todo el mundo quería involucrarse, todo el mundo quería ir para ayudar, recibimos los mensajes -Oye, que trabajo esta noche, voy antes y echo una mano- vinieron que hablaban idiomas, a donar sangre... nos trajeron bocadillos de cocina, la parte solidaria se vio por todas partes.

Discusión e implicaciones para la enfermería

Los saberes enfermeros están intrincados pero se pueden explicitar manteniendo su particularidad y relación entre ellos. De esta experiencia reflexionada emerge de manera destacada el patrón estético, como exponente máximo del conocimiento enfermero: la

capacidad de cuidar y organizar en el caos y estructurar el trabajo en equipo. Unido al personal, aporta un saber hacer profesional y diferenciado a la vez. El patrón empírico ya se les supone, y más atendiendo a que son profesionales expertos de urgencias hospitalarias. El socio-político y el emancipatorio son esenciales, el conocimiento del contexto interviene en la toma de decisiones. Como conclusión, en una situación excepcional, aquellos profesionales formados y reflexivos son capaces de, sin ser conscientes de ello, llevar a cabo un trabajo de cuidados complejo, profesional, científico y contextualizado. A lo que Benner (5) denominaría la enfermera experta o Durán de Villalobos (4) la conjunción de los saberes a partir del personal.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M. J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., & Sarura, S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut universitari d'investigació en atenció primària Jordi Gol. 2014.
2. Carper, B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in nursing science*, 13-24. 1978.
3. White, J. Patterns of knowing: Review, critique, and update. . *Advances in Nursing Science*, 73-86. 1995.
4. Durán de Villalobos, M. M. *Enfermería: desarrollo teórico e investigativo*. Bogotá: Unibiblos. 2001.
5. Benner P. From Novice To Expert. *AJN The American Journal of Nursing* [Internet]. 1982; 82(3). Disponible en: https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/1982/82030/From_Novice_To_Expert.4.aspx

POSTER 120**AUTORES/AUTHORS:**

Damián Montero Calvo, Óscar Álvarez López, Raúl Quintana Alonso, María Isabel Buceta Toro, Irene Pardo López

TÍTULO/TITLE:

EL HOMBRE Y LA ENFERMERÍA: MITOS Y REALIDADES EN LA APLICACIÓN DEL CUIDADO

Objetivos: En el presente estudio se establecieron dos objetivos generales centrados en: describir la visión de un grupo de hombres y mujeres sobre el impacto del género en la profesión de Enfermería, y describir las vivencias personales y los sentimientos de un grupo de hombres enfermeros en el desarrollo de su actividad profesional.

Desde esa perspectiva, con el desarrollo del estudio se pretendía profundizar en la visión de los profesionales sobre la feminización de la profesión y las consecuencias para el desarrollo de la misma, y la detección de potenciales diferencias entre hombres y mujeres respecto a la aplicación de los cuidados de Enfermería y en general en el desarrollo profesional.

Métodos: Para dar respuesta a los objetivos planteados se diseñó un estudio descriptivo, transversal y de metodología cualitativa desarrollado en dos fases.

Fase I: A través de un grupo de discusión (GD) formado por tres enfermeras y tres enfermeros de distintas edades y ámbitos de trabajo a través del cual los participantes expresaron su opinión sobre las categorías planteadas.

Fase II: Mediante la realización de entrevistas individuales en profundidad a enfermeros varones de distintas edades y diferentes ámbitos profesionales, en base a unas categorías generales y en base a las que emergieron en los discursos.

En ambos casos se procedió a la grabación de los discursos de los participantes para su explotación y análisis posterior, previa obtención de los correspondientes consentimientos informados.

La selección de los participantes se basó en la incorporación de informantes clave de diferentes entornos, edades y con distintos perfiles sociolaborales.

El análisis de datos se realizó tras la transcripción literal de los testimonios de ambas fases, procediendo a la codificación de los mismos y a su categorización, respetando en todo momento el anonimato de los participantes e insistiendo en el derecho de los participantes a solicitar, tanto el resultado final de la investigación, como su entrevista literalmente transcrita.

Resultados: Los resultados de la investigación se agruparon obedeciendo a las categorías inicialmente planteadas, similares para ambas fases del estudio. alguna de estas categorías y subcategorías emergió tras el análisis de los distintos testimonios de los participantes.

Fase I: Los participantes describen que el género no supone actualmente un condicionante ni en el desarrollo de la profesión, ni en la aplicación del cuidado. A pesar de esto, asocian ciertos prejuicios que alimentan visiones feminizadas sobre la disciplina. Afirman que la asociación del rol de cuidador a la mujer desde el inicio de las primeras civilizaciones, ha favorecido en mayor medida la feminización de la profesión y el desinterés por la Enfermería por parte de los hombres. Sin embargo, los participantes son conscientes de que actualmente, aunque el número de mujeres en la profesión es mayoritario, cada vez son más hombres los que quieren desarrollarse profesionalmente como enfermeros.

Fase II: Los participantes reconocen que el género no ha sido un condicionante en el desempeño de la profesión. De manera general, la expresión de sus sentimientos personales tampoco se vio influenciada por este aspecto, aunque alguno de los profesionales expresó alguna vivencia negativa relacionada con la expresión de los sentimientos por el hecho de ser un varón enfermero. De manera general, los participantes no visualizan la existencia de diferencias entre hombres y mujeres a la hora de aplicar los cuidados, si bien asocian un mayor acercamiento hacia la esfera emocional por parte de las enfermeras.

Discusión: La mayoría de los participantes no reconocen una influencia directa del género a la hora de desarrollar la profesión. Algunos afirman que supone una ventaja frente a sus compañeros/as, afirmación contemplada en otros estudios que identifican que el hecho de ser minoría en la profesión, ha generado en los hombres ciertas situaciones de privilegio. De manera general no experimentan situaciones de desigualdad entre hombres y mujeres a la hora de expresar sus sentimientos, pero afirman que dicha situación puede presentarse debido a la visión feminizada, que a día de hoy se mantiene, de la disciplina. No reconocen potenciales diferencias a la hora de aplicar los cuidados protocolizados entre hombres y mujeres, sin embargo asocian ciertas diferencias a la hora de satisfacer ciertas necesidades más emocionales.

La investigación permite identificar las potenciales desigualdades en el desarrollo profesional de la Enfermería, mostrando a la sociedad y al colectivo la verdadera identidad de la disciplina, fomentando la igualdad y la profesionalización como pilares de la atención enfermera.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bernalte Martí, V. (2015). Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enfermería Global*, 37, 328-334. Recuperado a partir de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/42556/1/198631-762821-1-PB.pdf>

Burguete Ramos, M. D., Martínez Riera, J. R., & Martín González, G. (2010). Actitudes de género y estereotipos en Enfermería. *Cultura de los Cuidados*, (28), 39-48. <https://doi.org/10.7184/cuid.2010.28.06>

Errasti-Ibarrondo, B., Arantzamendi-Solabarrieta, M., & Canga-Armayor, N. (2012). La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(2), 269-283. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272012000200009>

Baldrich-Rodríguez, I., Navarro-Revueltas, C., & Lázaro-Maeso, Á. (2016). Imagen de la enfermería en la sociedad española y medios de comunicación. *Revistas Española de Comunicación en Salud*, 7(2), 310-323. <https://doi.org/10.20318/recs.2016.3455>

Hernández Rodríguez, A. (2011). Trabajo y cuerpo. El caso de los hombres enfermeros. *La ventana. Revista de estudios de género*, 4(33), 210-241. Recuperado a partir de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362011000100009

Lorenzini, A., Vieira, J., Melo, C., Ré Carvalho, B., Menezes, Q., De Freitas, R. Stein-Backes, M. T. (2009). La visibilidad de la profesión de enfermero: reconociendo logros y vacíos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(4), 637-643. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000400025>

Mosqueda-Díaz, A., Paravic-Klijn, T., & Valenzuela-Suazo, S. (2013). División sexual del trabajo y Enfermería. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 70-74. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962013000100015>

Nayelli Escamilla Cruz, S., & Córdoba Ávila, M. Á. (2011). Los hombres en la Enfermería. Análisis de sus circunstancias actuales. *Revista CONAMED*, 16, 28-33. Recuperado a partir de <http://132.248.9.34/hevila/RevistaCONAMED/2011/vol16/supl1/6.pdf>

Osses-Paredes, C., Valenzuela Suazo, S., & Sanhuesa Alvarado, O. (2010). Hombres en la Enfermería Profesional. *Enfermería Global*, 18, 1-7. Recuperado a partir de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/reflexion1.pdf>

Vía Clavero, G., Sanjuán Naváis, M., Martínez Mesas, M., Pena Alfaro, M., Urtrilla Antolín, C., & Zarragoikoetxea Jáuregui, I. (2010). Identidad de género y cuidados intensivos: influencia de la masculinidad y la feminidad en la percepción de los cuidados enfermeros. *Enferm Intens*, 21(3), 104-112. doi.org/10.1016/j.enfi.2009.11.004

POSTER 122**AUTORES/AUTHORS:**

Raúl Soto Cámara, Jesús Puente Alcaraz, María Arantzazu Febrero Ortiz de Quintana, Gerardo Fernández Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

INTERVENCIONES ENFERMERAS NIC COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS DEL PRACTICUM DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN:

El Espacio Europeo de Educación Superior enfatiza aún más la importancia de la enseñanza práctica de los futuros enfermeros, la cual debe orientarse a la adquisición de competencias, que se convierten en los objetivos de aprendizaje clínico a alcanzar para los estudiantes.

El método que tradicionalmente se ha utilizado para la evaluación de las prácticas clínicas se basa en el empleo de una rubrica sobre las actitudes y las aptitudes del estudiante. Entre sus principales inconvenientes se encuentran su baja sensibilidad en el proceso dinámico de aprendizaje, la existencia de variabilidad en la práctica clínica entre los enfermeros que ejercen como tutores clínicos, el alto grado de subjetividad del evaluador, la alta pasividad del estudiante que espera a ser evaluado o la elevada presión asistencial que hace que la formación se centre casi en exclusiva en procedimientos técnico-clínicos.

En los últimos años, se han desarrollado nuevos modelos de evaluación de competencias, basados en el uso de lenguajes enfermeros estandarizados, siendo uno de los más extendidos el que vincula a cada una de las competencias a alcanzar por el estudiante una serie de intervenciones NIC. Sin embargo, este tipo de evaluación no está exenta de dificultades ya que los escenarios de las prácticas clínicas siguen siendo los mismos y con los mismos actores.

OBJETIVO:

Analizar el proceso de implantación del modelo de evaluación de competencias enfermeras basado en la incorporación de la taxonomía NIC en el aprendizaje del estudiante del Grado en Enfermería durante las prácticas clínicas.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal cuya unidad de análisis fueron las intervenciones NIC registradas por los 177 estudiantes que durante el curso académico 2.017-2.018 se encontraban matriculados en los Practicum I, II ó III del Grado en Enfermería de la Universidad de Burgos.

El modelo de evaluación de competencias enfermeras utilizado se basó en los resultados de los estudios realizados por Iglesias Parra et al, quienes establecieron que todo alumno al finalizar su proceso de formación debería ser capaz de superar y desarrollar adecuadamente 129 intervenciones NIC, las cuales se encontraban distribuidas por tipología de rotación (Médico-Quirúrgica, Cuidados Críticos, Atención Primaria, Salud Mental, Materno-Infantil, Cuidados Paliativos, Geriatría) y nivel de complejidad del Practicum (I, II, III).

Para facilitar el proceso de evaluación, se desarrolló un aplicativo informático en el que el estudiante debía registrar diariamente las intervenciones NIC realizadas, indicando el tutor clínico con quien la había desarrollado, responsable de su posterior valoración mediante una escala tipo Likert de hasta 5 puntos, adaptada a cada uno de los Practicum; además estas mismas intervenciones NIC debían ser autoevaluadas por el propio estudiante. También se utilizó una encuesta de 16 ítems, integrada dentro del mismo

aplicativo, para conocer el grado de satisfacción de los estudiantes con este nuevo sistema de evaluación.

RESULTADOS:

El número total de tutores clínicos ascendió a 509, distribuidos en 8 instituciones y 46 centros/servicios diferentes, siendo el Hospital Universitario de Burgos donde mayor número de profesionales se registraron. El 79,22% de los tutores clínicos recibieron intervenciones NIC para evaluar, destacando que un 2,75% de ellos no lo hicieron al finalizar la rotación de los estudiantes. Los estudiantes registraron 171.632 intervenciones NIC, con una distribución no homogénea en función del tipo de rotación y nivel de complejidad del Practicum, siendo la monitorización de signos vitales y el control de medicación las que se realizaron con mayor frecuencia. La nota media obtenida por los estudiantes fue 8,4 (DS 1,47) para el Practicum I, 8,32 (DS 0,42) para el Practicum II y 8,19 (DS 0,78) para el Practicum III. No se observaron diferencias importantes entre la valoración realizada por el tutor clínico de cada una de las intervenciones NIC y la autoevaluación realizada por el propio estudiante.

Los resultados de la encuesta de satisfacción pusieron de manifiesto un sentimiento de descontento con este tipo de evaluación en un reducido número de estudiantes, por verla innecesaria y por el tiempo que tuvieron que dedicar a su cumplimentación.

DISCUSIÓN:

La implantación de un modelo de evaluación de competencias enfermeras mediante la incorporación de intervenciones NIC permite orientar en todo momento al estudiante en el proceso de aprendizaje y al tutor clínico en el proceso evaluativo.

Ésta no es una labor fácil, debiéndose realizar un esfuerzo por hacer partícipe de la estrategia a todos los actores y perfiles profesionales y académicos implicados en la formación del estudiante durante sus periodos clínicos. Además, supone cambiar estilos de enseñanza-aprendizaje clínicos muy enraizados, en los que el estudiante ha de pasar de la verticalidad en la transmisión de conocimientos a la pro actividad y el auto aprendizaje tutorizado.

El análisis de la estructura, proceso y resultado del proceso de implantación de este modelo de evaluación junto con la encuesta de satisfacción realizada permiten identificar debilidades del sistema así como posibles áreas de mejora.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. De Cordova PB, Lucero RJ, Hyun S, Quinlan P, Price K, Stone PW. Using the Nursing Interventions Classifications as a potential measure of nurse workload. *J Nurs Care Qual.* 2010; 25: 39-45.
2. Morales JM, Vila B, Bilbao C, Lupión SD, Ruiz D, Ruiz ML et al. EVALtrends: Diseño de un modelo de evaluación de competencias para el Practicum clínico de Enfermería basada en Sistemas de Lenguaje Estandarizado y tutelaje clínico. *Evaluar para aprender en la universidad: Experiencias innovadoras en la sistematización de la evaluación.* Madrid: Bubok Publishing, 2011: 100-118.
3. Morales Asencio JM. La competencia clínica en estudiantes de Grado en Enfermería. *Evidentia* 2013; 10.

4. Iglesias Parra MR, García Guerrero A, García Mayor S, Kaknani Uttumchandani S, León Campos Á, Morales Asencio JM. Design of a competency evaluation model for clinical nursing practicum, based on standardized language systems: psychometric validation study. *J Nurs Scholarsh*. 2015; 47(4): 371-76.

5. Iglesias Parra MR, García Mayor S, Kaknani Uttumchandani S, León Campos Á, García Guerrero A, Morales Asencio JM. Nursing students' and tutors' satisfaction with a new clinical competency system based on the Nursing Interventions Classification. *Int J Nurs Knowl*. 2016; 27(4): 193-200.

6. De Celma Vicente M, Ajuria Imaz E, López Morales M, Fernández Marín P, Menor Castro A, Cano Caballero Gálvez MD. Intervenciones enfermeras NIC como herramienta de evaluación de las competencias del Practicum de estudiantes de Enfermería en las unidades quirúrgicas. *Enferm Clin*. 2015; 25(4): 158-70.

POSTER 124

AUTORES/AUTHORS:

JAIME CARBALLEDO PULIDO, LORENA MOLINA RAYA, SUSANA SANTOS RUIZ

TÍTULO/TITLE:

METEOROLOGÍA Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son una causa de hospitalización extremadamente frecuente en nuestro país. Producen un alto grado de dependencia, mortalidad, morbilidad y un alto impacto económico para nuestro sistema sanitario. En la búsqueda de nuevos factores de riesgo que nos permitan realizar prevención para la salud de estas enfermedades, existen tendencias que apuestan por la existencia de una relación entre factores meteorológicos y el aumento de la incidencia de ECV. Objetivo: Analizar la influencia de tres parámetros meteorológicos sobre la incidencia de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) e ICTUS en nueve poblaciones de Catalunya. Métodos: Estudio ecológico que analiza el número de activaciones de código IAM y código ICTUS a través del Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) en un total de 2.720.120 habitantes pertenecientes a las poblaciones de Barcelona ciudad, Girona ciudad, Tarragona ciudad, Lleida ciudad, Badalona, Hospitalet de Llobregat, Sant Adrià de Besos, Santa Coloma de Gramanet y Mataró, y analizaremos su correlación con variables meteorológicas medias (Temperatura, Presión Atmosférica y Humedad relativa) registradas en las poblaciones mencionadas por MeteoCat. Resultados: Concluimos en nuestro trabajo que existe una mayor incidencia en Barcelona ciudad, tanto de activación de código ICTUS como de código IAM, respecto a otras poblaciones, siendo en Girona ciudad, tres veces menor la probabilidad tanto para el IAM como para el ICTUS. Si observamos la incidencia global por meses del año observamos en el caso de la activación de código IAM, un aumento en enero. En el caso del código ICTUS la mayor incidencia se concentra en los meses de abril y octubre. La temperatura es la variable meteorológica que mayor relación tiene con la incidencia de activación de código IAM. Conclusiones: El descenso de la temperatura, es con diferencia, la variable meteorológica que podemos considerar como factor de riesgo para la incidencia de la activación de código IAM. Por tanto podemos concluir que el frío es probablemente un buen predictor del aumento de acontecimientos cardiovasculares. Proponemos la continuidad del estudio, con el objetivo de concretar la tipología de pacientes susceptibles de padecer la enfermedad cuando se producen variaciones meteorológicas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Yuste Grijalba F.J. Epidemiología. Jano 1982; 533.
2. Nakaguchi H, Matsuno A, Teraoka A. Prediction of the incidence of spontaneous intracerebral hemorrhage from meteorological data. Int J Biometeorol. 2008;52:323-9.
3. Mostofsky E, Wilker EH, Schwartz J, et al. Short-term changes in ambient temperature and risk of ischemic stroke. Cerebrovasc Dis Extra. 2014;4:9-18.
4. Dilaveris P, Synetos A, Giannopoulos G, Gialafos E, Pantazis A, Stefanadis C. CLimate Impacts on Myocardial infarction deaths in the Athens Territory: the CLIMATE study. Heart. 2006;92:1747-51.
5. Kriszbacher I, Bódis J, Csoboth I, Boncz I. The occurrence of acute myocardial infarction in relation to weather conditions. Int J Cardiol. 2009;135:136-8.
6. Radišauskas R, Vaišulius V, Ustinavičienė R, Bernotienė G. The effect of atmospheric temperature and pressure on the occurrence of acute myocardial infarction in Kaunas. Medicina (Kaunas). 2013;49:447-52.
7. Ravljen M, Bilban M, Kajfež-Bogataj L, Hovelja T, Vavpotič D. Influence of daily individual meteorological parameters on the incidence of acute coronary syndrome. Int J Environ Res Public Health. 2014;11:11616-26.
8. European Society of Cardiology. "Cold weather produces more heart attacks, researchers find." ScienceDaily. ScienceDaily, 2013.
9. Sueda Y, Hosomi N, Tsunematsu M, Takamatsu K, Nomura E, Torii T, et al. Effects of Meteorological Conditions on the Risk of

Ischemic Stroke Events in Patients Treated with Alteplase-HEWS-tPA. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2015;

10. Jimenez-Conde J, Ois A, Gomis M, Rodriguez-Campello A, et al. Weather as a trigger of stroke. Daily meteorological factors and incidence of stroke subtypes. *Cerebrovasc Dis.* 2008;26:348-54.

11. Abrignani MG, Corrao S, Biondo GB, Renda N, Braschi A, Novo G, et al. Influence of climatic variables on acute myocardial infarction hospital admissions. *Int J Cardiol.* 2009;137:123-9.

12. Fernández-García JM, Dosil Díaz O, Taboada Hidalgo JJ, Fernández JR, Sánchez-Santos L. Influence of weather in the incidence of acute myocardial infarction in Galicia (Spain). *Med Clin (Barc).* 2014;145(3):97-101.

POSTER 125**AUTORES/AUTHORS:**

Alberto Granero Lázaro, Josep Maria Blanch Ribas, Juan Francisco Roldán Merino, Igor Merodio Ruiz, Alejandra Rubio García, Elena Canta López, Marta Olivares Obis, Judith Balaguer Sancho, David Fernández Otero

TÍTULO/TITLE:

Calidad de vida laboral de las enfermeras: Estrategias de mejora.

1.- OBJETIVO/S

Explorar qué aspectos mejorarían la calidad de vida laboral (CVL) desde la visión de las enfermeras.

2.- MÉTODOS

El diseño fue descriptivo y transversal.

El ámbito de estudio fueron las enfermeras de la provincia de Barcelona que estaban en situación activa de trabajo entre julio de 2014 y enero de 2015.

Los sujetos participantes fueron 1760 enfermeras de la provincia de Barcelona.

El instrumento utilizado en la investigación recogió información sobre datos sociodemográficos y laborales, medidas de contención del gasto, condiciones de trabajo, bienestar laboral, burnout, engagement, adecuación del tiempo de trabajo, significado del trabajo, impacto positivo y negativo del trabajo y acciones de mejora de la CVL.

Para conocer los aspectos que mejorarían la CVL desde la perspectiva de las enfermeras se realizó un análisis cualitativo de contenido, de tipo exploratorio-descriptivo, a partir de la información obtenida en la pregunta abierta ¿Qué considera que se podría hacer para mejorar la calidad de vida laboral de las enfermeras? La información obtenida se codificó en 18 categorías y estas se agruparon en 4 áreas temáticas o dimensiones, que fueron:

- Organización, entorno material y prevención de riesgos.
- Organización y entorno social.
- Organización y método-regulación.
- Organización y método-desarrollo.

En el proceso de análisis cualitativo se realizó una triangulación de investigadores, donde dos de ellos leyeron individualmente las respuestas, codificaron y categorizaron los datos y finalmente los pusieron en común. La información obtenida llegó a la saturación de los datos.

La investigación fue aprobada para su desarrollo por la comisión de bioética de la Universidad de Barcelona en julio de 2013. En la nota informativa de la investigación, previa al acceso al formulario de recogida de datos, donde se presentaba y justificaba el estudio, se explicaba el objetivo general y el uso científico que se haría de los datos, se solicitaba la participación voluntaria de las enfermeras y se informaba de la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

3.- RESULTADOS

Las enfermeras opinaron que aumentaría su CVL si mejoraran sus condiciones de trabajo (CT) destacando entre otros aspectos: el entorno, la prevención de riesgos, el respeto, el reconocimiento, la contratación, la conciliación, el tiempo de trabajo, la retribución, la carga y la organización del trabajo, la ratio enfermera/paciente, la autonomía, la participación, el liderazgo, el desarrollo y la promoción profesional.

4.- DISCUSIÓN

Las expectativas de mejora de la CVL fueron individuales, estuvieron asociadas a la mejora de las CT y relacionadas con las condiciones laborales, profesionales y personales de cada enfermera.

Algunos déficits en las CT relacionados con la carga, la autonomía, la participación, las condiciones de empleo y el desarrollo profesional, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo¹ los ha considerado factores de riesgo laboral que pueden llevar a malestar, insatisfacción, estrés, burnout y enfermedad. Otros estudios^{2,3} demuestran que el desacuerdo con la retribución, la promoción, el liderazgo, la organización del trabajo, los compañeros de trabajo y la comunicación están asociados a insatisfacción. Es necesario que las organizaciones implementen acciones dirigidas a mejorar las CT y a conseguir un entorno laboral confortable, que como ya se ha evidenciado en diferentes estudios^{4,5}, además de repercutir en el bienestar y la satisfacción de las enfermeras,

mejora la atención, la seguridad y la satisfacción de los pacientes, así como la salud de la población.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cuenca R. Introducción a la prevención de riesgos laborales de origen psicosocial. INSHT. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 1996.
2. Ioannou P, Katsikavali V, Galanis P, Velonakis E, Papadatou D, Sourtzi P. Impact of job satisfaction on Greek nurses' health-related quality of life. *Saf Health Work*. 2015;6(4):324–8.
3. Masum AKM, Azad MAK, Hoque KE, Beh LS, Wanke P, Arslan Ö. Job satisfaction and intention to quit: an empirical analysis of nurses in Turkey [Internet]. Vol. 4, *PeerJ*. 2016 [citado 2017 Feb 23]. p. e1896. Disponible en: <https://peerj.com/articles/1896>
4. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012;344:1717.
5. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalsi J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA J Am Med Assoc*. 2002;288(16):1987–93.

POSTER 126**AUTORES/AUTHORS:**

Raúl Soto Cámara, María Celeste Santiago Valladolid, Margarita Hernando Pérez, María Santamaría Francés, Blanca de la Nogal Fernández, M^a Consuelo Rodríguez García

TÍTULO/TITLE:

MOTIVACIONES Y OBSTÁCULOS PARA LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA

INTRODUCCIÓN:

La investigación enfermera se define como el proceso continuo de desarrollo de las bases científicas que permiten utilizar la mejor evidencia disponible en la aplicación de los cuidados, al validar y mejorar los conocimientos existentes y al generar otros nuevos. Como consecuencia de ello, el rol del enfermero ha evolucionado de forma considerable, lo que le ha permitido adquirir nuevas competencias y más autoridad para ejercer una profesión con mayor autonomía, con mayor responsabilidad y con un cuerpo de conocimientos propio.

Pero, a pesar de los importantes esfuerzos realizados en los últimos años, la realidad ha puesto de manifiesto que su práctica no ha sido asumida de manera homogénea por todos los profesionales, siendo necesario conocer cuáles son las causas que impiden o favorecen su generalización.

OBJETIVO:

Identificar la evidencia científica disponible que permita conocer las motivaciones de los enfermeros para investigar, sus potenciales beneficios y los elementos que facilitan y/o obstaculizan su desarrollo.

METODOLOGÍA:

Siguiendo un esquema de investigación previamente establecido y de acuerdo con las recomendaciones recogidas en la Declaración PRISMA, se realizó una revisión de la literatura disponible, consultando la versión electrónica de las bases de datos Cinahl, Embase, Pubmed y Web of Science, entre octubre de 2017 y mayo de 2018.

La búsqueda se adaptó a cada base de datos, utilizando como palabras clave los medical subjects headings (MeSH: research, nursing research, evidence-based practice, diffusion of innovation, professional practice, professional competence, nurse) junto con términos libres, alguno de ellos truncados, con la finalidad de incluir todas las posibles terminaciones, combinados todos ellos mediante operadores booleanos.

Se aceptaron todos los trabajos de investigación, cuyo diseño metodológico fuese ensayo clínico aleatorizado, ensayo clínico no aleatorizado y estudio observacional, publicados en inglés o castellano en los últimos 15 años, que en sus resultados identificasen las motivaciones y los elementos facilitadores u obstaculizadores del uso de la investigación y de la Práctica Basada en la Evidencia en enfermería, con al menos el resumen disponible.

La selección de estudios y la evaluación de la calidad metodológica se realizaron por pares, de forma independiente y ciega, resolviendo las posibles discrepancias por consenso y, en caso de no lograrlo, mediante la participación de un tercer evaluador.

RESULTADOS:

De los 519 trabajos inicialmente identificados, tras la lectura y evaluación del título y resumen, se descartaron 497 por no estar relacionados con el objetivo del estudio, no ajustarse a los criterios de inclusión establecidos, no poder ser localizados a texto completo o estar duplicados.

Como estrategia secundaria se realizó una búsqueda de literatura gris y de las referencias bibliográficas de las 22 publicaciones seleccionadas, lo que permitió localizar 3 nuevos artículos relevantes.

Tras la lectura crítica del texto completo, 20 de los 25 trabajos obtuvieron una puntuación mínima en las listas de chequeo FLC 2.0, que garantizase el cumplimiento de los criterios de validez metodológica establecidos.

DISCUSIÓN - IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:

La principal motivación que los profesionales de enfermería alegan para realizar estudios de investigación es el intentar estar actualizado en los cuidados que presta al paciente, con la finalidad de mejorar su calidad.

Entre los elementos que se identifican como facilitadores de su desarrollo se encuentran el uso de las nuevas tecnologías, la implicación de los profesionales, los cambios legislativos ó el desarrollo de entidades públicas y/o privadas que se dedican al fomento de la investigación.

En cuanto a los factores que obstaculizan su realización estos pueden ser debidos al propio profesional (carencia de conocimientos en investigación, no interiorización de su autoridad para cambiar los cuidados del paciente, poco interés en la modificación de la práctica habitual), al contexto social (ausencia de liderazgo, falta de apoyo de los propios compañeros, de otras disciplinas o del personal directivo) o al contexto organizacional (falta de tiempo para investigar en el trabajo, sobrecarga asistencial, escasez de recursos humanos y materiales, dificultades en el acceso a los recursos).

La investigación permite ampliar el campo de conocimientos de una disciplina y proporciona credibilidad científica. A pesar de los obstáculos existentes, la enfermería está en continuo avance en el desarrollo de nuevos perfiles y en la incorporación al campo de la investigación, siendo necesario que los resultados obtenidos sean difundidos para poder crear impacto, resultando fundamental el apoyo institucional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ingersoll G. Evidence-based nursing: What it is and what it isn't. *Nurs Outlook*. 2000;48(4):151–2.
2. García Fernández F. Nursing research: an invisible reality? *Enferm Clín*. 2012;22(6):283–5
3. Funk S, Champagne M, Wiese R, Tornquist E. Barriers to using research findings in practice: the clinician's perspective. *Appl Nurs Res*. 1991;4:90–5.

4. Moreno Casbas T, Fuentelsaz Gallego C, González María E, Gil de Miguel A. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enferm Clín.* 2010;20(3):153–64.
5. Bernal Celestino R, Rodríguez Almagro J, Lagos Pantoja E, Cabezas Vallejo L, Domínguez Alonso M, Moreno Chocano C. Barreras para la investigación en enfermería. Estudio comparativo en un área de salud integrada. *Rev ROL Enferm.* 2014;37(7–8):520–6.
6. Guadarrama Ortega D. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de Enfermería en un hospital del sudoeste de Madrid. *Enferm Glob.* 2016;43:261–74.
7. Cidoncha Moreno M, Ruíz de Alegría Fernández de Retana B. Percepción de barreras para la utilización de la investigación en enfermeras de Osakidetza. *Enferm Clín.* 2017;27(5):286–93.
8. Oltra-Rodríguez E, Rich-Ruiz M, Orts-Cortés MI, Sánchez-López D, González-Carrión P. Competencias de investigación en las especialidades de Enfermería. *Enferm Clín.* 2013;23(3):125-30.
9. Llauradó Serra M, Güell Baró R, Castanera Duro A, et al. Barreras y motivaciones de los profesionales de enfermería para la utilización de la investigación en Unidades de Cuidados Intensivos y en el Servicio de Emergencias Médicas. *Enferm Intensiva.* 2016;27(4):146-54.
10. Molina Mula J, Muñoz Navarro P, Vaca Auz J, Cabascango Cabascango C, Cabascango Cabascango K. Actitudes, conocimientos y habilidades de enfermeras y médicos sobre la práctica clínica basada en la evidencia en la provincia de Imbabura (Ecuador) ¿Qué se conoce? *Enferm Clín.* 2015;25(6):319-26.
11. Sánchez-García I, López-Medina IM, Pancorbo-Hidalgo PL. Obstáculos percibidos por las enfermeras para la práctica basada en evidencias: Un estudio cualitativo. *Enferm Clín.* 2013;23(6):279-83.
12. Hommelstad J, Ruland CM. Norwegian nurses' perceived barriers and facilitators to research use. *AORN J.* 2004;79:621-34.
13. Bonner A, Sando J. Examining the knowledge, attitude and use of research by nurses. *J Nurs Manag.* 2008;16:334-43.

POSTER 127**AUTORES/AUTHORS:**

MARÍA DOLORES GUERRA-MARTÍN, VICENTE FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

TÍTULO/TITLE:

Consumo racional y prescripción enfermera: Absorbentes para incontinencia urinaria y tiras reactivas para glucemia

Introducción:

La International Continent Society define la incontinencia urinaria, como la pérdida involuntaria de orina por la uretra que genera un problema higiénico y social (1), siendo los absorbentes de incontinencia urinaria (AIU) los más demandados para tratar este problema (2). En cuanto a las tiras reactivas para la determinación de glucemia capilar (TRdGC), estas son microchips que necesitan solo una gota de sangre para el autoanálisis de la glucemia, siendo dichas tiras prescritas para el consumo de los pacientes con diabetes mellitus (3). En España el gasto farmacéutico debido a los AIU asciende a 274,6 millones de euros, siendo los que generan mayor gasto (60%) (4), frente a los 118 millones de euros ocasionados por el consumo de las TR (5). Por otro lado, en Andalucía el gasto de los AIU es de 43,7 millones de euros (6-7), frente a los 37,6 millones de euros de las TR (8), estas últimas, representan un 25,8% del gasto farmacéutico de la Diabetes Mellitus (3).

Objetivos:

Comparar las tasas de consumo de AIU y de TRdGC, de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Lora de Río, con la del Distrito Sanitario (DS) Sevilla-Norte, con la del Área de Salud (AS) de Sevilla y con la de Andalucía.

Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, mediante un análisis de datos secundarios del Servicio de Farmacia del Sistema Sanitario Público de Andalucía, utilizando el SPSS 24.0. Se recogieron los datos referidos al año 2015, de las tasas de consumo de la UGC de Lora del Río, del DS Sevilla Norte, del AS de Sevilla y de Andalucía. La tasa de consumo el número de AIU o de TRdGC/1.000 TAFE y día, siendo el denominador TAFE las tarjetas sanitarias ajustadas por edad, sexo, tipo de farmacia y consumo del producto (AUI o TRdGC) (9-10).

Resultados y discusión:

Por un lado, la UGC de Lora de Río tuvo una tasa de consumo de AIU de 51,72, valor algo superior al del DS Sevilla Norte (50,51), y al del AS de Sevilla (47,7), y bastante superior a la de Andalucía, que ascendió a 43,73. Por otro lado, la tasa de consumo de TRdGC de la UGC de Lora del Río fue de 19,64, siendo algo menor a la del DS Sevilla Norte (20,99), y bastante menor que la del AS de Sevilla (26,07) y que la de Andalucía, que fue de 26,26. En este sentido, referir que en Andalucía existe una variabilidad geográfica en las tasas de consumo de AIU (9) y de TRdGC (10).

Implicaciones para la práctica clínica:

En cuanto a las implicaciones para la práctica clínica, hay que decir que los enfermeros para mejorar la práctica, deben realizar prescripciones sostenibles y eficientes, tanto de los AIU como de las TRdGC, ya que dichos consumos ocasionan unos gastos muy elevados. A su vez, los enfermeros deben conseguir que los usuarios conozcan los gastos que originan dichos productos, en aras a conseguir un consumo racional y responsable. Ambas estrategias servirán para conseguir una disminución del gasto farmacéutico, y por ende, una mejora de la eficiencia del sistema sanitario (11-12).

Conclusiones:

La tasa de consumo de AIP de la UGC de Lora del Río está por encima de las analizadas en el DS Sevilla Norte, en el AS Sevilla y en Andalucía, mientras que la de TRdGC está por debajo. Estas variabilidades de consumo deben ser objeto de estudio, en aras a unificar criterios a la hora de la prescripción enfermera, como estrategia para conseguir la sostenibilidad del sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. International Continent Society . Standardisation of terminology of lower urinary tract function. Urology, 1997;9: 237.

2. Bonill C, Celdrán M, Morilla JC. Creencias de las cuidadoras acerca del empleo del doble absorbente en pacientes con incontinencia urinaria institucionalizados. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(2).
3. Guía de uso adecuado de productos para autoanálisis de glucemia capilar Distrito Sanitario Málaga. SAS. Consejería de Salud. 2010. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/districtomalaga/docs/cuidados/Autoan%C3%A1lisis%20de%20Glucemia%20Capilar.pdf>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2015 Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
5. Crespo C, Brosa M, Soria-Juan A, López-Alba A, López-Martínez N, Soria B. Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España (Estudio SECCAID: Spain estimated cost Ciberdem-Cabimer in Diabetes). Av Diabetol. 2013;29(6):182-9.
6. Morilla, J. C. (Ed.). Guía de Atención enfermera a personas con incontinencia urinaria. Granada: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. 2007.
7. Ramos ME, Rodríguez J, Domínguez S. Prescripción enfermera, ¿contribuye a la sostenibilidad del sistema?. ENFURO: Asociación Española de Enfermería en Urología, 2013;125: 4-10.
8. Martínez MA (Coord.). Plan Integral de Diabetes (Actualización 2016). Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2016; pág. 55. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/pidma3.pdf>
9. Variabilidad geográfica de la tasa de consumo de absorbentes de incontinencia urinaria. 2015. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_mapamedicamento_aiu2015
10. Servicio Andaluz de Salud. Variabilidad geográfica de la tasa de consumo de tiras reactivas para la determinación de glucemia capilar. 2015. Fecha de actualización: 22/03/2016. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_mapamedicamento_tiras2015
11. Rodríguez AA, Brieva MT, López JL, Márquez M, Ramos RM, López J. Estrategia de mejora en la prescripción de tiras reactivas de glucemia. Rev. O.F.I.L. 2016, 26;1.
12. Peiró S, Meneu R. Crisis económica y epicrisis del sistema sanitario. Atención Primaria. 2011; 43:115-6.

POSTER 129

AUTORES/AUTHORS:

JOAQUIN SALVADOR LIMA RODRIGUEZ, ISABEL DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ, ROCÍO DE DIEGO CORDERO, PABLO FERNÁNDEZ LEON, MARGARITA CORDERO GALVAN, MARTA LIMA SERRANO

TÍTULO/TITLE:

Factores asociados a la Gestión familiar de la enfermedad

La enfermedad es un fenómeno que puede generar cambios estructurales, procesuales y emocionales, que pueden suponer una gran carga para la familia y afectar a la salud familiar, entendida esta como su capacidad de de la familia para funcionar y adaptarse a los acontecimientos vitales estresantes, entre los que se encuentran la enfermedad o discapacidad de alguno de sus miembros (Saunders, 2003; Grau & Fernández, 2010).

La gestión familiar de la enfermedad (GFE) permite al enfermo y a la unidad familiar, adaptarse a la crisis, que supone la enfermedad, y obtener los servicios y recursos que precisan el paciente y el propio sistema familiar para satisfacer sus necesidades (Lima, Lima, Jiménez & Domínguez, 2012; Ford et al, 2013; Reis, Santos, Reis & Gómez, 2013).

Para ello, las familias deben desarrollar estrategias destinadas a ofrecer apoyo y ayuda al miembro afectado, controlar las consecuencias que el proceso de enfermedad y su gestión puede tener sobre otros miembros de la unidad, e implicarse, junto a los profesionales de la salud, en el proceso asistencial. Son dimensiones de la GFE, el apoyo, la normalización y la participación familiar en el proceso asistencial (Lima et al., 2012).

El apoyo familiar se destina a satisfacer las funciones básicas de ayuda y cuidados, para alcanzar el bienestar y la autonomía del enfermo o discapacitado, a través de una buena comunicación y empatía, ofrecerle información, ayuda material y emocional, participar en su cuidado, y colaborar en la vigilancia de la enfermedad, la toma de decisiones y la ejecución de acciones adecuadas (De la Huerta, Corona & Méndez, 2006; Ortiz, 2007, Lima et al., 2015).

La normalización familiar requiere cambios en la organización y el funcionamiento familiar, para satisfacer las necesidades del miembro enfermo o discapacitado y la de otros miembros de la unidad familiar que pudieran verse afectados. (De la Huerta et al., 2006; Ávila et al., 2013, Lima et al., 2015).

La participación familiar en el proceso asistencial, requiere la implicación familiar en la toma de decisiones sobre a quién consultar, cuándo o dónde ir para recibir tratamiento, su implicación en el manejo del día a día del enfermo o discapacitado, acompañándolo a sus visitas al médico o durante la hospitalización, ayudando al profesional en la comunicación con el paciente, identificar factores que pueden afectar a la asistencia (Rosland, Piette, Choi & Heisleret, 2011; Wolff & Roter 2011; Rosland et al., 2013; Abubakar et al., 2013; Lima et al., 2015).

Finalmente, la (GFE) puede estar determinada por ciertos factores que pueden facilitarla o dificultarla.

Objetivo: Se propuso analizar los factores asociados a la GFE en una muestra de familias.

Método: Estudio analítico, transversal cuantitativo sobre 483 unidades familiares residentes en Sevilla y área metropolitana, seleccionadas mediante muestreo intencional, en centros sanitarios y domicilios. Mediante cuestionario hetero-administrado se recogieron variables sociodemográficas familiares, tipología de familia, etapa del ciclo vital familiar, nivel máximo de estudio y profesional de sus cónyuges, clase social, y aquellas de las escalas AESFA de Autopercepción del estado de salud familiar, MOS de apoyo social, SRRS para Acontecimientos vitales estresantes, y ajuste diádico conyugal, todas estas validadas para la población española. Se desarrollaron análisis de regresión lineal univariante y multivariantes siendo GFE la variable dependiente, y considerando un nivel de significación del 5% ($p < .05$).

Resultados:

El perfil de las familias estudiadas correspondía a tipología de familia nuclear mayoritariamente (71,6%), estas se encontraban en mayor grado unidas por matrimonio (55,9%), con número medio de miembros $3,18 \pm 1,06$, el 35% se encontraban en la etapa de familias con hijos adolescentes, la mayoría (69,4%) residían en zonas urbana y el mayor grado de estudios de los miembros del sistema conyugal era de estudios básicos (sin estudio, estudios primarios o ESO nivel 1) en el 24,5% de las familias.

En el análisis multivariante, de las cinco 5 variables inicialmente relacionadas con la GFE (etapa del ciclo vital familiar, nivel de estudios más alto de la pareja, ajuste diádico conyugal, apoyo social y AESFA), solamente dos mostraron relación significativa y positiva con la GFE, las etapas de familia con hijos adolescente y madura vs la formación de la pareja, y la salud familiar, siendo este el modelo más parsimonioso ($F: 37.39$, Adjusted R-squared: 0.35, $p < 0.001$).

Discusión: Familias con una adecuada salud familiar, que mantiene un buen clima, niveles altos de integridad y resiliencia, adecuado

funcionamiento y modos de afrontamiento, más positivos, así como aquellas que se encuentran en las etapas de familia con hijos adolescentes o familia madura, podrían gestionar la enfermedad de una manera más positiva. Conocer las características y necesidades familiares, así como aquellos factores que favorecen o dificultan la (GFE), puede ser útil para la docencia, la investigación y la práctica asistencial, permitiendo a los equipos de salud elaborar planes de actuación dirigidos a familias en situaciones de enfermedad o discapacidad de alguno de sus miembros.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Abubakar, A., Van, A., Fischer, R., Bomu, G., Gona, J. K., & Newton, C. R. (2013). Socio-cultural determinants of health-seeking behaviour on the Kenyan coast: a qualitative study. *PLoS ONE* 8(11): e71998. doi:10.1371/journal.pone.0071998.
- Ávila, L., Cerón, D., Ramos, R. I., & Lúbia, L. (2013). Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Médica de Chile*, 141, 173–180.
- De la Huerta, R., Corona, J., & Méndez J. (2006). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39, 46–51.
- Ford, K., Courtney, H., & Fitzgerald, M. (2012). Post-discharge experiences of children and their families following children's surgery. *Journal Children Health Care*, 16, 320–330.
- Grau, G., & Fernández, M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33, 203–212.
- Lima, J. S., Lima, M., Jiménez, N., & Domínguez I. (2012). Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir La autopercepción del estado de salud familiar. *Revista Española de Salud Pública*, 86, 509-521.
- Lima-Rodríguez JS; Lima-Serrano M, Sánchez Domínguez, I (2015) Psychometric properties of an instrument to measure family disease management. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15:253-264.
- Reis, L. A., Santos, K. T., Reis, L. A., & Gómez, N. P. (2013). Quality of life and associated factors for caregivers of functionally impaired elderly people. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 17, 146-151.
- Rosland, A. M., Piette, J. D., Choi, H., & Heisler, M. (2011). Family and Friend Participation in Primary Care Visits of Patients with Diabetes or Heart Failure: Patient and Physician Determinants and Experiences. *Medical Care*, 49, 37–45.
- Rosland, A. M., Heisler, M., Janevic, M. R., Connell, C. M., Langa, K. M., Kerr E. A., & Piette, J. D. (2013). Current and potential support for chronic disease management in the United States: the perspective of family and friends of chronically ill adults. *Families, Systems and Health*, 31, 119–31.
- Saunders, J. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 175–198.
- Wolff, J.L., & Roter, D.L. (2011). Family presence in routine medical visits: A meta-analytical review. *Social Science and Medicine*, 72, 823–831

POSTER 131**AUTORES/AUTHORS:**

Mònica Sianes-Gallén, Helena Costa-Ventura, Francesc Zamora-Carmona, Lúdia Roqueta-Andreu, M^a Angeles López-Bonet

TÍTULO/TITLE:

Evaluación del programa de educación sanitaria en cirugía protésica en Traumatología

Objetivo: Evaluar la comprensión de la información recibida en la educación sanitaria del paciente intervenido de artroplastia total primaria de rodilla o cadera. Evaluar la satisfacción del paciente con la información recibida. Determinar la relación entre el nivel de comprensión y el nivel de ansiedad preoperatoria.

Método: Estudio observacional descriptivo prospectivo realizado por las profesionales de enfermería del servicio de traumatología de un Hospital Universitario. La inclusión de los participantes fue realizada en la Visita Prequirúrgica de Enfermería (VPE), una semana después de la formación grupal, para evitar sesgar los resultados. Para los dos primeros objetivos, se realizó una encuesta al alta hospitalaria. Para el tercer objetivo se recogieron datos mediante el cuestionario STAI en la VPE. **Sujetos:** pacientes intervenidos de artroplastia primaria de rodilla o cadera que cumplen criterios de inclusión, aceptaron participar en el estudio y firmaron consentimiento informado. **Variables:** nivel de comprensión de los conceptos claves transmitidos, datos demográficos, ansiedad (STAI) y tipología de la artroplastia instaurada. **Análisis de datos:** índices descriptivos, para el análisis inferencial se utilizó Chi cuadrado en la comparación de las variables cualitativas y t de Student en la comparación de variables cuantitativas.

Resultados: Muestra: 169 pacientes, 60,9% (103) mujeres, 72,2% (122) artroplastia de rodilla con una edad media 68,82 años. Un 64,5% (109) pacientes fueron acompañados a la formación. Pasaron una media de 16,78 días entre la formación y la intervención quirúrgica. La media de días de ingreso fue de 2,86 [2-15]. La media del cuestionario STAI-R fue 24,30 con DE 11,46 y la media del STAI-E fue 19,35 con DE 11,18. Los comprensión de los pacientes por dimensión fue: conceptos básicos un 92,3%, conceptos rehabilitación un 92,3% y los conceptos de complicaciones un 76,9%. La satisfacción del paciente de todo el proceso en escala de Likert fue 9,03 [1-10]. En la comprensión de los conceptos básicos, de complicaciones y satisfacción, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre género, edad, tipología de artroplastia y si venían acompañados en la sesión grupal. En cambio, la comprensión de los conceptos de rehabilitación se asoció al género y a la puntuación del STAI-R del participante ($p < 0,05$).

Discusión: Resultados en la línea de los hallazgos obtenidos en la literatura consultada, al respecto de la alta satisfacción de los pacientes cuando están correctamente informados y se sienten partícipes del proceso quirúrgico (empoderamiento).

Hemos comprobado que el género, edad, tipología de artroplastia y si venían acompañados en la sesión grupal, no constituye una limitación a la hora de la comprensión de los conceptos transmitidos. Sin embargo el ser mujer y tener un rasgo ansioso se asocia negativamente al nivel de comprensión de los conceptos de rehabilitación; por lo que se tendría que tomar medidas especiales en este tipo de pacientes a nivel de reforzar estos conceptos.

Los resultados globales muestran la alta eficacia del programa multimodal en la práctica clínica y la satisfacción de los pacientes con la educación sanitaria recibida en la formación grupal prequirúrgica en estas cirugías

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

•McDonald S, et al. Educación prequirúrgica para el reemplazo de cadera o de rodilla (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: Jhon Wiley & Sons, Ltd.).

•McGregor AH et al. Does preoperative hip rehabilitation advice improve recovery and patient satisfaction? J Arthroplasty. 2004;

19(4): 464-8.

- Tibury C, et al Unfulfilled expectations after total hip and knee arthroplasty surgery: There is a need for better preoperative informations and education. J Arthroplasty 2016. Disponible en : Doi:10.1016/j.arth.2016.02.061.

POSTER 132**AUTORES/AUTHORS:**

Palmira Oliveira, Maria Figueiredo, Carlinda Leite, João Apóstolo

TÍTULO/TITLE:

MDAIF - Evaluation of training transfer and retention

Objectives: To evaluate the perception of primary health care nurses (PHC) about the retention of the training, after 6 months of its completion; To evaluate the perception of PHC nurses about the transfer of the training, after 6 months of its completion.

Methods: Quantitative, exploratory-descriptive study. The questionnaire was constructed of Likert type scalar questions, with 5 response options (1-Strongly disagree, 2-Disagree, 3-Neither agree nor disagree, 4-Agree, 5-Agree completely). The convenience sample consisted in 136 PHC nurses, who signed informed consent and after 6 months of MDAIF training, as part of the MDAIF research project at the Center for Health Technology and Services Research, in Portugal. In order to evaluate the retention of the training, the indicators of Velada (2007) were used and in the training transfer were used the indicators of Tesluk et al. (1995), based on the Kirkpatrick (1996) training evaluation model. Descriptive statistics (IBM-SPSS, version 25) were used for the data treatment.

Results: Nurses are predominantly female (84.6%) and graduated (87.5%), with the remainder having a master's degree. On average, they have 38 years, 14 years of profession and 11 years in PHC. On average, they "agree" (M = 4, 03; DP = 0, 5) who retained what they learned globally, being "able to easily say 2 or 3 things they learned in training" (M = 4, 15); "they still remember the main things they learned in training" (M = 4) and "think of the things they learned in training" (M = 3, 96).

In training transfer, on average they "agree", in approximation to the value 4 of the Likert scale, that "they have applied what they learned in the training to improve their performance" (M = 3, 6) and that "what they learned in training has greatly helped to improve their performance" (M = 3, 51); and "do not agree or disagree" that "they have applied in their daily work most of what they learned in training" (M = 3, 23), the overall score being M = 3, 44 (SD = 0, 5), referring to the "neither agree nor disagree".

Discussion:

In Portugal, primary health care has been developing from an individual care model to family and community care models. According to these, Portuguese society requires that families should have access to specialized nursing care with higher differentiation and more complex support. Therefore, the Portuguese nursing profession regulator considered that Portugal should respond to political demands, such the inclusion of the family as the focus of nursing care, suggested internationally in Health 21. Then regulated Nurse Specialist Skills in Family Health Nursing, developed from the Dynamic Model of Assessment and Family Intervention (MDAIF), who was adopted as the theoretical framework to Family Health Nursing.

The implementation of MDAIF requires a training device adjusted to the needs of nurses, where the research project can contribute. So, the regular evaluation of the professional training that is being developed for PHC nurses in the scope of this research project, is crucial.

Nurses' perceptions are positive about what they have learned from training, as well as about their importance for performance improvement. However, the perception is little defined about the degree to which they regularly apply what they have learned in the professional context.

Knowing that only a small percentage of the training is effectively applied in the workplace and that it is only when competencies or learned behaviors are generalized to the work context and maintained over a period of time after training, that the transference is considered to have taken place (Baldwin & Ford, 1998), it is suggested other studies with different natures and methodologies and more extensive samples. As well as a more detailed study on the factors that influence the training transfer (Holton, 2005; Caetano & Velada, 2007) to the professional action, translating into the performance improvement that remains in the time, with the order to guide the design of the MDAIF training plan.

This would allow effective articulation between the research, training and practice, aiming the improvement of the quality of nursing care provided.

This study has no conflict of interest.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Baldwin, T. T., & Ford, J. K. (1988). Transfer of training: A review and directions for future research. *Personnel Psychology*, 41 (1), 63-105.
- Bell, B. S., Tannenbaum, S. I., Ford J. K. , Noe, R. A. , Kraiger, K. (2017). 100 Years of Training and Development Research: What We Know and Where We Should Go. *Journal of Applied Psychology*, 102, (3), 305–323.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lusociência, 2012. ISBN 978-972-8930-83-7.
- Ford, J. K., Yelon, S. L., & Billington, A. Q. (2011) How Much Is Transferred From Training to the Job? The 10% Delusion as a Catalyst for Thinking About Transfer. *Performance Improvement Quarterly*, 24 (2),7–24.
- Holton, E. (2005). Holton's evaluation model: New evidence and construct elaborations. *Advances in Developing Human Resources*, 7 (1), 37-54.
- Kirkpatrick, D. (1996). Great ideas revisited: Revisiting Kirkpatrick's four-level model. *Training & Development*, 50, 54-57.
- Lee et al., A. (2010). Perceived Level of Knowledge and Difficulty in Applying Family Assessment Among Senior Undergraduate Nursing Students. *Journal of Family Nursing*, 16 (2), 177-195.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 126/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Tesluk, P. E., Farr, J. L., Mathieu, J. E., & Vance, R. J. (1995). Generalization of employee involvement training to the job setting: Individual and situational effects *Personnel Psychology*, 48 (3), 607-632.
- Velada, R. & Caetano, A. (2007). Training transfer: the mediating role of perception of learning. *Journal of European Industrial Training*, 31, 283-296.
- Velada, R. (2007). Avaliação da Eficácia da Formação Profissional: Factores que afectam a Transferência da Formação para o local de trabalho, Dissertação para obtenção do grau de doutoramento, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

POSTER 140**AUTORES/AUTHORS:**

Zübeyde Korkmaz, Hülya Yavuz, Meral Bayat, Alper Özcan, A. Betül Ergün

TÍTULO/TITLE:

Influence of Bed Baths Given Under Electrical Heaters to Children with Mechanical Ventilators in PICU

Introduction

While development in medicine provides better identification of diseases, the technological devices used in Intensive Care Units (ICU) increase the survival rate of patients and improve their prognosis (1-2). The continuation of respiration with mechanical ventilator, which is included in technological devices, increases the survival rate of pediatric patients with serious health problems, but also leads to longer hospital stays. Increased hospital stay increases in individual hygiene requirements. Children who require mechanical ventilation is necessary to protect the body temperature while fulfilling their personal hygiene needs. While fall of body temperature is risen oxygen and glucose requirements increased body temperature, be increase susceptibility to infection and dehydration in children. Care should be taken in nursing care and hygiene practices if the patient is child and her/his on mechanical ventilator in intensive care unit. If the child is bedridden for a long time, the care and hygiene requirements increase. Bed baths are often provided to meet this requirement (3-7). During bed bath should be paid to protecting children's body heat. The decrease in body temperature during bath of children be lead to hypothermia and stress be changes on blood gas and vital signs. In particular, blood carbon dioxide levels to acutely increase incorrectly evaluated by the medical team members are children wiht mechanical ventilator and a prolongation of mechanical ventilation process and consequent infection, can lead to the development of barotrauma and complications, such as hemodynamic disorders (8-10). It is to be take measure to protect the body heat given will protect the children from the negative effects of hypothermia.

This study was conducted experimentally and controlled randomly with the aim of determining the effects of bed baths given under electrical heaters on blood gases and vital signs for children who are 1-3 years old and are ventilated.

Material and Method:

The study was carried out on 12 children who were treated between 01.01.2014 and 31.12.2016 in the children hospital in Central Anatolian Region. There are eight beds in the third level Pediatric Intensive Care Unit. Three nurses give care to 8 patients. The study included 12 children aged between 1 and 3 years with mechanical ventilation. Children with chronic disease, total parenteral nutrition and bathing problems were not included in this study. These children formed both experimental and control groups.

Application

In the study, one child's bath was done under an electrical heater placed 50-60 cm away from the bed bath while the other child's bed bath was being routinely practiced in clinic. The children's bathing took an average of 25-30 minutes. The children's body bath, nurse and an assistant staff between 21-24 0C at room temperature between 37- 40 0C with soapy water and then the water was made for about 20-25 minutes with clear water. To determine the effects of the application, blood gases and vital findings were measured 3 times. Blood gases and vital findings were measured 5 minutes before bathing and 5 and 30 minutes after bathing.

Data Analysis

The data was evaluated in computer environment and variance analysis was used in repeated measures. SPSS (version 22) was used for data analysis.

The consent was obtained from institutions and from families for study.

Result and Dicussion

The mean age of the children included in the study was $16,25 \pm 10,16$ (2-36) months, the duration of hospital stay was $53,08 \pm 9,72$ (32-68) days and the duration of mechanical ventilation was $51,16 \pm 9,74$ (32- 68) day. It was determined that the children's life findings and changes in blood gas values were observed in the 5 minutes after the procedure. In the bath which was built under heat, it was determined that there were changes in the life signs and blood gas values of the children after 5 minutes after bathing but these rates were less.

In both groups, it was determined that the life findings and blood gas values of the child returned to pre-bath values within 30 seconds after bathing, and that life signs and blood gas values outside the blood gas O₂ and HCO₃ values were better than the pre-bath values and the difference between them was statistically significant ($p < 0.05$).

It is suggested that bed bath should be made under electrical heaters in regular intervals because of the relief of patients in the intensive care units and positive effects on healing process.

Key Words: Bed Bath, Blood gas, Child

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Rosenberg DI, Moss MM and the Section on Critical Care and Committee on Hospital Care. Guidelines and levels of care for pediatric intensive care units, *Pediatrics* 2004;114 (4): 1114-1125.
2. Terzi B, Kaya N. A planned admission protocol application in intensive care units. *Nursing in Critical Care* 2015.
3. Sedin G Physical environment. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC (Eds). *Neonatal-perinatal medicine: Diseases of the fetus and infant*. 9th ed. St Louis: Elsevier Mosby; 2011. pp. 555-569.
4. Gelsthorpe T, Crocker C. A Study Exploring Factors Which Influence The Decision To Commence Nurse-Led Weaning. *Nurs Crit Care* 2004;9:213-21.
5. Jenny J, Logan J. Promoting Ventilator Independence: A Grounded Theory Perspective *Dimens Crit Care Nurs* 1994;13:29-37
6. Berman A, Snyder S, Kozier B et al. (2008). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing. Concepts, Process and Practice*, 8th ed., St. Louis, 551-58.
7. Taylor C, Lillis C, Lemore P et al. (2008). *Fundamentals of Nursing – The Art and Science of Nursing Care*. 6th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company. 572- 578
8. Pingleton SK. Complications of acute respiratory failure. *Am Rev Respir Dis* 1988;137:1463-93.
9. Korkmaz D, İlçe F. The Role of Nurse in the Weaning from Mechanical Ventilation: Review. *Turkiye Klinikleri J Nurs* 2009;1(2):81-7.
10. Lim CL, Byrne C, Lee JKW Human Thermoregulation and Measurement of Body Temperature in Exercise and Clinical Settings *Ann Acad Med Singapore* 2008;37:347-53.

POSTER 141**AUTORES/AUTHORS:**

Sibel Küçük, Selda Eyyuplu

TÍTULO/TITLE:

THE APPROACHES OF NURSES TO 3-6 AGE AND HOSPITALIZED CHILDREN ACCORDING TO THEIR AGE- STAGE CHARACTERISTICS

Objectives: Hospitalization in childhood is an important stress factor for children. The nurses who work child clinics should notice emotional, cognitive and social needs of children in order to facilitate their adaptation to the hospital. It is important that these needs according to age stages should be considered and used in care with practices.

Methods: This study was conducted to evaluate the approaches of child-clinic nurses to the children who 3-6 aged group and hospitalization according to their age-stage characteristics, as descriptive.

The study was conducted with 268 nurses who work child clinics at child hospitals in Ankara city center. Data was collected with a questionnaire form that was prepared with literature screening and 'The scale of practicing role and functions of pediatric nurses'. For analysis; percentage, Chi-square, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Cronbach Alfa, Bonferroni and Spearman Rho Correlation Tests were used.

Results: It is determined that of the nurses; 84% were women, 50.7% were single, 38.8% had children and 57.8% graduated from license. Also the mean of their working time was 31.0 ± 7.3 years, working time in this occupation was 6.0 years and working time at child clinics was 3.0 years. It is found that the nurses recognized age development characteristics of 3-6 aged group, hospitalized children and knew their responses related to disease and hospitalization. Their score from 'the scale of practicing role and functions of pediatric nurses' was high. There was a significant difference between having child and their roles as communicator, rehabilitator, consultant, management and make coordination ($p < 0.05$).

Discussion: According to these data; it is suggested that periodic educations should be given to the pediatric nurses about child development, their sensitivity should be increased and different studies about this subject should be conducted.

Key words: Hospitalized child, nursing, age stage, approach

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Toruner KE, Buyukgonenc L. Child Health Basic Nursing Approaches, Ankara, Gökktug Publications, 2013: 26-205.
2. Erdim L, Bozkurt G, Inal S. The Research of Affected Situation of Mothers Whom Children in Hospital. Ataturk University Journal of Nursing School, 2006, 9 (3): 36-43.
3. Er M. Child, Illness, Parents and Brothers. Child Health and Disease Review, 2006, 49: 155- 168.
4. Gultekin G, Baran G. Disease and Child. Family and Society Review, 2005, 8 (2): 61-68.
5. Cavusoglu H. Child Health Nursing, Ankara, Sistem Ofset Publisher, 2008: 19-104.
6. Cebioglu A. Newborn's Feelings of Parents in Nursing Admission and Nursing Approach. International Journal of Human Sciences, 2004, 1-8.
7. Erdogan, Karaman M. Recognition and Management of Psychological Problems in Children and Adolescents with Chronic and Fatal Illnesses. Anatolian Journal of Psychiatry, 2008, 9: 244-252.
8. Oguzhan M, Erden G. Problems in Children and Their Families with Chronic and Fatal Disease and the Importance of Psychosocial Intervention. New Symposium Journal, 2012, 50 (3): 167-179.
9. Ullana, Belver M, Fernandez E, Lorente F, Badia M, Fernandez B. The Effect of A Program to Promote Play to Reduce Children's Post-Surgical Pain: with Plush Toys, It Hurts Less. Pain Management Nursing, 2014, 15 (1): 273-282.
10. Beytut D, Bolisik B, Solak U, Seyfioglu U. A Study of the Influences of Hospitalization on Children through Drawing as a Projective Method. Maltepe University Journal of Nursing Science and Art, 2009, 3 (2): 35-44.

POSTER 147**AUTORES/AUTHORS:**

Carla Sílvia Fernandes, Germano Couto, Rogério Carvalho, Patricia Fernandes, Daniela Gomes

TÍTULO/TITLE:

Work-related musculoskeletal disorders among health workers in a Portuguese Hospital

Abstract

Given the need to prevent work-related musculoskeletal disorders (WMSD) and the immutability of the work situation, there is a focus on the implementation of training programs for health professionals on patient handling techniques (Neves & Serranheira, 2014). However, in the systematic review by Cledes et al. (2010) to evaluate the evidence on the effectiveness of different approaches to manual load-handling training, the authors identified low evidence that support the effectiveness of manual-based hand-training based on exclusive training use. Neves & Serranheira (2014) emphasize the effectiveness of the implementation of systemic multifactorial programs as opposed to exclusive training programs on patient handling techniques for the risk of WMSD in health professionals. Aware of this data and convinced of the need for a multifactorial intervention, we conducted this path with the purpose of promoting the diagnosis and prevention of musculoskeletal disorders associated with work in a health institution.

Key words

Work conditions; Occupational Risks; Worker's health; Health Personnel

Background

Activities related to manual load mobilization can result in a wide range of musculoskeletal disorders. Work-related musculoskeletal disorders (WMSD) represent a significant burden for society in general, for organizations and for workers themselves because they affect the working-age population, contributing to an increase in absenteeism at work, productivity and quality of life of workers (McDermott et al., 2012). In some European countries the burden on WMSD is around 0.5-2% of Gross National Product (GNP) (DGS, 2008). Health professionals suffer more musculoskeletal injuries than other professional groups (Bauman, 2007). Back pain is a major occupational problem among health professionals, being one of the main causes of disability-related absenteeism, directly influenced by work-related factors (Shojaei, Tavafian, Jamshidi & Wagner, 2017). In spite of the "public visibility" that the WMSD currently have, and of the various actions related, directly or indirectly, to the aspects of its diagnosis and prevention, it is not acting in a planned way in the development of the best strategies to improve working conditions (DGS, 2008). The objective of this path is to describe the development of a multifactor intervention program to reduce the incidence of WMSD.

Method

The total population consisted of the health professionals of a hospital institution of the north of Portugal (n=435). A descriptive longitudinal study with an exploratory nature of action research was developed for a period of 18 months. From the review of the literature, it was possible to highlight the efficiency of the implementation of this type of strategies compared to the programs with only formative strategies (McDermott et al., 2012; Neves & Serranheira, 2014). The study under development includes the following steps: 1) diagnosis with the consequent ergonomic intervention, 2) creation of working groups for implementation of decision algorithms, 3) learning with error / incidents (after action reviews), 4) introduction and mechanical equipment to assist mobilization, 5) adequacy of organizational policies. This investigation was approved by the board of directors of the institution and the Ethics Committee (opinion N° 43/2017).

Results

The program is in the second stage referring to "Creation of working groups for the implementation of decision algorithms". In the diagnostic phase, two instruments were incorporated into distinct phases, namely the application of a questionnaire and the observation of practices. As regards the application of the questionnaire 105 workers replied to the survey. Respondent professionals show a high prevalence of musculoskeletal complaints associated with work. Self-healing symptoms affect different regions of the

body, being more frequent in the spine, particularly in the lower back. Regarding the observation of the practices, of the 149 professionals observed, between nursing auxiliaries and nurses, risk behaviors were identified associated with the inadequate space during the procedure, the fact that the equipment was not positioned properly, the almost non-existent use of the aids techniques and the non-use of patient collaboration to reduce the effort associated with the procedure (Fernandes et al., 2018). These aspects highlight the need for a multifactor intervention to reduce risk.

Conclusions

This ongoing study adds data to a growing body of evidence that highlights how health professionals are exposed to a variety of risk factors that cause a high prevalence of symptoms related to work tasks. As Neves & Serranheira (2014) points out, it is necessary to abandon the implementation of intensive training programs on patient handling as a single strategy, isolated and without monitoring its impact over time.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References

- Bauman, A. (2007) Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade. Internacional Council of Nurses. Suíça: Conselho Internacional dos Enfermeiros.
- Cledes, S.A., Haslam, C.O., Haslam, R.A., (2010). What constitutes effective manual handling training? A systematic review. *Occupational Medicine*, 60, 101e107.
- McDermott, H., M., Haslam, C., Cledes, S., Williams, C., Haslam, R. (2012). Investigation of manual handling training practices in organisations and beliefs regarding effectiveness. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 42 (2), 206-211. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2012.01.003>.
- Neves, M., & Serranheira, F. (2014). A formação de profissionais de saúde para a prevenção de lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho a nível da coluna lombar: uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 89-105.
- Shojaei, S., Tavafian, S. S., Jamshidi, A. R., & Wagner, J. (2017). A Multidisciplinary Workplace Intervention for Chronic Low Back Pain among Nursing Assistants in Iran. *Asian Spine Journal*, 11(3), 419–426. <http://doi.org/10.4184/asj.2017.11.3.419>
- Fernandes C.S.N.N, Couto G, Carvalho R, Fernandes D.G, Brito L, Carvalho P, et al. (2018). Risk observation in the handling of dependent patients in health professionals of a hospital unit. *Nurs Pract Today*.5(4)
- Direcção Geral de Saúde (2008). Lesões Músculo-Esqueléticas relacionadas com o trabalho – guia de orientação para a prevenção. Programa nacional contra as doenças reumáticas. Ministério da Saúde.

POSTER 148**AUTORES/AUTHORS:**

MELTEM YILDIRIM, SEVIM SEN

TÍTULO/TITLE:

MIRROR THERAPY ON THE MANAGEMENT OF PHANTOM LIMB PAIN: A CASE STUDY WITH ONLINE COUNSELING

Objective: Phantom Limb Pain (PLP) is described as a painful sensation in the missing limb after amputation. Management of PLP is a challenging process for both patients and health professionals [1-4]. Nowadays, there are various pharmacological and interventional methods for the treatment of PLP, however, none of these methods is sufficient alone. In 1993, a new method called Mirror Therapy (MT) brought inspiring results for the management of PLP [5, 6]. It is a cheap, effective, safe and easy method, which can be taught to patients in one session, and its characteristics make it a great method to include in nursing care plans [7]. In addition, as the patient can practice MT at home, it reduces the length of hospitalization due to PLP and enables to continue nursing care through online counseling [7, 8]. Thus, the present case study was conducted to investigate the efficacy of online counseling for the management of PLP by MT.

Case Description: She was a 28 years old woman whose dominant right arm was amputated above the elbow due to a vehicle accident about 3,5 months before the interview. On her fourth postoperative day, she claimed to have PLP. She has begun taking psychological support in the hospital and she was continuing her therapies. During the interview, she wasn't using any pain medication and she said she has stopped taking painkillers by her own decision because any of them were helping. She described the type of her PLP as an electric shock like feeling especially coming from one or two of her fingers, pin-prick like sensations in the whole missing arm, or sometimes like a balloon is squeezing her phantom wrist.

Methods: The patient gave written consent for publication of her medical history. She was visited in her home for an educational session of MT practice. An unbreakable mirror (40cm x 120cm) was used for MT, which she placed it vertically between her legs while sitting. She placed her amputated limb in front of the mirror while her intact limb was behind the mirror imitating the position of her phantom hand. After teaching her the main requirements for an efficient MT practice, she practiced with the researcher until she was capable of practicing by herself. She practiced 4-weeks of MT at home and wrote her feelings and experiences to the researcher through an online chat application. In addition, she was asked to score her PLP intensity before and after each MT practice. Qualitative data were obtained by the mobile chat application meanwhile the pain intensity evaluated by a 0 to 10 numeric pain scale.

Results: The first week went slightly difficult for her because of tiredness and pain but she continued practicing. On the 4th day, she was feeling tired but reported to have less pain than the previous day. On the 7th day, she said that everything is going fine, she was continuing practicing, and her pain was between 6 to 4, and she added: "I love my mirror!". At the end of the 2nd week, she said that she did not have too much pain during the day but had more pain at nights, and she added that she feels much better than before. The last week of the follow-up, she had difficulties in sleeping but she stated a decrease in her pain levels. At the end of 4th week, she said that feeling her phantom limb so real was annoying her but except this, her phantom pain decreased a lot. According to the pain scores, the level of pain intensity didn't change in the first week, however in the 2nd week the average pain score was 1,15 points lower after mirror therapy, while this difference was greater (1,57 points) in the 3rd and 4th weeks.

Discussion: In the last decades, mirror therapy has brought inspiring results on the management of PLP [6, 9]. In addition, it is a method, which the patient needs to be encouraged to continue practicing regularly. Darnall (2009) investigated self-delivered home-based mirror therapy practice, the patient noted that when he missed his regular practice of MT, the PLP returned within 1-2 days [8]. At this point, online counseling can have a key role in the continuity of the MT practice. Besides, it is known that mobile health counseling can improve patient's engagement and adherence to treatment [10]. In this study, the patient was very compatible with the support provided by the nurse through online counseling and continued her therapy every day for 4 weeks. As a result, her PLP scores decreased and she commented positively about her MT experience.

Besides, there are some factors affecting the intensity of PLP, which may also interfere with the success of MT such as stress, nutrition, and sleep disturbance [11, 12]. The patient in this study was having sleeping difficulties, which made it harder for her to focus on MT. At this stage, the patient in this study needed to be encouraged to continue her pain treatment in addition to MT.

Online counseling for MT is easy, economic and timesaving practice for both the patient and the nurse. On the other hand, problems in patient's sleep pattern and coping mechanisms may affect the effectiveness of this practice. Therefore, during online counseling for mirror therapy, it is important to have a multidisciplinary approach for avoiding physical and psychological problems, which may interfere with the treatment of PLP.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Casale, R., Alaa, L., Mallick, M., & Ring, H. (2009). Phantom limb related phenomena and their rehabilitation after lower limb amputation. *European Journal of Physical ...*, 45(4), 559–566.
2. Ehde, D. M., Czerniecki, J. M., Smith, D. G., Campbell, K. M., Edwards, W. T., Jensen, M. P., & Robinson, L. R. (2000). Chronic phantom sensations, phantom pain, residual limb pain, and other regional pain after lower limb amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(8), 1039–1044.
3. Ramachandran, V. S., & Altschuler, E. L. (2009). The use of visual feedback, in particular mirror visual feedback, in restoring brain function. *Brain*, 132(7), 1693–1710.
4. Ramachandran, V. S., & Hirstein, W. (1998). The perception of phantom limbs. The D. O. Hebb lecture. *Brain*, 121(9), 1603–1630.
5. Barbin, J., Seetha, V., Casillas, J. M., Paysant, J., & Pérennou, D. (2016). The effects of mirror therapy on pain and motor control of phantom limb in amputees: A systematic review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59(4), 270–275.
6. Richardson, C., & Kulkarni, J. (2017). A review of the management of phantom limb pain: Challenges and solutions. *Journal of Pain Research*, 10, 1861–1870.
7. Yildirim, M., & Kanan, N. (2016). The Effect of Mirror Therapy on the Management of Phantom Limb Pain. *Agri - The Journal of The Turkish Society of Algology*, 28(3), 127–134.
8. Darnall, B. D. (2009). Self-Delivered Home-Based Mirror Therapy for Lower Limb Phantom Pain. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 88(1), 78–81.
9. Lendaro, E., Hermansson, L., Burger, H., Van Der Sluis, C. K., McGuire, B. E., Pilch, M., ... Ortiz-Catalan, M. (2018). Phantom motor execution as a treatment for phantom limb pain: Protocol of an international, double-blind, randomised controlled clinical trial. *BMJ Open*, 8(e021039), 1–10.
10. Pennell, N. A., Dicker, A. P., Tran, C., Jim, H. S., Schwartz, D. L., & Stepanski, E. J. (2017). mHealth: Mobile Technologies to Virtually Bring the Patient Into an Oncology Practice. In D. S. Dizon (Ed.), *American Society of Clinical Oncology, 2017 Educational Book "Making a Difference in Cancer Care with You"* (Vol. 37, pp. 144–154). Chicago, Illinois: American Society of Clinical Oncology (ASCO).
11. Manchikanti, L., & Singh, V. (2004). Managing phantom pain. *Pain Physician*, 7(3), 365–375.
12. Nikolajsen, L., & Jensen, T. S. (2001). Phantom limb pain. *British Journal of Anaesthesia*, 87(1), 107–116.

ÍNDICE / INDEX

Mesa de Comunicaciones 1: Cuidados y Calidad	Concurrent Session 1: Care and Quality	p. 1
Mesa de Comunicaciones 2: Cuidados Materno-Infantiles	Concurrent Session 2: Mother and Children Care	p. 10
Mesa de Comunicaciones 3: Salud, Género y Sexualidad	Concurrent Session 3: Health, Gender and Sexuality	p. 23
Mesa de Comunicaciones 4: Cuidados a Pacientes Críticos	Concurrent Session 4: Critical Care	p. 28
Sesión de Comunicaciones Orales Breves I	Session of Oral Brief Presentations I	p. 37
Sesión de Comunicaciones Orales Breves II	Session of Oral Brief Presentations II	p. 45
Sesión de Comunicaciones Orales Breves III	Session of Oral Brief Presentations III	p. 57
Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV	Session of Oral Brief Presentations IV	p. 66
Mesa de Comunicaciones 5: Profesión / Gestión	Concurrent Session 5: Nursing Profession / Management	p. 73
Mesa de Comunicaciones 6: Cuidados Materno-Infantiles	Concurrent Session 6: Mother and Children Care	p. 75
Sesión de Comunicaciones Orales Breves V	Session of Oral brief Presentations V	p. 85
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VI	Session of Oral Brief Presentations VI	p. 112
Mesa de Comunicaciones 7: Salud Mental	Concurrent Session 7: Mental Health	p. 137
Mesa de Comunicaciones 8: Calidad y Cuidados	Concurrent Session 8: Care and Quality	p. 144
Mesa de Comunicaciones 9: Práctica Clínica	Concurrent Session 9: Clinical Practice	p. 150
Mesa de Comunicaciones 10: Cuidadores / Dependencia	Concurrent Session 10: Caregivers / Dependency	p. 158
Mesa de Comunicaciones 11: Envejecimiento / Fragilidad	Concurrent Session 11: Aging / Frailty	p. 170
Mesa de Comunicaciones 12: Cuidados a Pacientes Crónicos	Concurrent Session 12: Chronic Care	p. 182
Mesa de Comunicaciones 13: Profesión	Concurrent Session 13: Nursing Profession	p. 197
Mesa de Comunicaciones 14: Promoción de la Salud	Concurrent Session 14: Health Promotion	p. 209
Mesa de Comunicaciones 15: Práctica Clínica	Concurrent Session 15: Clinical Practice	p. 211
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VII	Session of Oral Brief Presentations VII	p. 226
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VIII	Session of Oral Brief Presentations VIII	p. 258
Sesión de Comunicaciones Orales Breves IX	Session of Oral Brief Presentations IX	p. 296
POSTER 6		p. 325
POSTER 10		p. 328
POSTER 16		p. 330
POSTER 17		p. 332
POSTER 19		p. 334
POSTER 21		p. 336
POSTER 23		p. 338
POSTER 24		p. 340
POSTER 26		p. 342
POSTER 27		p. 344
POSTER 29		p. 345
POSTER 31		p. 348
POSTER 32		p. 350
POSTER 33		p. 352
POSTER 36		p. 354
POSTER 38		p. 356
POSTER 39		p. 358

POSTER 40.....	p. 360
POSTER 44.....	p. 362
POSTER 45.....	p. 364
POSTER 46.....	p. 366
POSTER 47.....	p. 368
POSTER 48.....	p. 371
POSTER 49.....	p. 373
POSTER 50.....	p. 374
POSTER 51.....	p. 376
POSTER 53.....	p. 378
POSTER 55.....	p. 380
POSTER 57.....	p. 381
POSTER 59.....	p. 383
POSTER 61.....	p. 385
POSTER 63.....	p. 387
POSTER 65.....	p. 389
POSTER 67.....	p. 391
POSTER 68.....	p. 393
POSTER 70.....	p. 395
POSTER 72.....	p. 397
POSTER 78.....	p. 398
POSTER 81.....	p. 400
POSTER 82.....	p. 402
POSTER 82.....	p. 404
POSTER 83.....	p. 406
POSTER 84.....	p. 409
POSTER 86.....	p. 411
POSTER 88.....	p. 413
POSTER 92.....	p. 415
POSTER 94.....	p. 417
POSTER 95.....	p. 419
POSTER 96.....	p. 421
POSTER 97.....	p. 423
POSTER 100.....	p. 424
POSTER 101.....	p. 426
POSTER 104.....	p. 428
POSTER 106.....	p. 430
POSTER 107.....	p. 432
POSTER 111.....	p. 433
POSTER 115.....	p. 434
POSTER 117.....	p. 435
POSTER 119.....	p. 437
POSTER 120.....	p. 439
POSTER 122.....	p. 441

POSTER 124	p. 444
POSTER 125	p. 446
POSTER 126	p. 448
POSTER 127	p. 451
POSTER 129	p. 453
POSTER 131	p. 455
POSTER 132	p. 457
POSTER 140	p. 459
POSTER 141	p. 461
POSTER 147	p. 462
POSTER 148	p. 464
ÍNDICE / INDEX	p. 466